

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice



Ministère de la Santé

Secrétariat Général

Direction Générale de la Santé

Direction de la Lutte contre la Maladie

**Coordination du Programme National
de lutte contre la Tuberculose**

PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE 2008-2012

Décembre 2007

INTRODUCTION

Depuis avril 1993, l'OMS a déclaré la tuberculose comme une urgence mondiale. Au Burkina Faso elle a été placée au rang des problèmes de santé publique prioritaires en 1995. Le souci d'organiser efficacement la lutte a conduit à la mise en place d'un Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Dans le cadre de ce programme, deux plans quinquennaux [1, 2] ont déjà été élaborés et mis en œuvre avec l'appui des partenaires nationaux et internationaux. En dépit des succès considérables enregistrés, le défi de la lutte antituberculeuse reste majeur. En effet les résultats de dépistage et de traitement sont en deçà des normes internationales. L'infection à VIH et la survenue de la tuberculose multi résistante aux antibiotiques contribuent à réduire les chances de contrôler la maladie. Le présent plan stratégique qui couvre la période 2008-2012 s'inscrit dans le cadre du nouvel engagement mondial pour la lutte antituberculeuse. Il s'inspire profondément des différentes composantes de la stratégie mondiale « Halte à la tuberculose » lancée en 2006 par l'OMS [3]. Il s'articule autour de l'analyse de la situation de la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso, l'organisation du programme national de lutte contre la tuberculose, de l'analyse de la réponse et des projections de 2008 à 2012 en termes d'objectifs et d'activités pour contrôler la tuberculose.

I – INFORMATIONS GENERALES SUR LE BURKINA FASO

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé en Afrique de l'Ouest dans la boucle du fleuve Niger. Sa superficie est de 274 200 Km². Il est limité par 6 pays : le Mali au Nord, le Niger à l'Est, le Bénin, le Togo et le Ghana au Sud et la Côte d'Ivoire au Sud et Sud - Ouest.

Au plan administratif le territoire est divisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements et 8228 villages. Dans le cadre de la décentralisation intégrale entamée depuis 2006, on compte 13 régions et 350 communes dont 49 communes urbaines. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eau dont les principaux sont le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

En décembre 2006 le pays comptait 13 730 258 habitants (données provisoires du RGPH-2006). Son taux d'accroissement annuel est estimé à 2,4%. (RGPH-1996) La grande majorité de cette population vit en milieu rural (79,7%). Sa frange active connaît un important mouvement migratoire vers les pays frontaliers, notamment les Républiques de Côte d'Ivoire et du Ghana.

En 2004-2005, le taux de scolarisation était de 56,8% avec 51% de filles scolarisées contre 62,5 % de garçons. Le taux d'alphabétisation des adultes est de 32% pour les hommes et 16% pour les femmes. **[4]**

Le Burkina Faso est un pays en voie de développement. Selon le rapport 2007 du PNUD sur l'indice du développement Humain durable le Burkina Faso est classé parmi les pays à faible développement humain avec un rang de 176 sur 177 pays classés. Environ 46,4 % des Burkinabé vivent en dessous du seuil absolu national de pauvreté estimé à 82 672 F CFA par adulte et par an. **[4]** Les principales activités économiques sont l'agriculture et l'élevage.

II – APERCU SUR LE SYSTEME DE SANTE DU BURKINA FASO

1– La politique sanitaire

Le Gouvernement du Burkina Faso a adopté en septembre 2000 un document de Politique Sanitaire Nationale (PSN) [5] basée sur les quatre principes cardinaux suivants :

- la santé est un droit fondamental de l'être humain ;
- l'équité, la justice et la solidarité doivent guider les choix en matière de santé ;
- tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ;
- l'accès de tous aux soins de santé curatifs et préventifs et au service d'eau potable et d'assainissement doit être facilité.

La mise en œuvre de cette politique a été programmée à travers un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) [6] pour la période 2001-2010 adopté en juillet 2001.

Ce plan comporte huit objectifs intermédiaires qui sont :

- accroître la couverture sanitaire nationale ;
- améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
- renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles ;
- réduire la transmission du VIH/SIDA ;
- développer les ressources humaines en santé ;
- améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
- accroître les financements du secteur de la santé ;
- renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé.

2 – L'Organisation administrative du système de santé

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois niveaux :

- *le niveau central* organisé autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général. Il est chargé de la conception des politiques de santé et de la mobilisation des ressources financières, techniques, matérielles et humaines nécessaires à l'atteinte des objectifs nationaux de santé;
- *le niveau intermédiaire* constitué de treize (13) Directions Régionales de la Santé (DRS). La DRS est le niveau déconcentré du système de santé ayant pour mission

de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions;

- *le niveau périphérique* représenté par 63 districts sanitaires. Ces districts sanitaires constituent les entités opérationnelles du système de santé. Ils sont dirigés par une Equipe Cadre de District (ECD). Outre les prestations cliniques, l'ECD assure la gestion des ressources, la planification, la supervision, la formation des agents et la recherche opérationnelle.

NB: Quarante cinq (45) Directions Provinciales de la santé sont créées mais ne sont pas encore fonctionnelles.

3 – L'Organisation et le fonctionnement du sous secteur public de prestation des soins.

Depuis 1993 le Burkina Faso a entrepris une politique de réforme du secteur sanitaire. Cette réforme met l'accent sur les soins de santé primaires et la décentralisation du système de prestation des soins de santé. Le secteur sanitaire public est organisé en 3 niveaux :

3.1 - le premier niveau : le district sanitaire

Il se compose de plusieurs formations sanitaires organisées en deux échelons à vocations complémentaires :

- *Le premier échelon est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) : c'est la structure de base et de premier contact des populations avec le système de santé. Il offre le Paquet Minimum d'activités (PMA) comprenant les soins curatifs de base, les vaccinations, les consultations prénatales, les accouchements, la planification familiale, la surveillance pondérale des enfants et l'éducation pour la santé. En fin 2006, le Burkina Faso comptait 1211 CSPS soit une formation sanitaire pour 9 946 habitants et le rayon moyen d'accès à une formation sanitaire était de 7,83 Km (Source : Annuaire Statistique 2006, DEP/Santé). La communauté participe à la gestion des centres de santé à travers des comités de gestion élus.*

Le deuxième échelon est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) : c'est la structure de référence des CSPS. Il dispose d'une équipe médico – chirurgicale et des équipements techniques lui permettant d'assurer le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) composé des hospitalisations, des interventions chirurgicales essentielles et des

activités de laboratoire de base. En fin 2006 le nombre de CMA fonctionnels était de 42.

3.2 – Le deuxième niveau : le Centre Hospitalier Régional (CHR)

Le CHR a une capacité d'hospitalisation d'environ 200 lits. Il offre en général un pools d'accueil des urgences, un pools consacré à la mère et à l'enfant (gynécologie, obstétrique, pédiatrie), un pools de médecine générale et de maladies infectieuses, un pools de chirurgie générale (chirurgie viscérale et traumatologique, ORL, stomatologie, odontologie) et un plateau technique classique (un bloc opératoire, une pharmacie, un service de stérilisation, un service de radiologie et un laboratoire). Au total 9 CHR assurent la couverture de l'ensemble du territoire national. Le CHR sert de référence et de recours au CMA.

3.3 – Le troisième niveau : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

On dénombre au total 3 CHU répartis comme suit : un à Bobo-Dioulasso et deux à Ouagadougou dont un hôpital pédiatrique. C'est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Ils comportent des services spécialisés (réanimation, dialyse, cardiologie, laboratoire et examens spécifiques comme la scanographie etc ...). Ils servent également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche.

4 – Le sous secteur sanitaire privé

Ce secteur est en pleine expansion. En 2005 on notait 448 formations sanitaires privées à but lucratif et 44 formations sanitaires privés à but non lucratif. Il s'agit de polycliniques, de cliniques, de cabinets médicaux et des cabinets de soins, de laboratoires isolés.[7]

5 – La médecine et la pharmacopée traditionnelles

La loi N°23/94/ADP du 19/05/95 portant code de la santé publique du Burkina Faso a reconnu l'importance de la médecine traditionnelle. Sa promotion est placée sous la tutelle de la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML) du ministère de la santé.

6 – L'approvisionnement en médicaments

Le Burkina Faso a mis en place une politique d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques. Une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG) a vu le jour à cet effet. Elle assure l'approvisionnement des dépôts

répartiteurs des districts, des pharmacies des CHR et CHU. Les Dépôts répartiteurs de district, à leur tour, desservent les dépôts de vente des formations sanitaires périphériques. Cette politique du médicament est accompagnée d'une stratégie de recouvrement des coûts.

Le secteur privé participe à la fourniture de médicaments. Il fournit aussi bien des génériques que des spécialités à travers un réseau d'officines de plus en plus important surtout dans les grandes villes. On dénombre également cinq grossistes dans ce secteur (Laborex, CoPhaDis, DPBF, ISDA, Pharma-Plus).

7 – Le financement de la santé

Les financements du ministère de la santé proviennent du budget de l'Etat, des ressources issues de la remise de la dette, des ressources extérieures (partenaires bilatéraux et multilatéraux) et de la contribution des populations dans le cadre du recouvrement des coûts. La figure ci-dessous donne l'évolution de la part du budget national alloué à la santé de 1995 à 2005

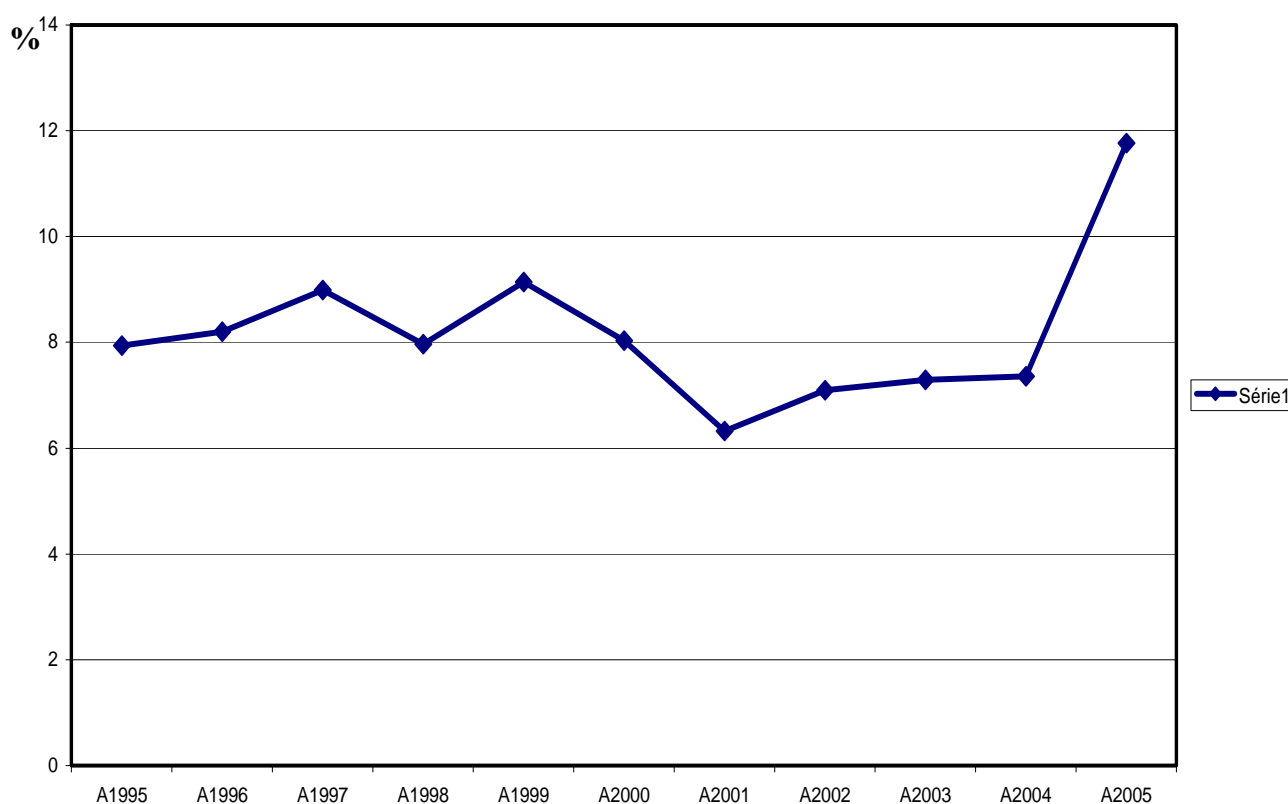


Figure n°1 : Evolution de la part du budget national alloué à la santé de 1995 à 2005 [8]

De 1995 à 2004 la part du budget de l'Etat attribué au Ministère de la Santé a évolué entre

6% et 9%. En 2005 elle a atteint 11,77%. Cela est dû au fait que la dette n'a pas été prise en compte dans le dénominateur.

8 – La fréquentation des services de santé et les principaux problèmes de santé

Le taux de fréquentation des formations sanitaires était de 34,08% en 2005 et 37 % en 2006. Parmi les 5 752 246 consultations enregistrées dans les formations sanitaires les maladies les plus fréquemment rencontrées sont celles répertoriées dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : les dix principales causes de consultation des services de santé en 2006

Maladie	Effectif	Pourcentage
Paludisme simple	2 032 938	35,3 %
Infection Respiratoire Basses	754 141	13,1%
Paludisme grave	279 924	4,9 %
Diarrhées non sanglantes	253 135	4,4 %
Affection de la peau	242 901	4,2 %
Parasitoses intestinales	240 332	4,2 %
Plaie	210 808	3,7 %
Affections de l'Appareil Digestif	166 918	2,9 %
IRA haute Rhinopharyngite	127 354	2,2 %
Autres maladies non classées	373 877	6,5 %
Total des 10 principaux motifs	4 682 328	81,4%

Source : Annuaire statistique 2006 de la DEP du Ministère de la Santé

Les formes simple et graves du paludisme sont responsables de 40,2 % des consultations. Ils sont également causes de 45,8% des décès, surtout parmi les enfants.

Le Burkina Faso accorde un intérêt particulier aux maladies suivantes : la méningite cérébro-spinale, la rougeole, la diarrhée sanguinolente, l'ictère fébrile, le tétanos maternel et néonatal, la tuberculose, la lèpre et le ver de guinée. Un programme spécial de lutte intégrée contre les maladies négligées (onchocercose, filariose, parasitoses intestinales et le trachome) a été adopté en 2006.

A coté de ces pathologies, sévit l'infection à VIH dont les premiers cas ont été notifiés depuis 1986. Le taux de séro prévalence a atteint 7,17% dans les années 1997-1998. Selon les données du rapport ONUSIDA et du CNLS en 2007 il se situe à 2%.

III – L'ORGANISATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE AU BURKINA FASO

L'organisation de la lutte antituberculeuse s'articule autour d'un Programme National mis en place en 1995. Sa structuration, ses objectifs, ses stratégies d'intervention, ses activités et ses ressources sont présentés ci-dessous [9].

1 – Les structures du PNT

- **La Coordination Nationale du PNT** : c'est un service de la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) qui relève de la Direction Générale de la Santé (DGS). La coordination est appuyée par *le Comité technique antituberculeux* est un organe consultatif, constitué par l'équipe de la coordination nationale, les chefs de service de pneumo-phthysiologie et des Centres national et régional de lutte Antituberculeuse. Il se réunit deux fois par an et traite de sujets techniques d'importance (guide technique, directives, régimes thérapeutiques, évaluations, analyse des résultats globaux, plans d'action...).
- **La Direction Régionale de la Santé** : les Services de Lutte Contre la Maladie et de la Protection des Groupes spécifiques assurent la coordination des activités du Programme au niveau régional
- **Le district sanitaire** : les Equipes Cadres de District assurent la coordination et la mise en œuvre des activités au niveau des districts.
- **Le Centre de Diagnostic et de Traitement** : C'est l'entité opérationnelle de la lutte antituberculeuse. Il assure le dépistage et la prise en charge des cas de tuberculose. Il comprend :
 - o une unité de bacilloscopie pilotée par un technicien de laboratoire formé en bacilloscopie disposant de réactifs de ziehl, de consommables de laboratoire et d'outils de gestion pour le suivi des activités
 - o une unité de traitement dirigée par un infirmier formé à la prise en charge des cas et disposant de médicaments et des outils de suivi des malades et du programme.
- **Le Site de décentralisation du diagnostic et du traitement** : Il s'agit d'une formation sanitaire de premier échelon (CSPS, Infirmerie de prison, Services de santé des travailleurs) habilitée à procéder à la collecte et au transport des crachats des malades suspects de tuberculose vers le laboratoire de bacilloscopie

et d'assurer la surveillance du traitement des malades tuberculeux confirmés. Il est dirigé par un agent formé à la stratégie DOTS (Directly Observed Treatment Short Course). Le site de décentralisation est doté de matériel de collecte des crachats (glacière, crachoirs, bulletins d'examen de BAAR, fiches d'envoi des crachats, cahier de laboratoire), de médicaments antituberculeux et d'outils pour le suivi des malades (fiche de traitement, carte de traitement, cahier de traitement, formulaire de rapport mensuel d'activités).

2 – Le But et les Objectifs du PNT

Le but du PNT est de réduire le poids de la tuberculose au sein de la population au Burkina Faso). Pour ce faire, le PNT adhère aux objectifs de la lutte contre la tuberculose fixés par l'Assemblée Mondiale de la Santé et des directives du partenariat Halte à la tuberculose :

- Dépister 70% des nouveaux cas estimés de tuberculose pulmonaire à microscopie positive apparaissant chaque année ;
- Traiter avec succès au moins 85% des nouveaux cas à frottis positifs dépistés ;
- Assurer le diagnostic et la prise en charge de la co-infection TB/VIH en collaboration avec le CMLS/Santé et les associations de PVVIH ;
- Améliorer les capacités managériales du PNT en contribuant au renforcement des capacités institutionnelles du système de santé.

3 – La stratégie du PNT

Depuis sa création, le PNT du Burkina Faso est basé sur la stratégie DOTS [10] proposée par l'OMS aux Etats pour contrôler la tuberculose. Les composantes de cette stratégie sont les suivantes :

- *L'engagement politique* à mener des actions durables de lutte antituberculeuse;
- *Le dépistage passif par l'examen microscopique des frottis d'expectoration* pour tous les malades symptomatiques qui se présentent spontanément aux services de santé ;
- *Un schéma de traitement standardisé de courte durée* pour tous les cas confirmés à frottis positifs au moins, dont la phase initiale de 2 ou 3 mois est supervisée par un agent de santé de préférence ;
- *L'approvisionnement régulier sans interruption* de tous les centres de prise en

charge des cas en médicaments antituberculeux essentiels ;

- *Un système d'enregistrement et de notification standardisé* permettant une évaluation des résultats du traitement de chaque malade et du programme de lutte contre la tuberculose dans son ensemble.

4 – Les activités du programme par niveau

4.1 – Les activités de la Coordination du Programme

La structure responsable du programme au niveau central est la coordination du Programme National Tuberculose, un service de la Direction de la Lutte contre la Maladie.

Elle a pour tâches de:

- élaborer les instructions ;
- publier un guide technique national ;
- planifier les activités ;
- superviser le niveau régional dans le cadre de la lutte contre la tuberculose ;
- faire la planification financière ;
- établir un système de déclaration ;
- évaluer régulièrement le programme ;
- gérer les médicaments et le matériel de laboratoire ;
- coordonner les activités du réseau de bacilloscopie ;
- apporter l'appui technique nécessaire au niveau intermédiaire dans la mise en œuvre des activités de lutte antituberculeuse ;
- promouvoir le programme et la recherche ;
- assurer les liaisons administratives nécessaires au bon fonctionnement du programme.

Les Centres Hospitaliers Universitaires de par leurs capacités d'investigation, la spécialité et la spécificité des soins, restent l'ultime recours des malades en matière de diagnostic, de traitement et de prise en charge des complications.

A Ouagadougou, il existe le Centre National de Lutte contre la Tuberculose (CNLAT) qui est rattaché à la Direction de la lutte contre la maladie (DLM). Il a une vocation de centre de référence et de pôle pour la recherche la formation et la prise en charge des cas particuliers de tuberculose.

Le CRLAT rattaché à la direction régionale des Hauts – Bassins a également une vocation de centre de référence.

4.2 – Activités du niveau régional

Au sein des Directions Régionales de la Santé, les Services de Lutte contre la Maladie et de Protection des Groupes Spécifiques sont chargés de la coordination des activités du programme.

Chaque SLM/PGS veille à la bonne marche du programme dans les districts de son ressort. Il s'agit notamment de :

- superviser les agents responsables du diagnostic et du traitement de la tuberculose dans les districts ;
- veiller à la disponibilité des médicaments et consommables antituberculeux en collaboration avec le pharmacien régional qui assure l'approvisionnement, la gestion des stocks et la distribution des médicaments et consommables aux CDT de la région ;
- collecter les données statistiques pour les acheminer à la coordination nationale ;
- rendre compte à la Coordination Nationale de la marche du programme.

Le Centre Hospitalier Régional reste une structure de mise en œuvre des stratégies de prise en charge des malades tuberculeux. Le médecin du CHR exécute les mêmes tâches dévolues aux médecins de districts (diagnostic, traitement et suivi des patients tuberculeux), et doit aussi participer à la prise en charge des cas chroniques de tuberculose.

4.3 – Activités du niveau du district

Le district sanitaire est l'unité la plus opérationnelle du système de santé. Il comprend essentiellement deux échelons. Le premier échelon est représenté par les CM et les CSPS qui sont en général le premier niveau de contact pour la plupart des utilisateurs des structures de soins, et le CMA ou hôpital de district qui est la structure de référence pour les CM et les CSPS.

Responsabilités des différents acteurs impliqués dans la LAT au niveau du district sanitaire :

➤ Le Médecin - Chef de District

Il est responsable de la mise en œuvre du programme dans son district. Ses principales tâches sont :

- coordonner sur le terrain l'application du PNT ;
- mettre en place les moyens nécessaires à l'application du PNT ;

- exploiter les données épidémiologiques et opérationnelles recueillies au niveau des centres périphériques d'exécution ;
- suivre la gestion des stocks des médicaments et consommables ;
- former le personnel chargé de réaliser les activités du programme ;
- organiser les campagnes d'information et de sensibilisation au niveau du district ;
- transmettre les rapports d'activités et données épidémiologiques au niveau régional ;
- assurer le suivi des activités dans le district ;
- veiller à garantir une bonne collaboration entre le CDT et l'équipe de prise en charge des PvVIH ;
- veiller à garantir une bonne collaboration entre le CDT et les acteurs communautaires ;
- superviser les associations impliquées dans la prise en charge des cas de tuberculose.

➤ **Le Médecin - Chef du CM / CMA est responsable**

Il est responsable :

- du diagnostic de la tuberculose ;
- du dépistage de l'infection à VIH chez les tuberculeux ;
- de la prise en charge adéquate des malades co-infectés TB/VIH ;
- de la mise sous traitement antituberculeux des malades ;
- de la supervision de la prise des médicaments pendant la première phase ;
- du suivi du malade en traitement ;
- de la relance des absents au traitement ;
- de l'établissement des dossiers des malades ;
- de la supervision des relais communautaires (TDO, IEC) ;
- de la tenue des registres de tuberculose (laboratoire et traitement) ;
- de la déclaration des cas ;
- de l'analyse de cohortes ;
- de la décentralisation des activités de dépistage et de traitement de la tuberculose dans certains des CSPS du district ;
- suivre les cas de tuberculose référés par les centres de référence (services de pneumologie)

➤ **Le responsable du CSPS**

Le CSPS est le premier niveau de contact entre le malade et le personnel de santé. Le responsable du CSPS est chargé de l'application du programme dans son aire d'activités. Plus explicitement, son rôle sera :

- Pour tous les CSPS :
 - identifier les malades suspects de tuberculose ;
 - référer les suspects au laboratoire du district pour l'examen de crachats BAAR ;
 - participer à la recherche des absents au traitement ;
 - suivre les malades en traitement pendant la deuxième phase ;
 - superviser les relais communautaires assurant le TDO ;
 - informer et éduquer la population sur la prévention et le traitement de la tuberculose.
- Pour les CSPS retenus pour la décentralisation :
 - identifier les malades suspects de tuberculose ;
 - assurer la collecte et l'acheminement des crachats au laboratoire du district, ou de référer en cas de demande les suspects au laboratoire du district pour l'examen de crachats BAAR ;
 - informer et éduquer la population sur la prévention et le traitement de la tuberculose ;
 - mettre sous traitement des malades qui lui sont référés par le CDT ;
 - superviser la prise des médicaments pendant la première phase ;
 - suivre le traitement en deuxième phase ;
 - participer à la recherche des absents au traitement ;
 - établir les dossiers des malades en traitement ;
 - tenir les supports de gestion des malades tuberculeux (cahiers de laboratoire et de traitement) (Cf. annexes IX, X) ;
 - superviser les relais communautaires assurant le TDO ;
 - déclarer les cas.

➤ **Au niveau communautaire**

Les organisations à base communautaire, les associations et les relais communautaires sont chargés de :

- participer à l'information et la sensibilisation de la communauté ;
- identifier les sujets tousseurs dans la communauté et les orienter vers les structures de santé ;
- soutenir les malades en traitement ;
- assurer la supervision de la prise des médicaments ;

- aider à la recherche des malades tuberculeux absents au traitement.

5 – Les ressources du PNT

5.1 - Les ressources humaines

L'équipe de travail de la coordination du PNT compte 20 agents, toutes catégories professionnelles confondues. Cet effectif est constitué d'agents publics de l'Etat et de personnels contractuels des projets.

Au niveau régional, les services de SLM/PGS sont pour la plupart sous la responsabilité d'un médecin de santé publique. La supervision des techniciens de laboratoire est assurée par un superviseur régional formé. Ces deux agents sont formés à la méthodologie de la supervision en lutte antituberculeuse.

Au niveau des districts sanitaires, les difficultés rencontrées sont liées d'une part à l'insuffisance numérique de personnel et d'autre part à la grande mobilité des agents obligeant le programme à organiser chaque année des sessions de formation au profit de nouveaux agents.

5.2 – Les infrastructures

Malgré les efforts consentis ces dernières années en matière de construction et de réhabilitation, nombre d'infrastructures (Unités de traitement et laboratoire) restent inadaptées et vétustes. Dans la plupart des cas, les unités de traitement sont intégrées dans les salles de consultation générale des CMA. Dans les hôpitaux de référence, on note une insuffisance de salles isolées pour l'hospitalisation des malades.

5.3 – Les ressources financières

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des activités du PNT proviennent du budget de l'Etat et de l'appui des partenaires.

- **Le budget de l'Etat** : En dépit de ses contraintes budgétaires l'Etat apporte une contribution importante à la lutte antituberculeuse, notamment dans les domaines de la construction des infrastructures sanitaires, de la formation du personnel, du soutien au fonctionnement des formations sanitaires et de la coordination du programme, du paiement des salaires du personnel, de l'achat des médicaments antituberculeux et des consommables. Ces efforts restent insuffisants et le PNT doit recourir aux financements extérieurs pour la mise en œuvre de ses activités.
- **les partenaires financiers**

La contribution de ces partenaires à la mise en œuvre du plan stratégique 2002 – 2006 du PNT s'élève à 2 158 905 002 FCFA [11]. La répartition de la contribution des partenaires par source de financement est illustrée comme suit.

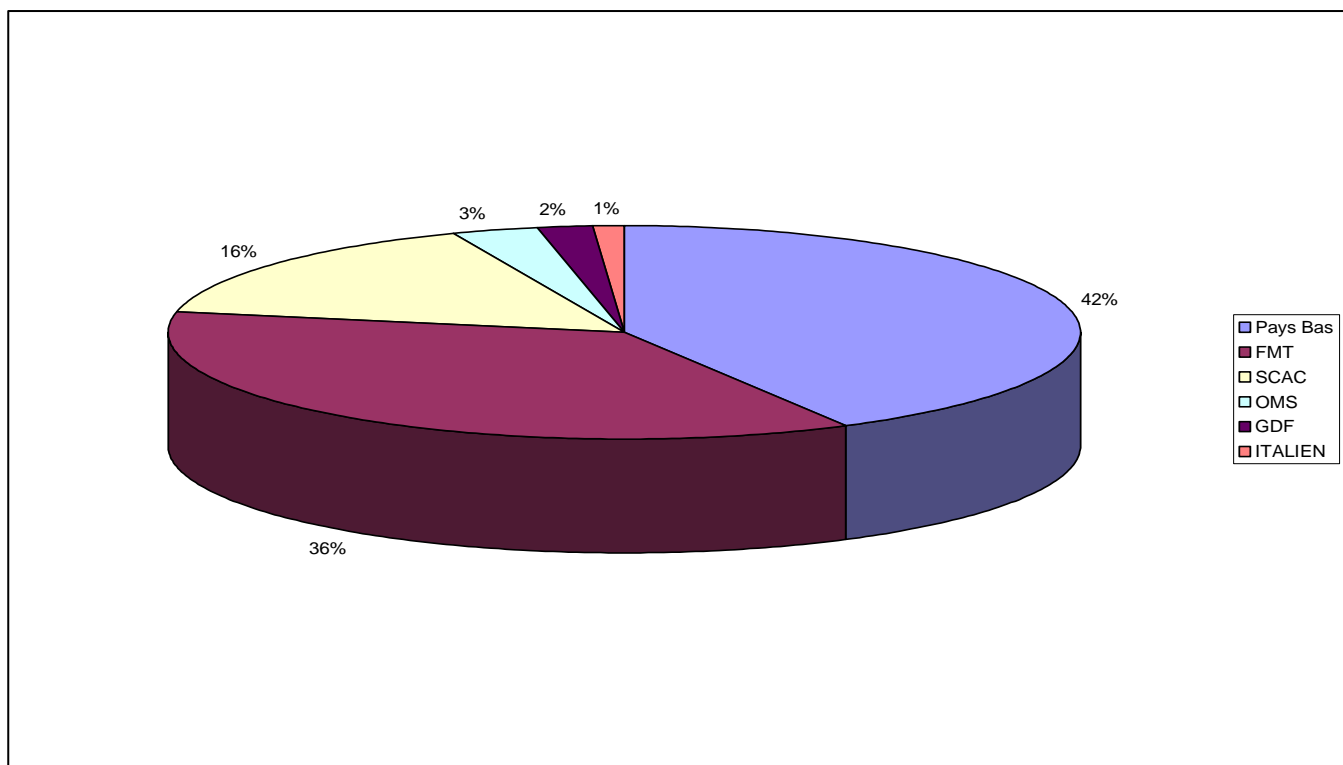


Figure n° 2 : Contribution des partenaires par source de financement 2002 à 2007

Avec des apports respectifs de 42% et de 36% du budget, Les Pays Bas et le Fonds Mondial/ Composante Tuberculose ont été les plus grands partenaires financiers du PNT entre 2002 et 2006.

- **La participation des communautés** : L'apport financier des communautés au fonctionnement des formations sanitaires est assuré par le budget des Comités de Gestion.

Cependant en raison des mesures d'exonération prises par le gouvernement et de leur situation économique généralement défavorable, la contribution financière des patients tuberculeux reste limitée.

– Domaines d'intervention par partenaire

La contribution des partenaires : Dans les domaines techniques et financiers le PNT bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires dont les principaux sont répertoriés dans le tableau ci-après.

Tableau II : Les partenaires du PNT par domaine d'intervention période

Partenaire	Type d'agence	Domaine d'intervention
OMS	Coopération multilatérale	Appui technique et financier (formation, recherche, supervision, planification, suivi/évaluation)
Fonds Mondial STP	Coopération multilatérale	Appui financier (tous les domaines)
Union	ONG	Appui Technique et financier (formation, recherche, fonctionnement, suivi / évaluation)
Coopération italienne	Coopération bilatérale	Appui technique et financier (Co-infection TB/VIH, Recherche)
PAM	Coopération multilatérale	Appui technique (Mise en œuvre du volet « appui alimentaire » du FM)
PAMAC	Programme national	Appui technique (Appui à la mise en œuvre du volet communautaire du programme Tuberculose IEC, Suivi de malades)
GLC	Coopération Multilatérale	Appui technique (Médicaments de 2 ^{ème} ligne, monitoring)
Centre Muraz	Gouvernemental	Appui technique (Recherche)
IRSS	Gouvernemental	Appui technique (Recherche)
Université et ENSP	Gouvernementale	Appui technique (Formation, Recherche)
GDF	Coopération multilatérale	Appui technique (Médicaments et monitoring)
UE/ULB	Coopération Multilatérale	Appui technique (Recherche, PEC)

5.5 – Le matériel roulant

La coordination du PNT dispose de quatre (04) véhicules « Tout terrain » pour les activités de supervision, d'un véhicule léger et quatre motos YAMAHA V 80. Tous ces véhicules ont été acquis depuis au moins deux ans. En 2005, huit (08) Directions Régionales de la Santé ont été dotées en véhicules pour le suivi des activités de santé.

IV. SITUATION DE LA TUBERCULOSE AU BURKINA FASO

1– L'incidence estimée de la tuberculose

Selon l'OMS [12], l'incidence estimée varie de 67 à 108 cas de tuberculose à microscopie positive (TPM+) pour 100 000 habitants et de 157 à 248 cas de tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants. L'application de ces taux à l'effectif de la population du Burkina Faso de 2001 à 2006 donne le tableau suivant :

Tableau III: Incidence estimée de la tuberculose au Burkina Faso, de 2001 à 2006.

Année	Population	Taux d'incidence estimée par l'OMS TPM+	Nombre de cas attendus TPM+	Taux d'incidence estimée par l'OMS TTF	nombre de cas estimés TTF
2001	11 622 000	85	9879	197	22895
2002	11 906 000	67	7977	157	18692
2003	12 197 000	71	8660	163	19881
2004	12 493 000	83	10369	191	23862
2005	12 802 000	99	12674	223	28548
2006	13 730 258	108	14 828	248	34 051

Source : Estimations de l'OMS du rapport global 2003 à 2008

2 – Les résultats de dépistage

De 2000 à 2007 l'évolution du nombre de cas dépistés et notifiés pour 100 000 habitants par les services de santé du Burkina Faso est présentée dans la figure n° 3 [13].

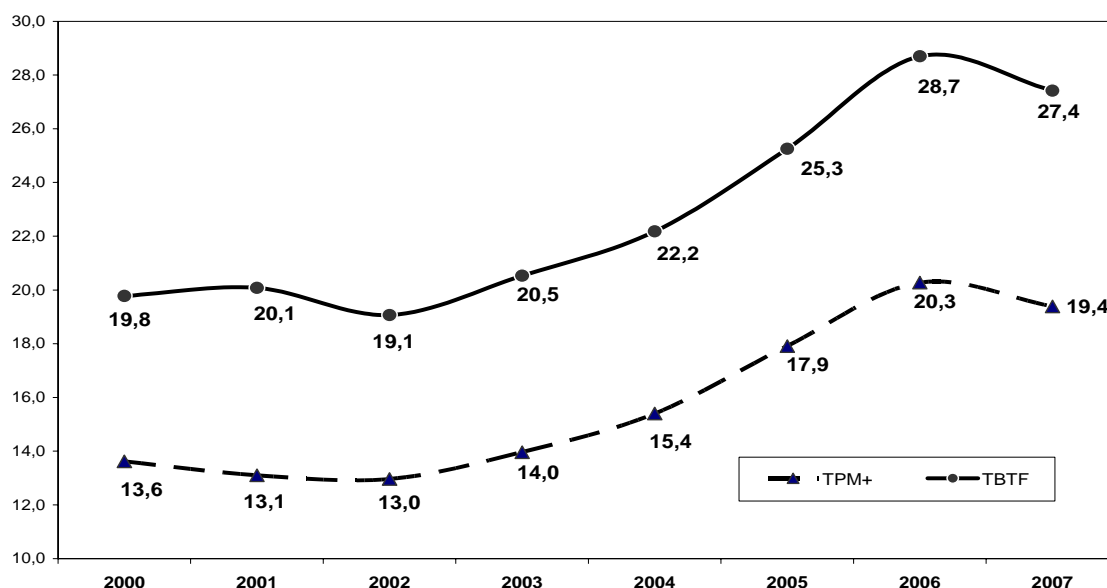


Figure n° 3 : Evolution de l'incidence notifiée des cas de tuberculose au Burkina Faso de 2000 à 2007

En l'an 2007 les services de santé ont dépisté au total 2614 nouveaux cas de TPM+ soit un taux de détection de 22%. Ce taux qui était en légère augmentation constante depuis 2001 a connu une baisse en 2007 par rapport à son niveau de 2006 où il était de 24,4%. Le taux de détection reste loin des 70% nécessaires au contrôle de la tuberculose.

3 – Les résultats de traitement

Les résultats de traitement sont analysés à travers le taux de succès du traitement, le taux de décès, le taux d'échecs et le taux de perdus de vue.

3.1 – Le taux de succès au traitement

Son évolution au cours des 7 dernières années se présente comme indiquée dans la figure n° 4.

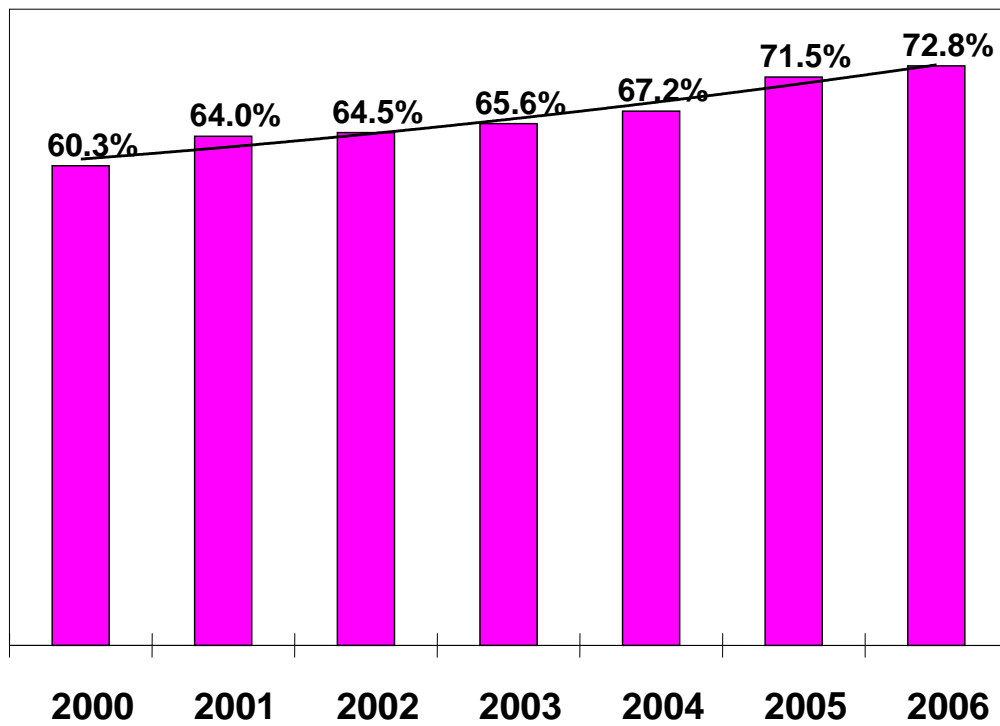


Figure n° 4 : Evolution du taux de succès au traitement des nouveaux cas de TPM+ de 2000 à 2006

Le taux de succès au traitement est passé de 60,3% en 2000 à 72,8% en 2006. Malgré cette progression il est en deçà de la norme de 85% préconisée par l’OMS et l’Union.

3.2 – Le taux de décès

Au cours des sept dernières années l'évolution du taux de décès est présentée par la figure 5.

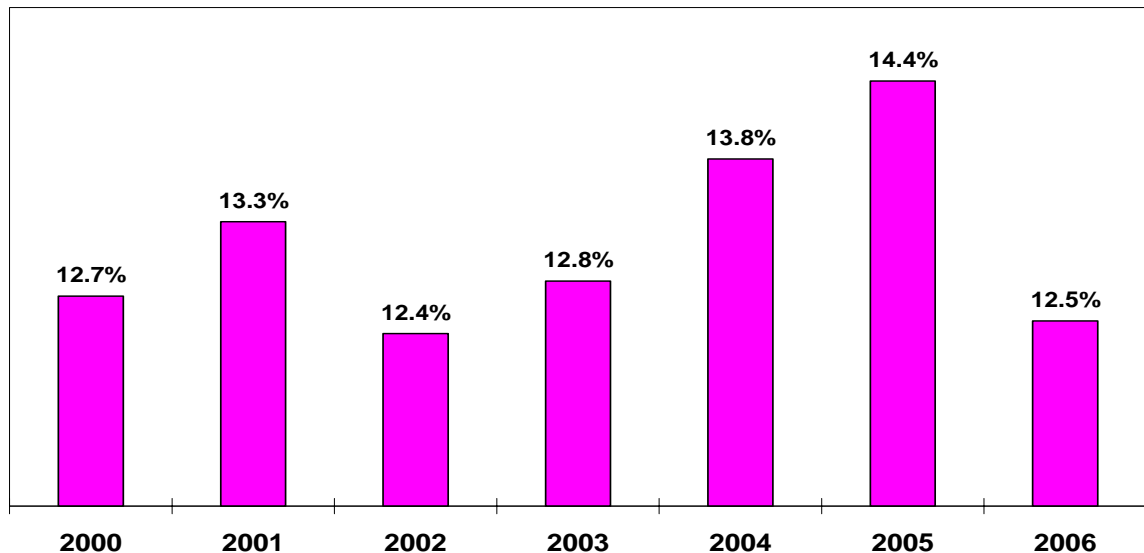


Figure n° 5 : Evolution du taux de décès des nouveaux cas de TPM+ de 2000 à 2006

Durant la période concernée le taux de décès des TPM+NC est resté au dessus de 12% avec une tendance à la hausse depuis 2002. Ce taux est largement supérieur à la norme de 5%.

3.3 – Le taux d'échec au traitement

Cet indicateur a évolué de la manière suivante au cours des six dernières années.

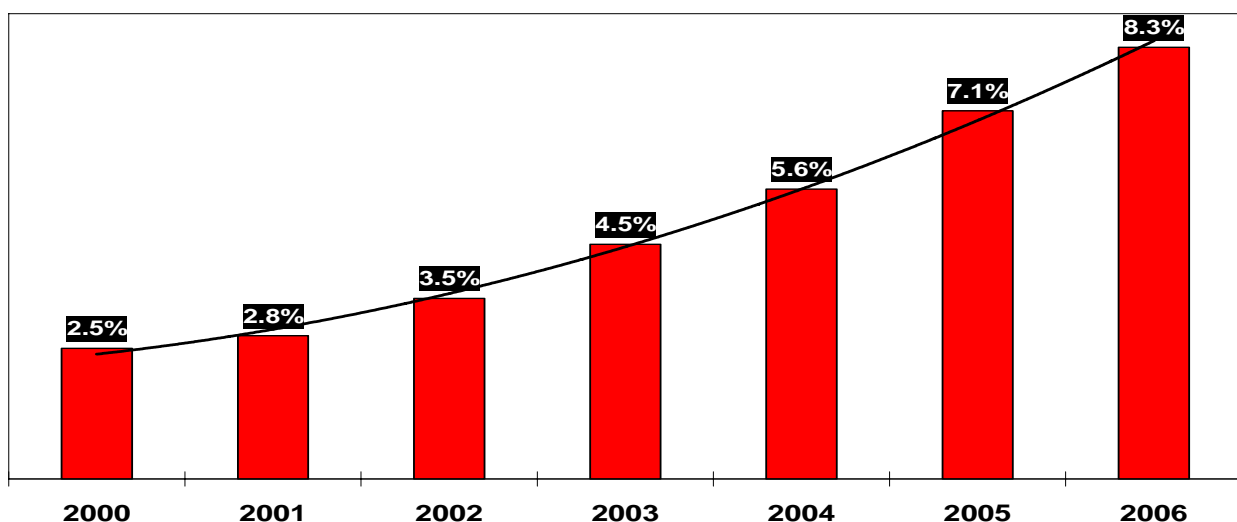


Figure n° 6 : Evolution du taux d'échec au traitement des nouveaux cas de TPM+ de 2000 à 2006

Le taux d'échec s'est accru de 2,5% en 2000 à 8,3% en 2006. Ceci constitue une préoccupation majeure du PNT

3.4 – Le taux de perdus de vue

L'évolution du taux de malades perdus de vue en cours de traitement est illustrée par la figure 7 ci-dessous :

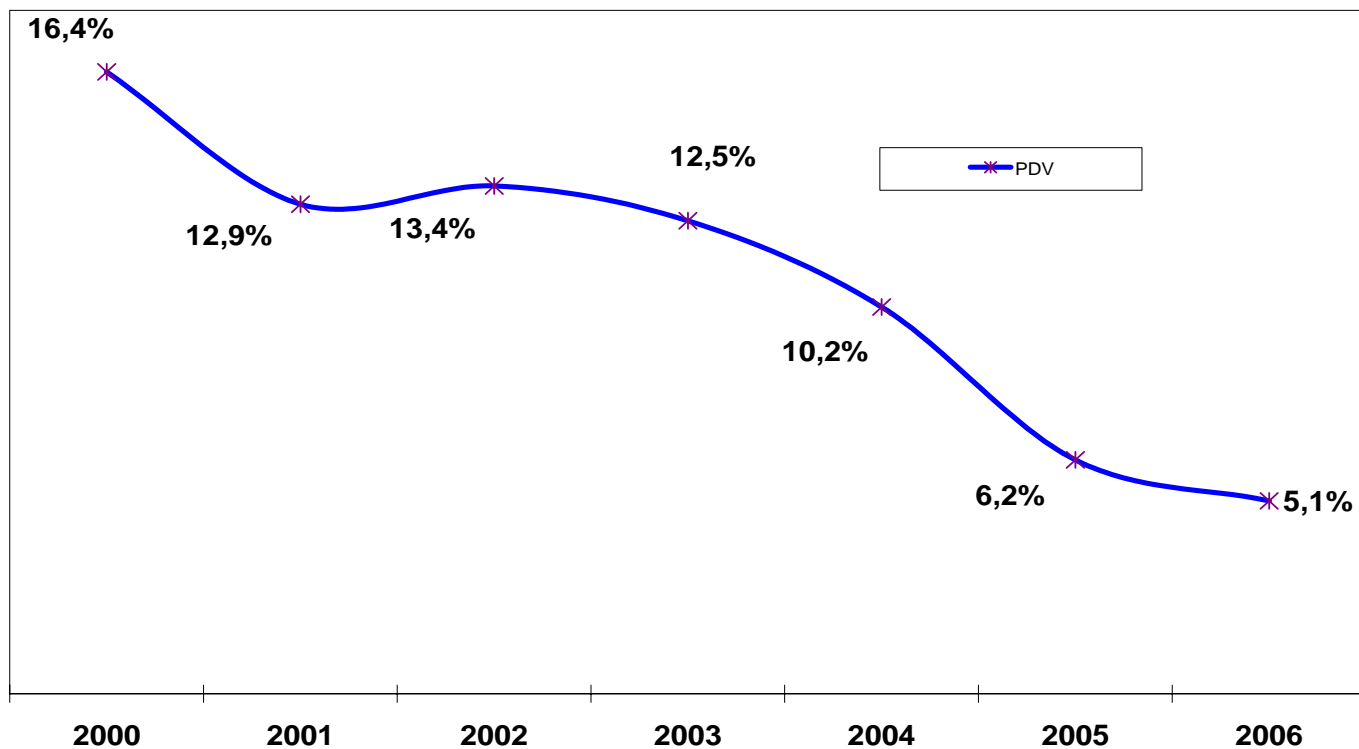


Figure n° 7 : Evolution du taux de perdus de vue des nouveaux cas de TPM+ de 2000 à 2006

Dans l'intervalle de 5 ans les efforts fournis par les acteurs du PNT ont conduit à des résultats appréciables. Le taux de malades perdus de vue est ainsi passé de 16,4% à 6,2%. Il reste malgré tout au dessus de la norme des 5% tolérés par l'Union et l'OMS. La gestion efficace des abandons de traitement par les malades tuberculeux demeure donc un défi pour le PNT.

3.5 – Les résultats de traitement des cas de TPM+ en retraitement

La figure 8 présente les résultats de retraitement au cours des 7 dernières années.

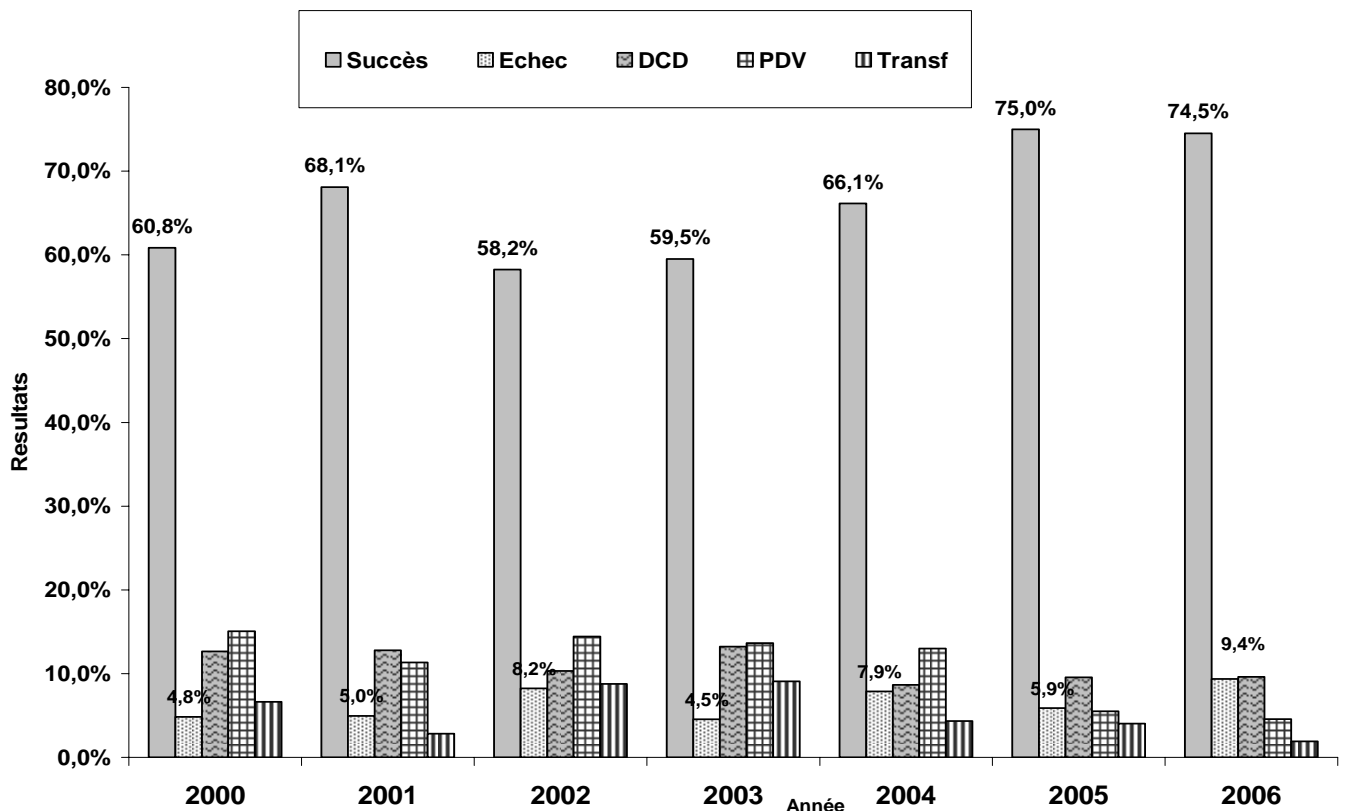


Figure n° 8 : Résultats de retraitement des cas de tuberculose de 2000 à 2006

Le taux de succès au traitement parmi ces malades varie entre 58,2% et 75%. Le taux de décès est resté élevé (8,9% à 13,2%).

4 – La co-infection TB/VIH

Avec un taux de séroprévalence de 2% (Rapport ONUSIDA 2006) le Burkina Faso reste l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest les plus affectés par l'infection à VIH. Des études menées respectivement à Bobo-Dioulasso en 1995 et à Ouagadougou 2002 ont permis de ressortir que 32 à 35% des malades tuberculeux étaient également infectés par le VIH [14]. La forte prévalence de la co-infection TB/VIH constitue une préoccupation majeure quand on sait que le VIH contribue à augmenter la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose. Elle entraîne également une surcharge de travail pour les services de santé et exige des prestataires des compétences supplémentaires en matière de prise en charge des malades. En 2007, seulement 49% des malades tuberculeux ont bénéficié

d'un test de dépistage du VIH. Ce niveau reste très loin de la norme de 80% recommandée par l'OMS.

5 – La situation de la résistance aux antituberculeux

En l'absence de possibilités de culture des mycobactéries il est difficile d'établir le profil et le niveau de la résistance aux médicaments antituberculeux. Toutefois le nombre de cas chroniques (échec au retraitement), évolue à un rythme préoccupant pour le PNT. En effet de 2000 à 2005 le Burkina Faso enregistrait en moyenne une dizaine de nouveaux cas chroniques de tuberculose par an [15]. Ce chiffre est passé à 47 cas pour la seule année 2006 et 30 en 2007.

V - ANALYSE DE LA REPONSE

1 – Les progrès réalisés

Les efforts consentis à tous les niveaux de responsabilité du PNT au cours des années précédentes ont permis d'atteindre des résultats appréciables dans plusieurs domaines.

1.1 – Le renforcement de la stratégie DOTS

- **L'engagement politique du Gouvernement** a été renforcé considérablement. Ce renforcement s'est traduit par la dotation de ressources financières pour l'achat des médicaments antituberculeux sur le budget national, la réalisation d'infrastructures sanitaires à travers le pays améliorant ainsi l'accès de malades aux soins, l'intensification du plaidoyer en vue de l'obtention de ressources supplémentaires et le maintien des mesures d'exonération des frais d'hospitalisation au profit des malades tuberculeux, la gratuité des médicaments antituberculeux et d'examens de contrôle. La discussion pour la création d'une ligne spécifique pour l'achat des médicaments antituberculeux, des réactifs et des consommables sur le budget de l'Etat est en cours.
- **Le réseau de bacilloscopie du secteur public** est passé de 74 en 2002 à 87 laboratoires en 2007. Quatorze d'entre eux ont été construits ou réfectionnés au cours du précédent plan stratégique. Depuis 3 ans, 14 laboratoires privés assurent également la bacilloscopie sous la supervision de la coordination du PNT. Chaque laboratoire dispose de l'équipement technique nécessaire pour la bacilloscopie. L'approvisionnement en

réactifs et consommables a été convenablement assuré et aucune rupture dommageable de stock n'a été enregistrée. Tous les techniciens du réseau sont formés et recyclés tous les 2 à 3 ans.

Au cours des quatre dernières années il a été noté une augmentation progressive de l'activité de bacilloscopie. Le nombre de lames lues est passé de 52 523 en 2003 à 97 197 en 2007, alors que celui des malades soumis au dépistage a augmenté de 14 932 à 27 379 au cours de la même période.

Le contrôle de qualité externe des lame-frottis est réalisé tous les trimestres par le LNR . Il fait ressortir une amélioration de la qualité des examens de bacilloscopie. En effet la proportion des erreurs majeures a régressé de 2,4% (12/500) en 2003 à 1,83% (42/2291) en 2005 et à 1,29 % (39/3021) en 2006.

- **Le traitement de la tuberculose standardisé** en 8 mois est appliqué sur toute l'étendue du territoire. Ce traitement se fait sous deux régimes :
 - **un régime de première ligne : 2RHZE/6EH** avec une prise supervisée pendant les deux premiers mois du traitement. A partir de janvier 2008 ce régime est réduit à 6 mois et est composé de **2(RHZE)/4(RH)**
 - **un régime de retraitement : 2SRHZE/1RHZE/5(RH)₃E₃** entièrement supervisé. Ce régime passera à **2SRHZE/1RHZE/5(RHE)**, avec l'introduction en 2009 du RHE 150/75/275mg en prise continue pendant la deuxième phase

Depuis 2005 le PNT offre un soutien en vivres aux malades dans tous les CDT. En 2006, plus de 6840 malades ont bénéficié de cet appui.

Les conditions de travail dans les CDT ont été améliorées avec la réhabilitation/construction de huit (8) unités de traitement, de 4 salles d'hospitalisation et de 2 incinérateurs.

Au total 941 infirmiers et 354 médecins ont été formés pour assurer une prise en charge correcte des patients tuberculeux.

Au CNLAT, une unité de radiologie a été mise en place facilitant ainsi le diagnostic et le suivi des malades, notamment les TPM- et les TEP.

- **L'approvisionnement en médicaments antituberculeux et réactifs**

Le PNT Burkina Faso a mis en place un système de gestion des médicaments à trois niveaux :

- **Le dépôt Central du PNT** : les médicaments sont acquis par l'intermédiaire de la CAMEG sur financement du budget de l'Etat, soit par une donation par GDF qui a assuré 40 à 60% des besoins du pays pour trois ans depuis 2005. Au

regard des besoins de plus en plus grandissants, il s'avère nécessaire d'offrir au niveau national des capacités de stockage plus grandes. Le Magasin central assure la gestion et la distribution aux dépôts régionaux.

- **Les stocks régionaux** : Chaque région sanitaire dispose d'un stock de médicaments antituberculeux avec une sécurité de 3 mois. L'objectif visé est de réduire les distances et les délais d'approvisionnement des CDT. Les magasins de stockage sont, pour la plupart délabrés et mal ventilés. Les agents en charge de la gestion des stocks à ce niveau manquent souvent de formation.
- **Les stocks au niveau des CDT** : Chaque CDT dispose d'un stock de médicaments et de réactifs à même d'assurer la PEC des malades pour au moins trois mois.

A tous les niveaux, l'approvisionnement est assuré sur la base d'outils de gestion dûment remplis. Depuis au moins cinq ans aucune rupture de stock de médicaments préjudiciable à la PEC des malades de première ligne n'a été enregistrée.

En collaboration avec GLC le PNT s'approvisionne en médicaments de deuxième ligne pour la prise en charge des Tuberculoses chroniques.

- **Le système d'enregistrement et de notification des cas** a été bien suivi avec la mise

en place des outils nécessaires pour la collecte des données et l'approvisionnement régulier de tous les CDT. Cette collecte est faite trimestriellement du CDT vers le district sanitaire, la région sanitaire puis le PNT. En 2007 le taux de complétude et de promptitude était de 100%. Les supports du programme sont les suivants :

- le bulletin de demande d'examens d'expectoration ;
- le registre de laboratoire ;
- le registre de traitement de la tuberculose ;
- la fiche de traitement ;
- la carte de traitement ;
- le formulaire de rapport trimestriel des activités de bacilloscopie ;
- le formulaire de rapport trimestriel de dépistage des cas ;
- le formulaire de rapport trimestriel de résultats de traitement ;
- le formulaire de commande des médicaments ;
- le formulaire de commande des consommables de laboratoire ;
- le formulaire de commande de petit matériel et de consommables de laboratoire ;

- la fiche de référence du malade tuberculeux ;
- la fiche de transfert du malade tuberculeux ;
- la fiche de référence du malade TB/VIH au centre de traitement par ARV.

• **La couverture du pays par les structures de prise en charge de la tuberculose** a été améliorée. Le nombre de CDT est passé de 74 en 2002 à 81 en 2007. En outre 379 CSPS dont 12 infirmeries de prison et 10 services de santé de l'office de santé des travailleurs ont été érigés en sites de décentralisation du diagnostic et du traitement de la tuberculose. On compte également quatre centres de référence de la prise en charge de la tuberculose (Le CHUYO, le CHUSS, le CNLAT et le CRLAT Bobo Dioulasso).

1.2 – La prise en charge de la co-infection TB/VIH

L'épidémiologie de la tuberculose a été largement influencée par l'épidémie du VIH. Les programmes de lutte contre la tuberculose se trouvent confrontés à un nombre croissant de cas notamment les TEP et les TPM-, plus difficiles à diagnostiquer. La morbidité et la mortalité augmentent, en partie à cause d'autres infections liées au VIH. Le risque de rechute est plus élevé. Face à cette situation, une collaboration renforcée entre le Programme de lutte contre la tuberculose et le Comité Ministériel de lutte contre le VIH/Sida /Santé a été jugée nécessaire pour la prise en charge globale de la co-infection. Cette collaboration a permis d'élaborer un plan concerté de lutte contre la co-infection TB/VIH 2007-2009 [16], suite du plan 2004-2006. Dans le souci d'assurer le suivi des activités de prise en charge des patients co-infectés TB/VIH un plan de monitoring et évaluation a été finalisé en début 2008. Les indicateurs clé sur la co-infection TB/VIH proposés par l'OMS ont été retenues. Les supports de collecte des données sur la co-infection sont disponibles sur le terrain.

Le PNT s'est engagé à doter les CDT de ressources humaines et matérielles nécessaires à la lutte contre la co-infection TB/VIH. Ainsi de 2004 à 2007 près de 243 agents des CDT ont été formés sur le Conseil dépistage volontaire du VIH. En vue de garantir un diagnostic et une prise en charge précoces de la tuberculose chez les PvVIH, 89 agents de santé exerçant dans les structures associatives ont été outillés pour identifier et orienter les cas suspects vers les centres spécialisés. Un manuel de prise en charge de la co-infection TB/VIH a été élaboré et diffusé en 2006.

1.3 – La prise en charge des cas chroniques

La mise en œuvre de la stratégie DOTS-Plus est à son début de mise en œuvre. Le PNT a élaboré un guide de prise en charge des cas chroniques de TB. La stratégie de traitement est basée sur un régime probabiliste standardisé de 21 mois. Le protocole thérapeutique appliqué est: 6ZKmOfxEtoCs/15OfxEtoCs. Ce traitement entièrement supervisé est assuré par les services de pneumologie des CHU.

La qualité de la prise en charge de ces patients est fortement influencée par l'absence de culture des mycobactéries au niveau du LNR. En attendant la construction de son LNR, la culture des mycobactéries est réalisée grâce à la collaboration avec l'Université de Brescia et l'Institut San Raffaele de Milan en Italie. En 2006, la requête pour du PNT a été approuvée par le *Green Light Committee* pour l'approvisionnement en médicaments de seconde ligne pour 10 cas. Un accord pour 40 traitements supplémentaire a été obtenu en 2007.

Les supports de collecte de la stratégie DOTS-plus sont les suivants :

- le bulletin d'examen de crachats des cas chroniques
- le registre de laboratoire pour la culture des mycobactéries
- le registre de traitement des cas chroniques
- la fiche de traitement des cas chroniques
- la carte de traitement des cas chroniques
- le rapport trimestriel de dépistage des cas chroniques
- le rapport trimestriel préliminaire de résultats de traitement des cas chroniques (pour les cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs enregistrés 6 à 9 mois)
- le rapport trimestriel des résultats de traitement des cas chroniques (pour les cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs enregistrés 24 à 27 mois)
- Le rapport annuel des résultats de traitement des cas chroniques
- le formulaire trimestriel de commande de médicaments de 2^{ème} ligne
- la fiche de transfert des cas chroniques
- la fiche de référence des cas chroniques
- la fiche de notification individuelle des effets secondaires majeurs

D'autres outils de gestion du malade dans le cadre de la contre référence sont en voie de finalisation.

1.4 – Le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé

1.4.1 – Le renforcement des ressources humaines

Il a été réalisé à travers le renforcement des compétences du personnel du ministère de la santé. Dans ce cadre le PNT a permis aux agents de santé de participer à des formations ou recyclages de courte durée au Burkina Faso et à l'étranger, à des formations de spécialisation et à différentes rencontres internationales sur la tuberculose :

- *Les formations et recyclages de courte durée réalisés au Burkina Faso.* Elles portent sur les thèmes opérationnels tels que la prise en charge des cas de tuberculose, la prise en charge des TB/VIH, la gestion des vivres, le counseling VIH, les techniques de supervision, les techniques de bacilloscopie, le DIU sur la prise en charge VIH de Ouagadougou. Plus de 1500 agents, toutes catégories confondues sont formés chaque année dans ces différents domaines. Les modules d'enseignement de ces thèmes sont élaborés et mis à jour chaque année.
- *Les formations de courte durée dispensée à l'extérieur du pays :* Il s'agit du cours international sur la gestion des programmes à Cotonou. Dix cadres du ministère de la santé (2 par an) ont pris part à ce cours depuis 2002. Le PNT propose également des formations spécifiques sur la recherche, l'épidémiologie, la bactériologie appliquée et la recherche.
- *Les formations de spécialisation* en pneumologie, en santé publique ou en bactériologie : 2 cadres du PNT ont bénéficié d'un appui pour une spécialisation en pneumologie et en santé publique
- *La participation aux rencontres internationales sur la tuberculose :* En moyenne 10 acteurs de la lutte contre la tuberculose répartis dans tous les districts sanitaires du pays participent chaque année à diverses rencontres d'envergure internationale sur la tuberculose.

1.4.2 – Le renforcement du système de supervision des agents

Le PNT a mis en place un système de supervision en cascades à trois niveaux :

- *Supervision centrale :* Elle a pour cible le responsable SLM/PGS, le pharmacien régional et le superviseur régional du réseau des laboratoires de bacilloscopie. Son but est de suivre le management du programme au niveau régional. Elle est assurée par une équipe du niveau central et s'effectue au moins une fois par an dans chaque

direction régionale de la santé.

- *Supervision régionale* : Elle est réalisée par le responsable SLM/PGS et le superviseur régional du réseau des laboratoires de bacilloscopie. Elle a une fréquence trimestrielle et porte sur les activités cliniques et bacilloscopiques des CDT. L'équipe de superviseurs de la coordination du programme y participe une fois sur deux.
- *Supervision au niveau du district* : La supervision des agents du CSPS sites de décentralisation est conduite par le technicien de laboratoire et le chargé de traitement du CDT. Elle est planifiée une fois par mois et porte sur le processus de collecte des crachats et le suivi des malades en traitement.

De 2002 à 2007, l'équipe de supervision au niveau central a été renforcée. Pendant la même période trente neuf (39) superviseurs de réseau de bacilloscopie et 36 superviseurs cliniciens ont été formés en technique de supervision. Les outils de supervision pour tous les niveaux sont élaborés par le PNT et révisés chaque année. Tout cela a permis d'assurer une plus grande régularité des supervisions au niveau DRS et CDT. En effet le taux de réalisation des supervisions est passé de 46,15% (24/52) à 92,3% (48/52). Il en est résulté une amélioration des résultats de dépistage et de traitement, une meilleure gestion des ressources au niveau des CDT et une plus grande maîtrise de la tenue des supports de gestion du PNT.

1.4.3 – Le renforcement de l'équipement en matériel roulant

Le PNT a doté en 2005, 8 des 13 Directions Régionales de la santé de véhicules 4X4 pour la supervision. De 2002 à 2005 en moyenne 25 motos ont été livrées aux CDT. En 2006, ce sont deux cent soixante un (261) sites de décentralisation y compris les infirmeries de prison, de l'OST et CDT qui ont été équipés de motos pour la collecte des crachats, la recherche des absents au traitement et la supervision. [17]

1.4.4 – L'amélioration des infrastructures

De 2002 à 2006 le nombre total de formations sanitaires toutes catégories confondues est passé de 1253 à 1540 améliorant ainsi le rayon moyen de couverture. Dans le domaine spécifique de la lutte antituberculeuse, 14 laboratoires de district, 8 unités de traitement, 4 salles d'hospitalisation et 2 incinérateurs ont été réalisés au cours du dernier plan stratégique [11]. Les conditions de travail se sont améliorées avec la construction et l'équipement d'un bloc technique (salle de radio, travaux pratiques de bacilloscopique, salle de réunion) au siège de la coordination.

1.5 – La promotion de la recherche

Au cours des cinq dernières années le PNT a réalisé ou contribué à la réalisation des études suivantes :

- Approche centrée sur le patient pour la prise en charge des patients tuberculeux ;
- Evaluation des besoins thérapeutiques non couverts pour le paludisme, la tuberculose et IST/VIH/SIDA ;
- Implication des agences radiophoniques nationales dans la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso ;
- Etude de la sélection et de la référence des patients suspects de tuberculose pulmonaire à microscopie positive au Burkina Faso ;
- Recherche sur les types de forme de TB au Burkina Faso de 1994 à 2004.

Recherche en cours

Des recherches portant respectivement sur l'Interaction Pharmacocinétique entre la Névirapine et la Rifampicine chez le patient co-infecté, la résistance du bacille de la tuberculose aux anti TB, l'incidence de la Tuberculose chez les PvVIH, l'analyse des facteurs qui limitent la détection des cas de tuberculose pulmonaire bacillifère dans la ville de Ouagadougou, l'évaluation du volet communautaire de lutte contre la Tuberculose 2005- 2009 sont actuellement en cours.

1.6 – La collaboration avec le sous secteur sanitaire privé

L'implication du sous secteur sanitaire privé à but lucratif dans la lutte contre la tuberculose a été formalisée en 2005. Cette collaboration s'applique pour l'instant essentiellement dans le domaine de la bacilloscopie.

Certaines structures confessionnelles assurent à la fois la bacilloscopie et la prise en charge des malades tuberculeux. Celles –ci sont approvisionnées en médicaments, réactifs et en consommables par le PNT. Il en est de même pour leur supervision.

Il existe également 21 associations de Tradipraticiens de santé mises en place qui assurent référence des cas suspects de tuberculose lors de leurs consultations. 315 membres de ces associations ont été formés par les agents des districts sanitaires en 2006 et 2007.

1.7 – Le renforcement de la participation communautaire

1.7.1 – Les activités communautaires de lutte contre la TB coordonnées par les structures de santé

Les agents des districts sanitaires, dans le cadre de l'exécution de leur plan d'action, réalisent des activités de sensibilisation sur la tuberculose à l'endroit de la communauté (animations publiques, théâtre forum, causeries éducatives à l'endroit de malades et accompagnant). Ces activités sont menées de façon intégrée (stratégie avancée PEV ...) ou de façon spécifique dans le cadre de la commémoration de la JMT et/ou de la collaboration avec la troupe ATB. Les ASC sont fortement impliquées dans la mise en œuvre de ces activités.

1.7.2 – Les activités communautaires de lutte contre la TB coordonnées par le PAMAC

Depuis 2005, sur financement Fonds Mondial Tuberculose, ce volet communautaire du PNT a été mis en œuvre par le PAMAC. La stratégie d'intervention a été élaborée de façon participative avec les acteurs de terrain (districts sanitaires, associations) et en collaboration avec le PNT Elle consiste à mobiliser les associations sur l'ensemble du territoire à travers deux composantes :

- **Composante sensibilisation**

Elle comprend 2 axes d'interventions :

- 10 structures associatives dites « structures pivot » ont pour mission de coordonner les activités par région. En collaboration avec la Direction Régionale de la Santé et les Districts Sanitaires, elles sélectionnent et supervisent 171 associations de mise en œuvre (au moins 2 par district). Les plans d'actions sont financés trimestriellement et consistent en la réalisation d'activités d'IEC/CCC (causeries débat/projection de films/débats, théâtre forum, etc.) ainsi que des références de cas suspects de tuberculose vers les CDT.
- 11 associations d'anciens et de nouveaux malades de la tuberculose ont par ailleurs été mises en place. Elles réalisent des activités de sensibilisation, des références de cas suspects et des groupes de parole pour l'aide à l'observance.

- Composante Prise en Charge communautaire
 - Sous la supervision d'une structure pivot, 18 associations tiennent des permanences au sein des CDT ayant un important volume d'activités et qui sont répartis dans l'ensemble des régions sanitaires du pays afin de réaliser des entretiens d'observance, des repérages de domicile, des visites de soutien psycho social, des références de cas suspects et des recherches d'absents au traitement.
 - 120 associations de PECC des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) organisent le dépistage précoce de la tuberculose chez les PVVIH à travers les références de cas suspects vers les CDT et intègrent dans les groupes de parole la thématique de la co-infection.

Des cartes de référence et de contre référence des cas suspects de tuberculose vers les services de santé sont utilisées par l'ensemble des associations impliquées dans le projet.

Quelques résultats d'octobre 2005 à décembre 2007 :

- 2661 acteurs communautaires ont été formés à l'IEC/CCC et à la PECC de la TB
- 13 510 activités de sensibilisation ont été réalisées dont 50% supervisées par les agents de santé
- Plus de 925 000 personnes ont été sensibilisées
- 3 294 malades de la TB ont été pris en charge par les associations
- 7 447 visites à domicile ont été réalisées
- 4593 cas suspects référés dont 438 dépistés positifs soit 9,5%.

1.8 – La collaboration avec les autres services de santé

◆ Les Universités, Instituts de recherche et Ecoles de formation

Le PNT collabore avec les universités et les écoles de formation des professionnels de santé dans le cadre de la formation et de la recherche. Cette collaboration a permis de réaliser plusieurs études et d'intégrer l'enseignement de la Lutte Antituberculeuse dans le curriculum de formation de l'ENSP. Au niveau de l'Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé est en voie.

◆ Le CMLS/Santé

La collaboration avec le CMLS/Santé a permis de réaliser plusieurs activités et documents pour une meilleure prise en charge de la co-infection TB/VIH au Burkina Faso. Un membre du CMLS/Santé prend part aux réunions du Comité Technique sur la Tuberculose. Les

diverses réunions de concertation au CMLS/Santé connaissent la participation des membres du PNT: élaboration des directives en matière de CDV, réunions ordinaires du Comité Technique de surveillance du VIH, réunions d'amendement des modules de formation sur la PCIM/VIH, finalisation du document des normes et protocoles pour la prise en charge de l'infection au VIH/SIDA (Edition 2008). Les membres du CMLS/Santé ont activement participé à la préparation du manuel de prise en charge de la co-infection TB/VIH et à sa diffusion auprès des acteurs de terrain. Egalement deux plans concertés de prise en charge de la co-infection TB/VIH (2004 – 2006 et 2007 – 2009) et un plan de monitoring et évaluation des activités TB/VIH ont été élaborés.

1.9 – La communication pour le changement de comportement

Ces dernières années ont vu s'intensifier les activités de communication sur le problème de la tuberculose à travers tout le pays. Les OBC (sous la supervision du PAMAC) et les agents de santé sensibilisent les populations à risque que sont en l'occurrence les populations, nomades du sahel et des quartiers périphériques des grandes villes.

Le PNT coordonne différentes activités avec les médias modernes, traditionnels et populaires (radio, télévision, presse écrite, théâtre forum, animation publique...). Il collabore aussi avec des fédérations sportives pour sensibiliser les populations au cours des grands événements de cyclisme, lutte traditionnelle, boxe. De nombreux supports de sensibilisation (affiches, calendriers, dépliants, tee-shirt,...) sont confectionnés et distribués aux populations à diverses occasions. Ces résultats ont été atteints grâce à la présence au sein de l'équipe du PNT d'un agent spécialiste de la communication depuis 2006.

Au niveau du district sanitaire

Les agents de santé, en plus des activités de sensibilisation qu'ils mettent en œuvre supervisent celles menées par les associations.

2 – Les insuffisances et les contraintes du programme

Malgré les résultats ci-dessus évoqués, des insuffisances et contraintes subsistent auxquelles le PNT devrait faire face au cours des quatre prochaines années.

2.1 – La mise en œuvre de la stratégie DOTS

- L'engagement politique en faveur de la lutte antituberculeuse n'est pas accompagné de ressources financières suffisantes et durables. Il n'existe pas une ligne spécifique sur le budget de l'Etat Burkinabé consacrée au financement des activités du PNT.
- L'accès au service de dépistage reste faible malgré l'augmentation du nombre de cas dépistés (1924 cas en 2004 à 2614 cas en 2007) et la mise en place des sites de collecte de crachats (379 CSPS/1211 CSPS) soit 35% des CSPS du pays.

Le local abritant le LNR n'étant pas adapté aux normes requises, il s'avère nécessaire la construction et l'équipement d'un LNR répondant aux normes. Il est prévu dans le 4^{ème} Round du Fonds Mondial/composante tuberculose, la construction d'un laboratoire de niveau 2 de biosécurité. Au niveau du réseau 24 laboratoires ont été réfectionnés, 55 microscopes ordinaires et 1 microscope à fluorescence acquis. Toutefois, 30 laboratoires sont encore vétustes, 50 autres microscopes ordinaires et 4 microscopes à fluorescence seront nécessaires pour le réseau. Certains équipements, matériels et consommables médico-techniques sont insuffisants (réfrigérateurs, fibroscopes pédiatrique, sondes naso-gastriques)

- Les résultats de traitement sont insuffisants, marqués par des taux de décès, et d'échec élevés. L'accès aux services de traitement reste faible. On compte une unité de traitement pour 171 200 habitants et un site de traitement décentralisé 46 918 habitants. Cela pose le problème de l'application correcte du traitement directement observé et celui de l'assiduité au traitement.
- Le processus d'approvisionnement en médicaments antituberculeux est confronté à l'insuffisance de compétences des personnels en charge de la gestion des stocks au niveau DRS et des districts. Dans les DRS les conditions de stockage sont inadéquates. La capacité de stockage du magasin central est insuffisante (Recommandation GDF, mission août 2007). Toutefois, son agrandissement au sein de l'infrastructure actuelle abritant la coordination du PNT n'est possible qu'à travers l'extension du bâtiment à un niveau R+1 avec déplacement des bureaux au premier étage, le magasin occupant tout le Rez-de-chaussée.
Les formes pédiatriques de médicaments antituberculeux ne sont pas encore utilisées au Burkina Faso.

- Les responsables des Centres d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique (CISSE) des DRS et des districts ne sont pas formés et impliqués dans le suivi/évaluation des activités du PNT.

2.2 – La lutte contre la co-infection TB/VIH

La collaboration avec le programme SIDA a permis d'élaborer 2 plans triennaux TB/VIH (2004-2006, 2007-2009). Le taux de couverture en cotrimoxazole pour les malades tuberculeux co-infectés en 2007 est de 83% et 49% des malades tuberculeux ont été conseillés et testés pour le VIH au CDT. Les réunions de la cellule de coordination TB/VIH sont en nombre insuffisant. Les malades suivis dans les sites de décentralisation ont un problème d'accès géographique au conseil/dépistage de l'infection à VIH. Les malades co-infectés ont des problèmes d'accès géographique et financier pour le suivi biologique.

2.3 – La prise en charge des cas chroniques

La prise en charge est confrontée à l'insuffisance d'organisation du circuit des malades et à l'inaccessibilité des examens de culture de mycobactéries et de tests de sensibilité aux antituberculeux. A cela s'ajoute la faible accessibilité aux médicaments antituberculeux de 2^{ème} ligne liée à leur coût élevé, aux dispositions internationales trop restrictives, à la capacité d'accueil limitée (30 malades en 2007 pour 10 lits) des structures de référence, à la fréquence élevée des effets secondaires liés aux antituberculeux. Les malades MDR vivent dans des conditions socio-économiques précaires et ne peuvent faire face aux coûts liés aux soins (frais de transport, médicaments pour les effets secondaires des antituberculeux). Les niveaux et le profil de la résistance aux médicaments antituberculeux ne sont pas connus (protocole de surveillance de la résistance en cours d'élaboration en 2008). Toutes ces difficultés peuvent compromettre les résultats du programme

2.4 – Le renforcement du système de santé

- Dans le domaine des infrastructures, un certain nombre de laboratoires et d'unités de traitement sont en état de délabrement. Certaines unités de traitement ne disposent pas de bureau affecté à l'activité. Cela entrave la conservation des documents et des médicaments. Les entrepôts de stockage de médicaments dans les DRS sont, pour la plupart délabrés et mal ventilés compromettant ainsi à la longue la qualité des produits servis aux malades. Les capacités de stockage du magasin central sont également

limitées. L'insuffisance de locaux adaptés dans les structures de santé augmente les risques de contamination nosocomiale de la tuberculose.

- Le matériel et les équipements médico-techniques en place dans les CDT seront bientôt amortis et devront être remplacés au cours des cinq prochaines années. Il en est de même pour les équipements de travail existant au niveau de la coordination du PNT (ordinateurs, photocopieurs, mobilier).
- Le matériel roulant du PNT est, pour la plupart acquis depuis au moins deux ans. Il sera amorti avant les cinq prochaines années et devra être remplacé pour permettre le maintien du rythme et de la qualité de la supervision des activités du programme. En outre, 5 DRS sur 13 n'ont pas été dotées de véhicules au cours de l'exercice passé. La moitié des sites de décentralisation ne disposent pas de motos adaptées pour le transport des crachats et la recherche des absents au traitement.
- La gestion des ressources humaines a pour principale contrainte la grande mobilité des personnels et leur remplacement quasi constant par des agents peu expérimentés nouvellement sortis des écoles de formation. Cette situation oblige le PNT à organiser de nombreuses sessions annuelles de formation en vue de renforcer les compétences nécessaires à la mise en œuvre des activités.
- Les affections respiratoires représentaient en 2006, la 2ème cause de morbidité soit 13,1% des motifs de consultations (Annuaire statistique DEP/Santé). Leur prise en charge est jusque là basée sur le guide de diagnostic et de traitement (GDT). L'approche pratique santé respiratoire (APSR), nouveau concept, devra permettre une meilleure organisation de la prise en charge des ces affections respiratoires. Mais il existe un déficit en plateau technique, en formation des agents des structures sanitaires (CSPS, CM/CMA, CHR, CHU), en équipements (débitmètres, oxymètre, spiromètre) et en médicaments (salbutamol, corticoïdes, ...) pour sa mise en œuvre.
- Les supervisions des sites de décentralisation du diagnostic et du traitement par les agents des CDT sont insuffisantes en nombre et en qualité. En 2006 le niveau moyen de réalisation des supervisions était de 2/12 par site de décentralisation. Ce déficit quantitatif et qualitatif est lié à l'insuffisance de ressources financières, au manque de formation des agents des CDT en technique de supervision.
- L'intégration de l'enseignement de la LAT dans le curriculum de formation des étudiants en médecine n'est pas encore effective. Les nouveaux médecins ne sont pas suffisamment outillés pour conduire les activités de lutte antituberculeuse.

2.5 – La contribution du sous-secteur sanitaire privé à la lutte contre la tuberculose est encore faible. Ce déficit de collaboration entre les sous secteurs public et privé réduit les chances de dépister et de traiter le plus grand nombre de malades qui se présentent dans les formations sanitaires. Les agents de santé des structures sanitaires de l'Armée ne sont pas suffisamment impliqués dans la lutte antituberculeuse.

Les tradipraticiens de santé, formés à la LAT ne couvrent pas tous les districts sanitaires. Les standards internationaux de traitement de la tuberculose ne sont pas encore diffusés au niveau des écoles et unités de formation des infirmiers et des médecins voire auprès de tous les soignants..

2.6 – La participation communautaire à la lutte antituberculeuse

Dans ce domaine on peut retenir les insuffisances suivantes :

- Les populations spécifiques tels les habitants des quartiers périphériques précaires des villes, les populations nomades du Sahel, les prisonniers, les travailleurs des sites d'orpillage ne sont pas suffisamment touchés par les activités de sensibilisation. Les leaders d'opinion (coutumiers et religieux) sont insuffisamment impliqués dans les activités de mobilisation sociale. La charte du patient tuberculeux n'est pas adaptée et vulgarisée auprès des malades et de la communauté.
- Les interventions des OBC ne sont pas toujours en parfaite coordination avec les planifications des responsables des structures de santé. Une meilleure concertation permettrait d'optimiser leur contribution à la lutte antituberculeuse.
- Le niveau de connaissance des populations sur la tuberculose reste encore inconnu. Cela rend pertinent la réalisation d'une étude sur le sujet, et de poursuivre la sensibilisation à grande échelle sur la tuberculose.
- Insuffisance de suivi des activités des relais communautaires

VI - LES DEFIS A RELEVER AU COURS DE LA PERIODE 2008 – 2012

De l'analyse de la situation ainsi faite il apparaît à l'évidence que pour contrôler la tuberculose au Burkina Faso le PNT devra encore faire face à de nombreux défis au cours des prochaines années. Il s'agit :

- de la mobilisation de ressources suffisantes et durables au profit de la lutte antituberculeuse ;
- de l'amélioration du taux de dépistage des cas de TPM+ ;
- de l'amélioration des résultats de traitement (taux de succès au traitement, taux d'échecs, de perdus de vue et de décès) ;
- du renforcement du système d'approvisionnement en médicaments et réactifs
- de la prise en charge adéquate de la TB-MR (culture de mycobactéries, médicaments de 2^{ème} ligne, suivi biologique, gestion des effets secondaires) ;
- de la prise en charge adéquate des cas de co-infection TB/VIH ;
- du renforcement des infrastructures et des équipements techniques
- du renouvellement des moyens logistiques à la coordination, au niveau régional et décentralisé du système de santé
- du renforcement des ressources humaines
- du renforcement de la collaboration du monde communautaire et associatif et des sous secteurs sanitaires public et privé
- du renforcement de la collaboration des sous secteurs sanitaires public et privé
- implication du monde communautaire dans le TDO

VII - LES OPPORTUNITES DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Dans la mise en œuvre de ce plan le PNT peut bénéficier des opportunités suivantes :

- l'appui des autorités politiques du Burkina Faso aux activités du programme ;
- la mobilisation internationale en faveur de la lutte antituberculeuse ;
- la mise en place de structures internationales de financement des interventions de lutte contre la tuberculose ;
- l'existence de structures internationales et de mécanismes d'appui technique et de

- coordination (UNION, OMS, GDF, GLC,...) ;
- la bonne couverture du territoire par la stratégie DOTS ;
 - l'engagement des structures communautaires pour la lutte contre la tuberculose
 - le partenariat engagé entre le PNT et un programme national de coordination du monde associatif et communautaire (PAMAC),
 - le partenariat engagé entre le PNT et le CMLS/Santé.

VIII - BUT ET OBJECTIF DU PLAN STRATEGIQUE 2007 – 2010

1 – BUT

Réduire le poids de la tuberculose au Burkina Faso d'ici fin 2012 dans le sens des Objectifs du Millénaire pour le développement et de ceux fixés par le «Partenariat Halte à la Tuberculose».

2 – OBJECTIF GENERAL

Réduire la morbidité et la mortalité dues à la tuberculose au Burkina Faso d'ici fin 2012

3 – OBJECTIFS SPECIFIQUES D'ICI 2012

3.1. Poursuivre l'extension d'une DOTS de qualité

- Augmenter le nombre de nouveaux cas de TPM+ de 2614 en 2007 à au moins 4588 en 2012.
- Augmenter le taux de succès de traitement des nouveaux cas de TPM+ de 72,8% (cohorte 2006) à au moins 85 % (cohorte 2011).

3.2. Lutter contre la co-infection tuberculose-VIH, la tuberculose MDR et s'attaquer à d'autres défis

- Augmenter le taux de dépistage de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux de 49 % en 2007 à au moins 84% en 2012
- Accroître le taux de patients co-infecté TB/VIH sous CTX de 86 % à 91% en 2012
- Assurer un traitement avec des médicaments de seconde ligne à 100 % des cas de tuberculose à bacilles multi-résistants dépistés.

3.3. Contribuer au renforcement du système de santé

- Améliorer les capacités managériales du PNT tout en contribuant au renforcement des capacités institutionnelles du système de santé
- Mettre en place la stratégie de l'approche pratique santé respiratoire (APSR) à partir de 2010.

3.4. Engager tous les soignants

- Accroître le nombre de laboratoires privés assurant la bacilloscopie de 11 en 2007 à 23 en 2012
- Accroître le nombre de cas suspects de TB référés par les Tradipraticiens de Santé de 605 en 2007 à 5519 en 2012

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

- Renforcer les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale en collaboration avec la société civile
- Renforcer les soins communautaires des patients tuberculeux en collaboration avec la société civile
- Diffuser la charte du patient.

3.6. Promouvoir la recherche opérationnelle

IX - AXES STRATEGIQUES DU PLAN STRATEGIQUE 2008 – 2012

Les interventions du présent plan stratégique s'inscrivent parfaitement dans les six éléments de la stratégie Halte à la Tuberculose.

1 – L'extension et l'amélioration de la qualité de la stratégie DOTS

La stratégie DOTS est placée au centre de la lutte antituberculeuse au Burkina Faso depuis la création du PNT. En vue de l'étendre davantage et d'en améliorer la qualité il est envisagé de mener des interventions ciblées à tous les niveaux de ses composantes.

- *L'engagement politique et financier*

Au regard des résultats actuels et de l'ensemble des défis à relever, le PNT a besoin de ressources de toutes natures pour renforcer la mise en œuvre de ses activités. Cela justifie que l'accent soit mis sur le plaidoyer pour un plus grand engagement politique

et financier.

- *Le dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée*

L'efficacité d'un programme de lutte contre la tuberculose repose en grande partie sur l'accès à un diagnostic de laboratoire de qualité. Ce besoin s'est accru en raison de l'ampleur de la co-infection TB/VIH et de la nécessité impérieuse de prévenir et de prendre correctement en charge les cas de TB-MR dont le nombre est croissant. Les efforts seront orientés vers le renforcement des capacités du réseau de laboratoires.

- *Le traitement standardisé et supervisé, accompagné d'un soutien au patient*

La réussite des programmes de lutte antituberculeuse dépend aussi du niveau élevé du succès au traitement et de celui du dépistage. Le niveau actuel des résultats de traitement est en deçà des normes. Il s'avère donc important de renforcer les capacités du programme à obtenir de meilleurs résultats de traitement de la tuberculose au cours des quatre prochaines années.

- *Le système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments :*

Dans la mise en œuvre efficace du programme de lutte antituberculeuse il est capital d'assurer à toutes les structures impliquées un approvisionnement régulier en médicaments, réactifs de laboratoire et consommables de qualité. Prenant en compte les insuffisances relevées dans l'analyse de la situation, le PNT renforcera son mécanisme d'approvisionnement.

- *Le système de suivi/évaluation et de mesure de l'impact*

En tant qu'outil de prise de décision et de planification le système de suivi/évaluation constitue un domaine d'importance capitale pour tout programme. Le PNT travaillera à son renforcement pendant la durée du présent plan.

2– La lutte contre la co-infection TB-VIH, la TB-MR et les autres défis

- ◆ ***La lutte contre la co-infection TB/VIH***

La co-infection TB/VIH constitue une préoccupation majeure au Burkina Faso. Dans ce contexte les activités spécifiques de lutte contre la co-infection TB/VIH doivent venir en synergie avec celles déjà initiées par les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA. Il est donc nécessaire de mettre en place des mécanismes efficaces de collaboration visant à réduire la morbidité liée à la tuberculose tout comme celle liée à l'infection à VIH. La recherche devrait permettre au PNT de comprendre et résoudre de nombreux obstacles entravant l'atteinte des objectifs. Il sera défini des

axes et thèmes prioritaires de recherche pour les quatre années à venir. Dans sa mise en œuvre le PNT développera la collaboration avec les institutions de recherche et accroîtra les capacités locales en matière de recherche opérationnelle.

◆ **La lutte contre la TB-MR**

Le Programme National de Lutte Antituberculeuse réunira les conditions nécessaires en vue d'assurer de la prévention, le dépistage et la prise en charge des cas qui répondent aux normes de qualité requises. Tout cela exigera un LNR performant, une disponibilité des médicaments antituberculeux de 2^{ème} ligne et un personnel formé.

◆ **Les mesures en faveur des prisonniers et autres groupes défavorisés**

En raison des conditions de vie qui y prévalent, le milieu carcéral est favorable au développement de la tuberculose et de l'infection à VIH. Les activités déjà initiées par le PNT doivent être intensifiées dans le but de dépister à temps et de prendre efficacement en charge les cas de tuberculose dans les prisons du pays.

3 – Le renforcement du système de santé

La bonne performance du programme dépend, entre autres, des conditions de travail offertes aux différents acteurs. Le PNT veillera en conséquence à l'amélioration des compétences des ressources humaines à tous les niveaux du système de santé, à l'amélioration des infrastructures, à l'acquisition des équipements médico-techniques adéquats et du matériel roulant. En outre, pour bien assurer le rôle qui est le sien dans la mise en œuvre des activités, la coordination sera dotée du matériel nécessaire pour son fonctionnement quotidien.

D'autre part, le PNT mettra en œuvre à partir de 2010, l'Approche Pratique Santé Respiratoire (APSR) en vue de contribuer à l'amélioration de la prise en charge globale des maladies respiratoires en générale et à l'augmentation du taux de détection des cas de tuberculose en particulier. Cette stratégie servira de tremplin pour renforcer également les capacités en ressources humaines et matérielles à tous les niveaux du système de santé.

4 – L'implication de tous les soignants

L'implication du sous secteur sanitaire privé et de certaines formations sanitaires publiques (santé militaire par exemple) dans la mise en œuvre des activités de lutte antituberculeuse est une condition nécessaire à un accès plus large de la population au

diagnostic et à la prise en charge. Cette implication est déjà initiée et sera étendue voire intensifiée.

5– Le renforcement des capacités des personnes atteintes de tuberculose et des communautés

- ***Le Plaidoyer, la Communication et la mobilisation Sociale***

Le faible taux de détection de la tuberculose suggère que des activités intensives d'information, d'éducation et de communication soient menées. L'objectif poursuivi est de leur permettre de mieux connaître la maladie, et d'orienter les cas suspects vers les structures de santé pour une meilleure prise en charge. Ce plaidoyer se fera entre autre à travers l'implication des malades tuberculeux organisés en associations.

- ***La participation de la communauté aux soins de la tuberculose***

Il ressort de l'analyse de la situation que malgré les progrès réalisés ces dernières années, le PNT enregistre encore un taux de perdus de vue au dessus de la norme.

D'autre part, le passage en 2008 à un régime de traitement de six mois (entièrement supervisé) engendre des contraintes de déplacements multiples pour les malades.

Pour garantir un plus grand succès à ses activités le PNT impliquera pleinement les communautés aux soins et à la recherche des absents au traitement.

- ***La charte des patients pour les soins antituberculeux***

La mise en place de cette charte a pour vocation d'améliorer l'implication des malades et des personnels dans le cadre de la lutte antituberculeuse. Cette charte permettra une meilleure perception de la maladie au sein de la communauté.

6 – La promotion de la recherche

La recherche doit permettre au PNT de comprendre et de résoudre de nombreux obstacles entravant l'atteinte des résultats. Il définira les axes et les thèmes prioritaires de recherche pour les quatre années à venir. Dans la mise en œuvre il sera utile de développer la collaboration avec les institutions de recherche et d'accroître les capacités locales en matière de recherche opérationnelle.

X- ACTIVITES PAR AXE STRATEGIQUE

1 – L'extension et l'amélioration de la qualité de la DOTS

- ***L'engagement politique et financier***

Les principales activités sont les suivantes :

- Maintenir et augmenter la contribution du budget de l'Etat au PNT ;
- Mobiliser des ressources humaines, financières, matérielles et techniques additionnelles en faveur du programme ;
- assurer le plaidoyer auprès des partenaires de la santé pour le renforcement de leur contribution technique et financière.

- ***Le dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée***

Les principales activités sont les suivantes :

- Former/recycler les techniciens de laboratoire,
- Doter les laboratoires en réfrigérateurs et microscopes
- Approvisionner les laboratoires en réactifs et consommables;
- Assurer le contrôle de qualité des laboratoires ;
- Réhabiliter des laboratoires de microscopie ;
- Acquérir des fibroscopes pédiatriques et accessoires ;
- Equiper le LNR ;
- Assurer la maintenance des équipements techniques du LNR et des microscopes du réseau;
- Approvisionner le LNR et le réseau en réactifs et consommables ;
- Former les techniciens du réseau de bacilloscopie ;
- Former 400 agents de santé (CSPS, infirmeries, prisons et les services de santé de l'OST) à la stratégie DOTS ;
- Equiper les 400 formations sanitaires en kits (glacières, crachoirs, outils de gestion du programme) pour la collecte des crachats ;
- Doter les CDT et les sites de décentralisation en motos ;
- Superviser régulièrement les techniciens de laboratoire ;
- Assurer la culture du BK et les tests de sensibilité aux antituberculeux ;
- Promouvoir les techniques de dépistage rapide des tuberculoses MDR (test moléculaire).

- **Le traitement standardisé et supervisé, accompagné d'un soutien au patient**

Les principales activités sont les suivantes :

- Former les médecins et les infirmiers sur la LAT;
- Approvisionner tous les centres de traitement en médicaments antituberculeux ;
- Promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments antituberculeux ;
- Réfectionner les CDT et les salles d'hébergement des malades ;
- Allouer une subvention forfaitaire aux agents de santé (carburant) pour la recherche active des absents au traitement ;
- Assurer un soutien alimentaire à tous les patients tuberculeux en traitement ;

- **Le système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments**

Les principales activités sont les suivantes :

- Construire et équiper le magasin central du PNT ;
- Réhabiliter et équiper les dépôts de médicaments de 13 DRS afin d'améliorer les conditions de stockage;
- Assurer un approvisionnement régulier et ininterrompu à tous les niveaux en médicaments antituberculeux de première ligne (y compris les formes pédiatriques) et deuxième ligne ;
- Assurer le contrôle de la qualité des médicaments antituberculeux en concertation avec la DGPMML et le Laboratoire National de Santé publique ;
- Former/recycler les pharmaciens des DRS, les agents chargés du traitement des CDT ;
- Réviser les supports de gestion des médicaments antituberculeux ;
- Editer et diffuser les supports de gestion;
- Superviser régulièrement les agents à tous les niveaux (responsables SLM/PGS, les pharmaciens régionaux, les superviseurs régionaux de bacilloscopie, agents des CDT) sur la gestion des médicaments et des consommables ;
- Mettre en œuvre la pharmacovigilance en collaboration avec la DGPMML

- **Le système de suivi et d'évaluation, et de mesure de l'impact**

Les activités sont les suivantes :

- Réviser le guide technique de lutte antituberculeuse ;
- Reproduire et diffuser le guide technique ;
- Réviser les outils de gestion du programme tous les deux ans ;
- Reproduire les outils de gestion du programme ;
- Former les agents des CISSE des DRS et des districts à la gestion des données

- du programme ;
- Superviser régulièrement les agents à tous les niveaux (DRS, CDT, Sites de décentralisation)
- Organiser des réunions de monitoring des activités du programme à tous les niveaux du système de santé 1 fois l'an ;
- Réaliser une enquête nationale de prévalence de la tuberculose
- Réaliser une revue du programme tous les 5 ans ;
- Diffuser les rapports aux acteurs, aux instances nationales et internationales ;
- Réaliser des études d'impact de la lutte antituberculeuse ;
- Réaliser une étude CAP;
- Prendre en charge l'appui des experts nationaux et internationaux (APSR, MDR, DOTS Communautaire, Revues, Logiciel de gestion....) ;
- Elaborer un plan de suivi évaluation ;
- Editer et diffuser un bulletin semestriel d'information et de retro-information sur la tuberculose
- Intégrer les données statistiques sur le volet communautaire dans la base de données statistique du PNT
- Evaluer la mise en œuvre du volet communautaire.

2 – La lutte contre la co-infection TB/VIH, la TB-MR et les autres défis

♦ Dans le domaine de la lutte contre la co-infection TB/VIH

Les principales activités sont les suivantes

- Tenir une fois par trimestre la réunion de la cellule de coordination TB/VIH
- Tenir des ateliers de validations du rapport annuel sur la prévalence du VIH chez les tuberculeux et de modules de formation
- Former les agents des CDT et des sites de décentralisation en counseling ; VIH et à la prise en charge de la co-infection TB/VIH;
- Former les agents de santé des structures sanitaires associatives sur la suspicion et à l'orientation des cas suspects de tuberculose vers les CDT ;
- Superviser les agents des CDT et des structures de prise en charge des PvVIH sur la MEO des activités relatives à la co-infection TB/VIH ;
- Assurer un forfait mensuel aux malades co-infectés TB/VIH pour ARV
- Subventionner les examens biologiques des malades TB/VIH sous ARV ;

- Subventionner les examens de radiologie des tuberculeux dans les CHU, CHR et CMA ;
- Elaborer et adopter un plan de lutte contre la transmission de la tuberculose en milieu hospitalier et dans les centres de prise en charge des PvVIH
- Evaluer la mise en œuvre du plan de lutte contre la transmission de la tuberculose en milieu hospitalier et dans les centres de prise en charge des PvVIH

♦ **Dans le cadre de la lutte contre la TB-MR**

Les principales activités sont les suivantes :

- Former/recycler les techniciens de laboratoires du LNR sur la culture des mycobactéries et les tests de sensibilité aux antituberculeux ;
- Former/recycler les agents des CHU, du CNLAT et du CRLAT à la PEC des cas de TB-MR ;
- Construire et équiper deux unités médicales spécialisées de prise en charge des TB MDR
- Assurer les frais de fonctionnement des deux unités spécialisées (fourniture de bureau, téléphone, produits d'entretien)
- Doter les agents en charge du diagnostic et du traitement de cas de TB-MR en matériel de protection ;
- Doter les malades de TB-MR en kits d'hygiène pour l'hospitalisation;
- Subventionner les examens biologiques de suivi ;
- Assurer le soutien nutritionnelle aux malades ;
- Assurer un soutien psychosocial aux patients ;
- Assurer les frais de transports des malades ;
- Subventionner la prise en charge des effets secondaires des médicaments ;
- Acquérir du matériel de sensibilisation/information pour les unités spécialisées au profit des malades tuberculeux MDR hospitalisés ;
- Assurer le passage des 2 laboratoires effectuant la culture en milieu liquide du niveau 2 de biosécurité au niveau 3 de biosécurité ;
- Superviser les agents de prise en charge des cas TB-MR.

♦ **Dans le domaine des mesures en faveur des prisonniers et autres groupes défavorisés**

Les principales activités sont :

- Réfectionner 8 infirmeries de prison ;

- Former les agents de santé exerçant dans les prisons sur la DOTS ;
- Approvisionner les infirmeries des prisons en kits de prélèvement des crachats, en médicaments antituberculeux et outils de gestion du PNT ;
- Mener des activités d'IEC à l'endroit des prisonniers ;
- Superviser trimestriellement les agents ;
- Doter les dispensaires des prisons en motocyclettes pour le transport des crachats
- Assurer la collecte et le transport des crachats des sites d'orpaillage, des prisons vers les laboratoires des CDT ;
- Assurer le suivi du traitement des malades tuberculeux ;
- Renforcer la collaboration entre les Ministère de la Santé et de la Justice dans le cadre de la gestion des patients tuberculeux notamment au moment de leur libération;

3 – Le renforcement du système de santé

Dans le cadre du renforcement des capacités institutionnelles du programme

Les principales activités sont les suivantes:

- Equiper 13 DRS et la coordination du PNT en véhicules tout terrain pour la supervision
- Equiper la coordination du PNT de matériel informatique et bureautique
- Renforcer la coordination du PNT en personnel (épidémiologiste, microbiologiste, aide gestionnaire, magasinier, manutentionnaire)
- Assurer la formation continue des cadres exerçant aux niveaux des districts, des régions et des CHU : cours international sur la lutte antituberculeuse Cotonou (Bénin)
- Assurer la participation des médecins aux niveaux des districts, des régions et des CHU aux conférences internationales sur la tuberculose ;
- Subventionner la formation des cadres exerçant aux niveaux des districts, des régions et des CHU dans les domaines suivants : Santé publique, Pneumologie, Epidémiologie, microbiologie, pneumo-pédiatrie.
- Assurer la participation des cadres des niveaux central et régional au cours international sur la gestion des médicaments et le management, gestion de la co-infection TB/VIH, recherche-action

- Renforcer les compétences en informatique des agents de la coordination du PNT
- Organiser les rencontres du comité technique (2 fois l'an),
- Organiser une rencontre bimestrielle des responsables des CDT de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso
- Organiser une rencontre trimestrielle de la cellule de suivi de la prise en charge des MDR (4 fois l'an);
- Assurer le fonctionnement courant de la coordination du PNT (téléphone, électricité, eau, salaires des contractuels, fournitures de bureau, connexion à internet).

Dans le cadre de mise en œuvre de l'Approche Pratique Santé Respiratoire, le PNT mettra en œuvre les activités suivantes :

- Diffuser l'information sur le concept de l'APSR aux autorités et aux partenaires ;
- Former le groupe de travail national ;
- Solliciter les appuis techniques ;
- Fournir un rapport d'activités ;
- Organiser un atelier d'élaboration et d'adoption de guides nationaux de l'APSR ;
- Assurer la prise en charge d'un expert international pour l'assistance technique en ce qui concerne l'adaptation et l'élaboration des guides nationaux et du matériel de formation de l'APSR ;
- Assurer la prise en charge d'un expert international pour l'assistance technique en ce qui concerne l'élaboration du protocole de l'étude de faisabilité de l'APSR ;
- Réaliser une étude de base de l'APSR impliquant 3 districts sanitaires et 1 CHR en 2010;
- Former à l'APSR , 60 médecins des centres de santé à l'utilisation des guides
- Former 325 infirmiers des districts et hôpitaux de mise en œuvre de l'APSR
- Réaliser une étude d'impact de l'APSR impliquant les 3 districts sanitaires et le CHR de l'étude de base;
- Organiser un atelier de restitution/validation des résultats de l'étude de faisabilité de l'utilisation de l'APSR ;
- Acquérir les équipements techniques pour la mise en œuvre de l'APSR (pico 6, oxymètre, spiromètre, débitmètre, chambres d'inhalation) ;
- Acquérir les médicaments essentiels pour la mise en œuvre de l'APSR ;

- Organiser un atelier d'élaboration du plan national d'extension de l'APSR.

4 – L'implication de tous les soignants

Les principales activités sont les suivantes:

- Elaborer un plan de mise en œuvre de l'approche public-public et public-privé avec expertise internationale ;
- Former les agents des services de santé privés (confessionnels et à but lucratif, services médicaux des forces armées), et de l'OST en matière de diagnostic et de traitement de la TB ;
- Imprimer et diffuser des exemplaires des standards internationaux de traitement de la tuberculose (ISTC) ;
- Equiper les laboratoires privés confessionnels assurant la bacilloscopie en microscopes ;
- Former les associations de tradipraticiens de santé sur l'identification et l'orientation des cas suspects de TB vers les centres de santé modernes ;
- Acquérir des vélos pour les associations de tradipraticiens et les relais communautaires impliqués dans la LAT ;
- Garantir la référence des cas suspects de tuberculose par les tradipraticiens ;
- Approvisionner en réactifs et consommables selon les besoins des laboratoires privés ;
- Superviser trimestriellement les agents des structures privées.

5 – Le renforcement des capacités des personnes atteintes de tuberculose et des communautés

♦ Le Plaidoyer, la Communication et la mobilisation Sociale

Les principales activités sont :

- Confectionner reproduire et diffuser des supports de sensibilisation (affiches, dépliants, banderoles, boîte à image, bande dessinée, spots TV et radio, film) ;
- Acheter du matériel audiovisuel pour les activités de sensibilisation
- Assurer des émissions par les organes de presse de la place sur la tuberculose (radio, télévision/vidéo, presse écrite, médias populaires) ;
- Superviser trimestriellement les organes de presse sur la mise en œuvre des activités ;

- élaborer et valider la stratégie de communication sur la tuberculose
- Tenir des ateliers annuels de suivi des activités de communication ;
- Organiser des rencontres d'information sur la tuberculose avec les agents chargés de l'IEC/CCC (CRESA, SIECA) au niveau des districts et des régions.
- Organiser une journée d'information des journalistes et animateurs radios sur la tuberculose
- Célébrer la JMT chaque année au niveau central et dans les 13 DRS ;
- Former les ASC et les membres des OBC en IEC sur la tuberculose ;
- Superviser les structures associatives sur la mise en œuvre des activités ;

◆ ***La Participation de la communauté aux soins de la tuberculose***

Les principales activités sont les suivantes :

- Former les prestataires de prise en charge communautaire de la Tuberculose ;
- Assurer les activités de prise en charge communautaires;
- Superviser les membres formés sur la prise en charge des tuberculeux ;
- Acquérir des motocyclettes pour les OBC impliquées dans la LAT
- Assurer les activités (TDO, référence des cas suspects de TB, recherche des absents au traitement) des relais communautaires dans les villages

◆ ***Charte des patients pour les soins antituberculeux***

- Adopter et diffuser la charte des patients pour les soins antituberculeux

6 – La promotion de la recherche

Les principales activités sont les suivantes :

- Financer la formation des cadres du ministère de la santé en méthodologie de la recherche
- Réaliser deux recherches opérationnelles par an ;
- Apporter un appui technique et financier aux étudiants de l'UFR/SDS et aux élèves de l'ENSP pour la réalisation de sujets d'étude sur la TB
- Diffuser les résultats des recherches réalisées.

XI - MECANISMES DE SUIVI/EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE

1 – Le monitoring

Il sera assuré à travers la collecte de données de routine et la leur transmission trimestrielle au PNT par les services de lutte contre la maladie et de protection des groupes spécifiques.

Des réunions de monitoring sont organisées trimestriellement au niveau régional et national.

Des sessions d'analyse de la situation de la lutte antituberculeuse se tiendront une fois par an au niveau national, régional et district.

2 – L'évaluation de la mise en œuvre du plan

Deux types d'évaluation sont planifiés.

- ◆ **L'évaluation interne** : Elle sera conduite annuellement aux niveaux national et régional
- ◆ **L'évaluation externe** : Le plan stratégique 2008-2012 sera évalué à mi parcours (2008) et à la fin de sa mise en œuvre. Ces évaluations qui seront de type externe seront assurées par des équipes composées de membres du ministère de la santé et des différents partenaires. Elles seront basées sur les rapports d'activités de routines, des visites de terrains et des entretiens avec les acteurs à différents niveaux.

3 – Les indicateurs de suivi du plan stratégique

3.1 – Indicateurs de dépistage

- *La proportion de cas suspects confirmés positifs* : Nombre de cas de TPM+ dépistés sur le nombre total de cas suspects de tuberculose pulmonaire enregistrés. Sa valeur normale est d'environ 10%
- *La proportion de TPM+* : C'est le rapport du nombre de cas de TPM+ sur le nombre de cas TPM+ NC additionné au nombre de cas de TPM- et de TEP. Ce taux est lié au niveau de prévalence de la co-infection. Sa valeur moyenne est de 60% ;
- *La proportion des tuberculoses extra pulmonaires (TEP)* : Nombre de cas de TEP sur le nombre de TPM+ NC additionné au nombre de cas de TPM- et de TEP ;

- *Le Taux de détection des cas de TPM+ :* c'est la proportion des cas de TPM+NC dépistés par rapport au nombre théoriquement attendu. Ce taux est satisfaisant quand il atteint 70% ;
- *Le taux d'erreurs majeures* au contrôle de qualité externe des lames frottis.

3.2 – Indicateurs de résultats de traitement

- *Taux de guérison :* Nombre de cas de TPM+NC guéris sur le nombre total de nouveaux cas de TPM+ enregistrés. La norme est de 85% au moins ;
- *Taux de conversion du frottis au deuxième/troisième mois* (au moins 80%)
- *Taux de PDV :* Nombre de PDV sur nombre de cas analysés. Il est normalement inférieur à 5% ;
- *Taux d'échecs :* Nombre de cas d'échec de TPM+ NC sur le nombre total de Nouveaux cas analysés
- *Taux de décès :* Nombre de décès sur le nombre de cas analysés. Il est de moins de 10%.
- *Taux de transférés :* Nombre de cas transférés à résultats inconnu sur le nombre total de cas analysés. Sa valeur normale est de moins de 5%.

3.3 – Indicateurs de suivi de la co-infection TB/VIH

- *Proportion des malades tuberculeux testés pour le dépistage de l'infection par le VIH :* Nombre de nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH sur nombre total de malades enregistrés. Sa valeur normale est d'au moins 90%.
- *Proportion des malades tuberculeux co-infectés :* Nombre total patients tuberculeux nouveaux cas toutes formes confondues qui ont été testés positifs pour le VIH sur le nombre total patients tuberculeux nouveaux cas toutes formes confondues enregistrés,
- *Proportion de malades co-infectés TB/VIH mis sous Cotrimoxazole :* Nombre total de malades co-infectés par la TB et le VIH et qui ont reçu au moins la première dose de cotrimoxazole sur le nombre total de cas de co-infection enregistrés au cours du trimestre. Sa norme est de 100%
- *Proportion de co-infectés sous ARV :* Nombre des personnes enregistrées comme VIH-positives et atteintes de tuberculose qui commencent un traitement

antirétroviral, ou continuent le traitement antirétroviral déjà en place, au cours ou à la fin du traitement sur le nombre total des personnes enregistrées comme VIH-positives et atteintes de tuberculose enregistrées au cours du trimestre.

- *Taux de guérison de la tuberculose chez les co-infectés TB/VIH* : Nombre de co-infectés TB/VIH déclarés guéris sur le nombre total de nouveaux cas de TPM+ enregistrés.
- *Taux de décès des co-infectés TB/VIH* : Nombre de décès chez les co-infectés TB/VIH sur le nombre total de cas co-infectés TB/VIH analysés.
- *Taux d'échecs* : Nombre de cas d'échec de TPM+ NC sur le nombre total de nouveaux cas analysés.

3.4 – Indicateurs de suivi de la TB-MR

- *Taux de guérison des TB MR* : Nombre de cas de TB MR déclarés guéris sur le nombre de cas analysés.
- *Taux de décès des TB MR* : Nombre de cas de TB MR décédés sur le nombre de cas analysés.
- *Nombre de cas de TB- MR dépistés et mis en traitement*
- *Taux de PDV* : Nombre de cas de TB MR perdus de vue sur le nombre de cas analysés.
- *Taux de Transférés* : Nombre de cas de TB MR transférés à résultats inconnus sur le nombre de cas analysés.
- *Taux d'effets secondaires* : Nombre de cas de TB MR ayant présenté des effets secondaires sur le nombre de cas mis en traitement pendant le trimestre.
- *Nombre d'effets secondaires graves* : Nombre de cas de TB MR ayant présenté des effets secondaires graves au cours du trimestre.

3.5 – Indicateurs de gestion de médicaments antituberculeux et consommables

- *Pourcentage de médicaments antituberculeux inscrits sur la liste nationale de médicaments essentiels* : Nombre de médicaments antituberculeux inscrits sur la liste nationale sur le nombre total de médicaments antituberculeux utilisés par le PNT ;
- *Nombre de rupture de médicaments antituberculeux constatée* ;
- *Nombre moyen de jour de rupture de stocks d'un médicament antituberculeux*

donné par an et par niveau (PNT, DRS, CDT) : Nombre total de jour de rupture sur nombre de rupture constatée

- *Nombre de lot de médicament révélé non-conforme après le contrôle de qualité*
- *Nombre moyen de jour de rupture de consommables de laboratoire : Nombre total de jour de rupture en crachoirs sur nombre de rupture constatée*

3.6 – Indicateurs de participation communautaire

- *Nombre de structures communautaires impliquées dans la lutte antituberculeuse ;*
- *Nombre de malades référés par les structures communautaires ;*
- *Proportion de malades ayant bénéficié de prise en charge communautaire : nombre de malades ayant bénéficié d'au moins une prestation de PEC communautaire sur le nombre de malade ayant acceptés la PEC communautaire ;*
- *Nombre de personnes touchées par les séances de sensibilisation.*

3.7– Indicateurs de couverture

- *Nombre de formations sanitaires assurant la DOTS ;*
- *Nombre de CDT fonctionnels (laboratoire fonctionnel, personnel formé, médicaments et réactifs, TDO);*
- *Nombre de laboratoires fonctionnels ;*
- *Ratio population par CDT.*

XII- BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE

12.1 – Investissements (en FCFA)							
N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
1	Réhabilitation des laboratoires & unités de traitement	191.000.000	196.730.000	202.631.900	208.710.857	214 972 183	799.072.757
2	Construction et équipement du LNR	228.500.000	0	0	0	0	228.500.000
3	Equipement de 2 laboratoires de culture en milieu liquide du niveau 2 de biosécurité au niveau 3 de biosecurité	0	0	265.000.000	0	0	265.000.000
4	.Maintenance des équipements techniques du LNR	0	12.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000	48.000.000
5	Construire et équiper deux unités médicales spécialisées de PEC des TB MR à Ouaga et Bobo	0	0	140.000.000	0	0	140.000.000
6	Réfection des infirmeries de prison	25.000.000	10.300.000	20.000.000	20.000.000	13.000.000	88.300.000
7	Agrandir les capacités de stockage du magasin central du PNT avec le transfert des bureaux au R+1	0	0	119.948.297	0	0	119.948.297
8	Réhabilitation des dépôts régionaux		19.250.000	15.862.000	16.337.860	16.827.996	68.277.856
9	Réfection des salles d'hébergements de malades tuberculeux			42.000.000	42.000.000	42.000.000	126.000.000
10	Microscopes ordinaires	15.000.000	30.900.000	37.000.000	0	26.000.000	108.900.000
11	Microscopes à fluorescence	0	0	28.000.000	0	0	28.000.000
12	Fibroscopes pédiatriques et accessoires	0	0	36.000.000	0	0	36.000.000
13	Réfrigérateurs pour les laboratoires	0	5.000.000	29.800.000	0	30.000.000	64.800.000
14	Véhicules pour le PNT	0	0	50.000.000	0	0	50.000.000
15	Véhicules pour 13 DRS	75.000.000	0	128.750.000	135.000.000	0	338.750.000
16	Motos pour les Sites Décentralisés	22.500.000	45.000.000	93.000.000	113.000.000	0	273.500.000
17	Motos pour la DOTS communautaire	0	15.000.000	0	0	0	15.000.000
18	Vélos pour les relais communautaires	0	0	7.020.000	0	0	7.020.000
19	Kit audio visuels pour les OBC	0	7.000.000	7.000.000	0	0	14.000.000
20	Matériel audiovisuel pour les activités de sensibilisation (caméra numérique, appareil photo numérique, poste téléviseur, magnétoscope, DVD/VCD/DIVX)	0	0	17.100.000	0	0	17.100.000
21	Matériel de sensibilisation (poste télé, magnétoscopes et DVD) pour les unités MDR	0	0	1.100.000	0	0	1.100.000

N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
22	Kits de prélèvement de crachats	1.545.000	1.545.000	1.610.000	0	1.610.000	6.310.000
23	Ordinateurs bureau et accessoires (16)	0	20.640.000	0	0	6.910.000	27.550.000
24	Ordinateurs portables (15)	0	14.400.000	0	0	3.600.000	18.000.000
25	Achat de ventilateurs	0		800.000	0	400.000	1.200.000
26	Achat de 5 vidéo – projecteurs	0	2.250.000	1.545.000	0	0	3.795.000
27	Photocopieuses	0	9.000.000	0	9.000.000	0	18.000.000
	TOTAL 1 (Investissements)	558.545.000	389.015.000	1.256.167.197	556.048.717	152.347.996	2.912.123.910
12.2 – Approvisionnement et gestion des stocks							
1	Réactifs et consommables de labo (réseau de labo et LNR)	222.600.500	282.631.500	355.675.000	428.718.500	514.718.500	1.804.344.000
2	Médicaments et consommables	378.454.208	480.515.904	604.700.800	728.885.696	798.753.715	2.991.310.323
3	Passage au régime de traitement en six mois	84.478.300	0	0	0	0	84.478.300
4	Vivres pour les malades	140.601.404	178.518.852	263.830.000	303.658.000	341.705.000	1.228.313.256
5	Réactifs pour le dépistage du VIH	7.698.000	9.774.000	12.300.000	14.826.000	17.870.754	62.468.754
6	Distribution vers les DRS	20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000	100.000.000
7	Suivi biologique des TB/VIH	27.712.800	35.186.400	44.280.000	53.373.600	64.048.320	224.601.120
8	Contrôle de qualité des médicaments et mise en œuvre de la pharmacovigilance	13.400.000	13.400.000	13.400.000	13.400.000	13.400.000	67.000.000
9	Subvention pour la radiographie pulmonaire	3.500.000	3.500.000	4.200.000	4.200.000	5.000.000	20.400.000
	TOTAL 2 (Approvisionnements)	898.445.212	1.023.526.656	1.318.385.800	1.567.061.796	1.775.496.289	6.582.915.753
N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
12.3 – Fonctionnement							
1	Salaires des personnels contractuels	78.100.000	78.100.000	78.100.000	78.100.000	78.100.000	390.500.000

2	Renforcement en personnel de la coordination du PNT (épidémiologiste, microbiologiste, aide gestionnaire, magasinier, manutentionnaire)	0	0	36.500.000	34.000.000	34.000.000	104.500.000
3	Indemnité du personnel détaché sur le projet	22.000.000	22.000.000	22.000.000	22.000.000	22.000.000	110.000.000
4	Rencontres et ateliers du PNT (4 réunions de la cellule PEC des chroniques et de la cellule de coordination TB/VIH , 2 réunions du comité technique et 2 réunions d'analyse de situation)	10.000.000	10.300.000	10.609.000	10.927.270	10.927.270	52.763.540
5	Fonctionnement courant (tel, fax, courrier électronique, fournitures, consommables de bureau) du PNT	26.640.000	27.439.200	13.000.000	13.000.000	13.000.000	93.079.200
6	Maintenance du matériel informatique et bureautique du PNT	2.300.000	2.369.000	2.440.070	2.513.272	2.588.670	12.211.012
7	Assurance + maintenance du matériel roulant du PNT	8.000.000	26.300.000	11.000.000	8.000.000	11.000.000	64.300.000
8	Frais de fonctionnement des deux unités spécialisées (fourniture de bureau, téléphone, produits d'entretien)		0	0	1.500.000	1.500.000	4.500.000
9	Assurer les frais de communication téléphonique/ internet pour le suivi des malades entre les CDT et les centres de référence		0	0	9.600.000	9.600.000	28.800.000
10	Appui à la mise en œuvre des activités d'IEC des DRS et DS	63.000.000	64.890.000	66.836.700	68.841.801	70.907.055	334.475.556
11	Contribution aux frais de fonctionnement de GLC pour la prise en charge des TB MDR		0	0	20.600.000	20.600.000	61.800.000
12	Appui au fonctionnement de la structure de coordination des OBC	7.000.000	7.210.000	7.426.300	7.649.089	7.878.561	37.163.950
	TOTAL 3 (Fonctionnement)	217.040.000	238.608.200	279.612.070	276.731.432	282.101.556	1.294.093.258
N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
	12.4 – Formation						
1	Cours de Cotonou sur la LAT	5.800.000	5.974.000	6.153.220	6.337.817	6.527.952	30.792.989
2	Conférences internationales sur la TB	35.600.000	36.668.000	37.768.040	38.901.081	40.068.113	189.005.234

3	Santé publique	18.150.000	18.694.500	19.255.335	19.832.995	20.427.985	96.360.815
4	Epidémiologie	9.075.000	9.347.250	9.627.668	9.916.498	10.213.993	48.180.409
5	Pneumologie	20.000.000	20.600.000	21.218.000	21.854.540	22.510.176	106.182.716
6	Microbiologie.	0	0	32.754.556	32.754.556	32.754.556	98.263.668
7	Pneumopédiatre	0	0	4.400.159	4.400.159	4.400.159	13.200.477
8	F/R techniciens de laboratoire en bacilloscopie	10.018.750	10.319.313	10.628.892	10.947.759	11.276.192	53.190.906
9	F/R superviseurs labo	0	3.000.000	3.090.000	0	0	6.090.000
10	F/R superviseurs cliniques	0	3.000.000	3.090.000	0	0	6.090.000
11	F/R médecins de districts	16.848.500	17.353.955	17.874.574	18.410.811	18.963.135	89.450.975
12	F/R infirmiers des CDT	25.272.750	26.030.933	26.811.860	27.616.216	28.444.702	134.176.461
13	F/R infirmiers des CSPS	96.000.000	96.000.000	98.000.000	96.000.000	98.880.000	484.880.000
14	F/R ICP des sites de décentralisation	15.316.500	15.775.995	16.249.275	16.736.753	17.238.856	81.317.379
15	F/R en counseling	16.000.000	16.000.000	16.000.000	16.000.000	16.000.000	80.000.000
16	F/R Pharmaciens régionaux	4.308.000	0	0	0	0	4.308.000
17	F/R DOTS communautaire	2.250.000	2.250.000	2.250.000	2.250.000	2.250.000	11.250.000
18	F/R agents de santé des OBC sur le dépistage TB en milieu se soins VIH	2.432.000	2.432.000	2.432.000	2.432.000	2.432.000	12.160.000
19	DIU prise en charge VIH/Sida de Ouagadougou	0	3.000.000	3.000.000	2.000.000	2.000.000	10.000.000
20	F/R prise en charge des cas chroniques	2.709.000	0	2.790.270	0	2.790.270	8.289.540
21	F/R sur la culture des mycobactéries	6.960.000	7.168.800	7.383.864	7.605.380	7.833.541	36.951.585
22	Cours international sur la gestion de TB/VIH	2.400.000	2.472.000	2.546.160	2.622.545	2.701.221	12.741.926
23	Cours international sur la gestion des médicaments et le management	0	0	5.660.900	5.660.900	5.660.900	16.982.700
24	Cours international sur la recherche-action	0	0	2.500.000	2.500.000	2.500.000	7.500.000
25	Formation en informatique des membres de la coordination du PNT	0	0	700.000	700.000	700.000	2.100.000
26	Cours internationaux sur la PEC du VIH et de la TB.	4.000.000	4.120.000	4.243.600	4.370.908	4.502.035	21.236.543
	TOTAL 4 (Formation)	293.140.500	300.206.746	356.428.373	349.850.918	361.075.786	1.660.702.323

N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
	12.5 – Supervision						
1	Supervision des ICP des sites de décentralisation	76.500.050	78.795.052	81.158.903	83.593.670	86.101.480	406.149.155
2	Supervision des Agents des CDT	29.050.000	29.921.500	30.819.145	31.743.719	32.696.031	154.230.395
3	Supervision d'agents des DRS	3.100.000	3.193.000	3.288.790	3.387.454	3.489.078	16.458.322
4	Supervision des agents des structures de PEC du VIH sur la TB	4.100.000	4.223.000	4.349.690	4.480.181	4.614.586	21.767.457
5	Supervision OBC de PEC communautaire par trimestre	4.862.500	5.008.375	5.158.626	5.313.385	5.472.787	25.815.673
	TOTAL 5 (Supervision)	117.612.550	121.140.927	124.775.154	128.518.409	132.373.962	624.421.002
N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
	12.6 – Communication						
1	IEC dans les MAC	2.600.000	2.600.000	2.600.000	2 600 000	2.600.000	10.400.000
2	Célébration de la JMT	33.000.000	33.000.000	33.000.000	33.000.000	33.000.000	165.000.000
3	Support de sensibilisation et d'information (affiches , dépliants, boîte à image, bande dessinée, spots TV et radio, film)	16.060.000	16.060.000	16.060.000	16.060.000	16.060.000	80.300.000
4	Radios	11.161.300	11.161.300	11.161.300	11.161.300	11.161.300	55.806.500
5	Télévision/Vidéo	5.094.500	5.094.500	5.094.500	5.094.500	5.094.500	25.472.500
6	Presse écrite	1.833.000	1.833.000	1.833.000	1.833.000	1.833.000	9.165.000
7	Médias populaires	10.008.300	10.008.300	10.008.300	10.008.300	10.008.300	50.041.500
8	Rencontres d'information sur la tuberculose avec les agents chargés de l'IEC/CCC (CRESA, SIECA) au niveau des districts et des régions.	0	0	3.750.000	0	0	3.750.000
9	Journée d'information des journalistes et animateurs radios sur la tuberculose	0	0	1.840.000	1.840.000	1.840.000	5.520.000
10	Rencontres et ateliers (2 réunions par an des animateurs radios)	6.450.000	6.450.000	6.450.000	6 450 000	6.450.000	25.800.000
11	Suivi/supervision des animateurs radios	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000	1.750.000
12	Vélos pour les OBC impliquées dans la lutte			70.187.399	0	0	70.187.399

	antituberculeuse						
13	Activités (TDO, référence des cas suspects de TB, recherche des absents au traitement) des relais communautaires dans les villages	0	0	11.807.226	0	0	11.807.226
14	Rencontres d'élaboration et de diffusion de la charte des patients	0	65 500 000	0	0	0	0
15	Rencontre d'adaptation de la chate internationale des patients	0	0	2.200.000	0	0	2.200.000
16	Reproduire 25000 exemplaires de la charte	0	0	38.000.000	0	0	38.000.000
	TOTAL 6 (Communication)	86.557.100	86.557.100	214.341.725	79.347.100	88.397.100	555.200.125
N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
	12.7 - Prestations Communautaires						
1	Activités IEC par les OBC	216.629.000	274.790.000	283.033.700	291.524.711	300.270.452	1.366.247.863
2	Activités de PEC communautaire	32.157.266	51.174.739	52.709.981	54.291.281	55.920.019	246.253.286
3	Appui à la MEO et la gestion de la composante communautaire	97.500.000	227.500.000	234.325.000	241.354.750	248.595.393	1.049.275.143
4	Formation de groupes d'auto support	3.855.000	3.855.000	0	0	0	7.710.000
	TOTAL 7 (Prest.communaut.)	350.141.266	557.319.739	570.068.681	587.170.742	604.785.864	2.669.486.292
N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
	12.8 – Recherche						
1	Réalisation de 2 études par an et diffusion des résultats	150.800.000	250.800.000	150.800.000	150.800.000	150.800.000	854.000.000
2	Réaliser une enquete CAP au sein de la population pour évaluer les résultats des activités d'IEC/CCC	0	0	46.000.000	0	0	46.000.000
3	Formation des cadres du ministère de la santé en méthodologie de la recherche	0	0	0	0	0	0
4	Appui technique et financier aux étudiants de l'UFR/SDS et aux élèves de l'ENSP pour la réalisation de sujets d'étude sur la TB	0	0	1.600.000	1.600.000	1.600.000	4.800.000
	TOTAL 8 (Recherche)	150.800.000	250.800.000	198.400.000	152.400.000	152.400.000	904.800.000

N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
	12.9- Approche PPM						
1	Elaboration du plan de mise en œuvre de l'approche public-public et public-privé avec expertise internationale	0	0	6.110.239	0	0	6.110.239
2	Imprimer et diffuser des exemplaires des standards internationaux de traitement de la tuberculose (ISTC)	0	0	3.673.359	0	3.673.359	7.346.718
	TOTAL 9 (PPM)	0	0	9.783.598	0	3.673.359	13.456.957
N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
	12.10 – APSR						
1	Assistance technique (Elaboration des guides et matériels de formation)	0	2.500.000	0	0	0	2.500.000
2	Atelier d'élaboration des nouveaux guides APSR.	0	7.484.500	0	0	0	7.484.500
3	Edition des guides et registre de l'APSR	0	5.000.000	5.150.000	5.304.500	5 463 365	15.454.500
4	Assistance technique (Elaboration du protocole de l'étude de base de l'APSR)	0	2.500.000	0	0	0	2.500.000
5	Enquête de base de l'APSR auprès de 20 médecins.	0	0	6.500.000	0	0	6.500.000
6	Formation 60 médecins	0	49.280.000	50.758.400	52.281.152	53.849.587	206.169.139
7	Former 325 infirmiers à l'utilisation des guides de l'APSR	0	40.860.000	42.085.800	43.348.374	44.648.825	170.942.999
8	Enquête sur l'impact de l'utilisation des guides APSR par les 20 médecins.	0	3.440.000	0	0	0	3.440.000
9	Supervision des sites	0	1.530.000	1.575.900	1.623.177	1.671.872	6.400.949
10	Equiper les structures chargées de la mise en œuvre de l'APSR en KIT	0	8.250.000	8.497.500	8.752.425	9.014.998	34.514.923
11	Assistance technique (Evaluation externe)	0	0	0	0	2.652.250	2.652.250
12	Frais locaux pour l'évaluation externe	0	0	0	0	3.649.496	3.649.496
13	Approvisionnement en médicaments pour l'asthme	0	38.500.000	39.655.000	40.844.650	53.849.587	172.849.237
14	Atelier de restitution/validation des résultats de l'étude d'impact	0	3.242.000	0	0	0	3.242.000

15	Atelier d'élaboration du plan national d'extension de l'APSR.	0	5.967.500	0	0	0	5.967.500
16	Atelier de validation et d'adoption du plan national d'extension de l'APSR.	0	1.451.000	0	0	0	1.451.000
	TOTAL 10 (APSR)	0	170.005.000	154.222.600	152.154.278	169.336.615	645.718.493
N°	Rubriques/Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
	12.11 - Suivi / Evaluation						
1	Plan de suivi évaluation	0	0	0	0	0	0
2	Collecte active des données trimestrielles	12.000.000	12.360.000	12.730.800	13.112.724	13.506.106	63.709.630
3	Analyse de situation TB dans les régions et districts	15.000.000	15.450.000	15.913.500	16.390.905	16.882.632	79.637.037
4	Elaboration et publication de rapports	1.500.000	1.545.000	1.591.350	1.639.091	1.688.264	7.963.705
5	Expertise nationale et internationale	34.400.000	35.432.000	36.494.960	37.589.809	38.717.503	182.634.272
6	Edition et diffusion d'un bulletin semestriel d'information et de retro-information sur la tuberculose	2.459.839	4.919.677	4.919.677	4.919.677	4.919.677	22.138.547
7	Réalisation d'une enquête nationale de prévalence de la tuberculose	0	0	0	0	652.152.449	652.152.449
8	Outils de collecte des données	5.000.000	5.150.000	5.304.500	5.463.635	5.627.544	26.545.679
9	Evaluation de la mise en œuvre du volet communautaire	0	0	0	0	0	0
10	Evaluation à mi-parcours et finale du plan stratégique	0	5.000.000	0	12.000.000	12.360.000	29.360.000
	TOTAL 11 (Suivi / Evaluation)	70.359.839	79.856.677	76.954.787	91.115.841	745.854.175	1.064.141.319

XIII – TABLEAU RECAPITULATIF DU BUDGET PAR RUBRIQUE

Domaines/ Années	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
TOTAL 1 (Investissements)	558.545.000	389.015.000	1.256.167.197	556.048.717	152.347.996	2.912.123.910
TOTAL 2 (Approvisionnement)	898.445.212	1.023.526.656	1.318.385.800	1.567.061.796	1.775.496.289	6.582.915.753
TOTAL 3 (Fonctionnement)	217.040.000	238.608.200	279.612.070	276.731.432	282.101.556	1.294.093.258
TOTAL 4 (Formation)	293.140.500	300.206.746	356.428.373	349.850.918	361.075.786	1.660.702.323
TOTAL 5 (Supervision)	117.612.550	121.140.927	124.775.154	128.518.409	132.373.962	624.421.002
TOTAL 6 (Communication)	86.557.100	86.557.100	214.341.725	79.347.100	88.397.100	555.200.125
TOTAL 7 (Prestations communautaires)	350.141.266	557.319.739	570.068.681	587.170.742	604.785.864	2.669.486.292
TOTAL 8 (Recherche)	150.800.000	250.800.000	198.400.000	152.400.000	152.400.000	904.800.000
TOTAL 9 (PPM)	0	0	9.783.598	0	3.673.359	13.456.957
TOTAL 10 (APSR)	0	170.005.000	154.222.600	152.154.278	169.336.615	645.718.493
TOTAL 11 (Suivi/Evaluation)	70.359.839	79.856.677	76.954.787	91.115.841	745.854.175	1.064.141.319
TOTAL GENERAL en FCFA	2.742.641.467	3.217.036.045	4.559.139.985	3.940.399.233	4.467.842.702	18.927.059.431
TOTAL GENERAL en Euros	4.181.130	4.904.340	6.950.364	6.007.100	6.811.182	28.854.116

XIV- MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Le plan stratégique sera mis en œuvre en tranches annuelles. Ces plans opérationnels seront élaborés au début de chaque année après un bilan exhaustif de la mise en œuvre du plan de l'année écoulée. Il sera validé par le Comité Technique de Lutte antituberculeuse avant sa mise en œuvre.

XV – CONDITIONS DE SUCCES DU PLAN

Le succès de la mise en œuvre de ce plan passe par la réalisation des conditions suivantes :

- La poursuite et le renforcement de l'engagement politique en faveur du PNT
- La disponibilité des ressources en quantité suffisante et à temps
- La disponibilité de personnel formé sur le terrain
- Le renforcement de la supervision des agents
- L'amélioration de la fréquentation des services
- L'absence de troubles sociopolitiques graves entraînant des dysfonctionnements du système de santé
- L'Etat et les partenaires continuent à approvisionner le PNT en médicaments antituberculeux et en consommables
- Les médicaments pour la prise en charge des cas de TB MR sont devenus plus accessibles
- Le renforcement de la collaboration entre le PNT et le CMLS/Santé
- Le renforcement de la collaboration entre le PNT et le PAMAC

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **PNT Burkina Faso.** Plan de développement du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose ed. 1995
2. **PNT Burkina Faso.** Plan de développement du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose ed. 2002
3. **Partenariat Halte à la tuberculose et Organisation Mondiale de la Santé.** Plan Mondial Halte à la Tuberculose 2006 – 2015, Genève, Organisation Mondiale de la Santé 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35).
4. **INSD, Burkina Faso.** Enquête Démographique et de Santé, 2003
5. **BURKINA FASO, Ministère de la Santé. Politique Sanitaire Nationale,** 2000
6. **BURKINA FASO, Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire** 2001 – 2010.
7. **Direction Générale de la Tutelle des Hôpitaux et du sous-secteur Privé.** Rapport d'activité 2005.
8. **BURKINA FASO, DEP/Ministère de la Santé,** Annuaire statistique 2005.
9. **PNT Burkina Faso.** Guide technique de lutte antituberculeuse, édition 2005.
10. **Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie DOTS** : un cadre élargi pour lutter contre la tuberculose, WHO/CDS/TB/2002.297.
11. **PNT du Burkina Faso.** Rapports Techniques et Financiers du Programme National de Lutte contre la Tuberculose 2002 – 2006.
12. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.** WHO report 2006. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2005.349).
13. **PNT du Burkina Faso.** Statistiques Sanitaires 1999 – 2006.
14. **Etude au Centre Régional de Lutte Antituberculeuse (CRLAT)** de Bobo en 1995, CNLAT Ouagadougou 2002. Rapport d'activité annuel.
15. **PNT du Burkina Faso.** Guide de prise en charge des cas de tuberculose TB-MR, Edition 2007.
16. **BURKINA FASO/CMLS/Santé-PNT.** Plan concerté pour le renforcement de la prise en charge des malades co-infectés par la tuberculose et le VIH, 2007-2009
17. **PNT du Burkina Faso.** Plan d'action 2006

- 18. PNT du Burkina.** Module de formation en lutte antituberculeuse, édition 2005
- 19. PNT du Burkina.** Manuel de la prise en charge de la co-infection TB/VIH au Burkina Faso, Edition 2006.
- 20. World Health Organisation Regional Office For Africa:** Stratégic Plan for tuberculosis control for the African Region: 2006 – 2010. Harare, Zimbabwe
- 21. PNT du Burkina Faso.** Guide de mise en œuvre de la DOTS Communautaire, Edition 2007
- 22. PNT du Burkina Faso.** Stratégie révisée de Mise en Œuvre de la lutte antituberculeuse, 2005 – 2009.
- 23. PNLT Togo.** Plan stratégique de consolidation de la DOTS au Togo, 2007 – 2010. Edition 2006.
- 24. PNLT Côte d'Ivoire.** Plan stratégique 2006 – 2010 du PNLT, Version 2006.
- 25. PNT du Burkina Faso.** Plan d'amélioration de la gestion des médicaments 2007 – 2008.
- 26. Management Science for Health/Rational Pharmaceutical Management Plus.**
Gestion des médicaments et produits pharmaceutiques pour la lutte contre la Tuberculose: Un guide pour les programmes Nationaux de Lutte Antituberculeuse, ed revu décembre 2005.
- 27. 7^{ème} rapport CNLS**

ANNEXE

Annexe 1 : Liste des participants à la rédaction du plan stratégique

N°d'ordre	Nom et Prénom	Structure
1	Dr DEMBELE S. Mathurin	PNT
2	Dr OUOBA K. Dieudonné	PNT
3	Dr COMBARY Adjima	PNT
4	Dr OUANGARE Assane	PNT
5	Dr SALERI Nuccia	PNT
6	Dr BAYALA/NACANABO N. Rachel	PNT
7	Dr BONKOUNGOU Victor	PNT
8	M. SAOUADOGO T. Aboubacar	PNT
9	Dr TRAORE Etienne	OMS
10	Pr BAH Keita	OMS
11	Dr KAFANDO Christophe	DLM
12	Dr BONKOUNGOU Mété	DRS des Hauts Bassins
13	Dr TRAORE Wamarou	Fonds mondial
14	Dr KI Célestine	Fonds mondial
15	Dr BADOUM Gisèle	PPH/ CHUYO
16	Dr BIRBA Emile	PPH/CHUSS
17	Dr DINGTOUMDA Benoît	CNLAT
18	Dr DAH Florentin	CRLAT/Bobo
19	M. TIENDREBEOGO Tahirou	DEP/ Santé
20	M. DA OIlo Edmond	PAMAC
21	Mlle CROUZIL Laetitia	PAMAC

***Programme National Tuberculose 01 BP 6632
Ouagadougou 01
Tél. (226) 50304346/50317979
Fax (226) 50337207
E-mail: pnt@cenatrin.bf***