

**PLAN NATIONAL STRATEGIQUE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
ANTITUBERCULEUSE 2011-2015
Djibouti**

INTRODUCTION	1
STRUCTURE, POLITIQUE ET STRATEGIE DU PNLT	2
ANALYSE DE LA SITUATION	4
DEPISTAGE2009	4
EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE A DJIBOUTI	5
Selon les estimations de l’OMS en 2010 pour l’année 2008	5
Selon les cas déclarés	6
Résultats du traitement 2008.....	6
ANALYSE DE LA REPONSE	7
ACQUIS	7
Engagement politique.....	7
ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	7
A. L’OMS.....	7
B. Le Fonds Mondial.....	8
C. L’agence Française de Développement (AFD).....	8
PRINCIPALES ACTIVITES REALISEES PAR LE PROGRAMME NATIONAL.....	9
A. Renforcement des capacités au niveau central et périphérique	9
B. La supervision.....	9
C. Système de recueil des données	10
D. Activités de laboratoire et assurance de la qualité des examens microscopiques	10
E. Collaboration TB/HIV	10
F. Prise en charge communautaire de la tuberculose.....	11
G. Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale.....	12
H. RESSOURCES HUMAINES.....	13
I. Tuberculose multi résistante.....	13
J. Système de santé	14
K. Réseau de laboratoires.....	14
L. Collaboration avec les prestataires de soins en dehors du programme national.....	14
LACUNES	15
Situation globale.....	15
Diagnostic et prise en charge des patients	15
Co-infection TB/VIH.....	16
Tuberculose multi résistante	16
Lutte contre l’infection	16
Les groupes de population vulnérable	17
Suivi et évaluation.....	17
Renforcement du système de santé (APSR)	17
Engagement de tous les prestataires de soins.....	17
Plaidoyer, communication, mobilisation sociale	17
Approche communautaire.....	18
OPPORTUNITES	18
MENACES	19

VISION.....	21
BUT.....	21
OBJECTIFS.....	21
CIBLES.....	21
OBJECTIFS SPECIFIQUES ET STRATEGIES.....	24
OBJECTIF 1 : Poursuivre l’extension et le renforcement d’une stratégie DOTS de qualité.....	24
STRATEGIE 1.1 : Assurer l’engagement politique avec un financement augmenté et pérenne.....	24
Intervention 1.1.1 Concrétiser le principe de la gratuité des actes relatifs au dépistage et au traitement.....	24
Intervention 1.1.2 Réglementer les maladies transmissibles.....	24
Intervention 1.1.3 Mettre en place un partenariat Halte à la tuberculose au niveau national et l’étendre au niveau régional pour assurer un engagement politique soutenu et durable, assurer une mobilisation des fonds nécessaires pour une lutte antituberculeuse optimale et faire bénéficier le programme de l’appui technique nécessaire. Assurer une coordination efficace entre les partenaires à partir du Groupe des Partenaires de la Santé existant.....	25
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.....	26
Intervention 1.2.1 Maintenir les activités de microscopie de la tuberculose en continuant à acquérir les réactifs de laboratoire et les équipements nécessaires et en renforçant la logistique de transport des crachats,.....	26
Intervention 1.2.2 Mettre en place les activités de culture et d’antibiogramme.....	26
Intervention 1.2.3 Mettre en place un système global d’assurance de la qualité des examens de laboratoire en assurant la pérennité du système de contrôle de la qualité des examens microscopiques et en assurant le lien du LNR avec le LSNR avec contrôle externe de qualité des cultures et des antibiogrammes.....	27
Intervention 1.2.4 Renforcer les capacités d’examen radiologique.....	28
STRATEGIE 1.3 Assurer le traitement standardisé et supervisé des cas, accompagné d’un soutien au patient.....	29
Intervention 1.3.1 Assurer un appui alimentaire aux patients TB.....	29
Intervention 1.3.2 Réorganiser le centre Paul Faure pour améliorer le suivi des patients sous traitement.....	29
STRATEGIE 1.4 Mettre en place un système efficace d’approvisionnement et de gestion des médicaments.....	30
Intervention 1.4.1 Assurer un approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux à travers le GDF en vue de disposer de médicaments de qualité à des prix réduits.....	30
Intervention 1.4.2 Améliorer la gestion des médicaments antituberculeux.....	30
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d’évaluation et la mesure de l’impact.....	31

Intervention 1.5.1 Maintenir et renforcer la supervision.....	31
Intervention 1.5.2 Informatiser le système de recueil de données.....	31
Intervention 1.5.3 Procéder a des évaluations périodiques du programme	31
Intervention 1.5.4 Renforcer la surveillance épidémiologique et la mesure de la situation épidémiologique	32
OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : LUTTER CONTRE LA CO-INFECTION TB-VIH, CONTRE LA TB-MR ET S' ATTAQUER À D' AUTRES DÉFIS	32
STRATEGIE 2.1 : Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	32
Intervention 2.1.1. Mettre en place des mécanismes de collaboration	32
Intervention 2.1.2. Intensifier le dépistage des cas de tuberculose et alléger la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS).....	33
Intervention 2.1.3. Alléger la charge du VIH chez les patients atteints de tuberculose	33
STRATEGIE 2.2 : lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	35
Intervention 2.2.1 Mesures de lutte contre l'infection	35
Intervention 2.2.2 Formation et recyclage du personnel médical et paramédical du Centre Paul Faure à la prise en charge de la tuberculose multi résistante	36
Intervention 2.2.4 mettre en place un système de surveillance de la résistance aux antituberculeux selon le protocole de l'OMS.....	37
Intervention 2.2.5 Assurer le suivi évaluation des activités de prise en charge de la tuberculose multi résistante	37
Intervention 2.2.6 Mesures incitatives à base de rations alimentaires pour les patients multi résistants pour l'adhésion au traitement	37
STRATEGIE 2.3 : Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	37
Intervention 2.3.1 renforcer la lutte contre la tuberculose dans les prisons	37
Intervention 2.3.3 Renforcer la lutte contre la tuberculose chez les réfugiés	40
Intervention 2.3.4 Améliorer la surveillance de la tuberculose chez les étrangers et le suivi de leur prise en charge inter frontalière.....	41
Intervention 2.3.5 Améliorer l'accès aux soins antituberculeux des populations nomades	41
Intervention 2.3.6 Assurer une prise en charge adéquate de la tuberculose de l'enfant	43
OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : contribuer au renforcement du système de santé	44
STRATEGIE 3.1 : Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	44
Intervention 3.1.1 Améliorer la capacité de l'équipe de gestion du PNLT avec participation à des formations et conférences internationales.	44

Intervention 3.1.2 Assurer la formation et le recyclage des agents des CDT sur le DOTS.....	44
Intervention 3.1.4 Renforcer le PNLT en ressources humaines	45
OBJECTIF SPECIFIQUE 4 : engager tous les prestataires de soins.....	46
STRATEGIE 4.1 : Mettre en place des approches public/privé et public/public	46
Intervention 4.1.1 Assurer la formation et le recyclage des prestataires de soins du secteur privé et du secteur para public.	46
Intervention 4.1.2 Assurer un appui du programme national aux laboratoires de microscopie de l'OPS.....	46
Intervention 4.1.3 Assurer la mise en œuvre effective des activités PPM et leur suivi évaluation.	46
OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : habiliter les patients et la communauté	47
STRATEGIE 5.1 : <i>Participation de la communauté aux soins antituberculeux</i>	47
Intervention 5.1.1 Activités de proximité de conseil pour la détection des tousseurs chroniques et l'orientation des patients et la recherche des absents au traitement, 1 ABC/CDT (23), 5 animateurs par ABC, 5 jours par mois par animateur.	47
Intervention 5.1.2 Sensibilisation et implication des acteurs communautaires clés comme relais d'éducation pour la santé.....	47
Intervention 5.1.3 Assurer l'accompagnement du traitement par les représentants de la communauté.....	48
Intervention 5.1.4 Mettre en place une politique nationale communautaire	48
STRATEGIE 5.2 : Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	48
Intervention 5.2.1 Elaborer une stratégie de communication spécifique à la lutte contre la tuberculose	49
Intervention 5.2.2 Formation des intervenants sur la stratégie de communication	49
Intervention 5.2.3 Intensification des actions ACSM lors des journées mondiales de la tuberculose	50
Intervention 5.2.4 Evaluer la situation de base et l'impact des actions éducatives.....	50
OBJECTIF SPECIFIQUE 6 : FAVORISER ET PROMOUVOIR LA RECHERCHE	51
STRATEGIE 6.1 : Entreprendre des actions de recherche opérationnelle centrée sur le programme national	51
BUDGET	53

INTRODUCTION

Djibouti avec une population de 818159 en 2009 souffre d'une charge très forte de tuberculose avec une prévalence estimée de 697/100 000 cas de tuberculose toutes formes (Global Tuberculosis Control, WHO report 2009). Cette situation est liée à la pauvreté, à l'épidémie généralisée de l'infection VIH (2.9% de la population) et à l'exode de populations vulnérables à partir des pays voisins qui souvent sont en état de crise humanitaire.

Pour faire face de manière organisée et structurée au fléau de la tuberculose, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a été créé en 1980 et la Stratégie DOTS a été adoptée en 2004.

Devant la détérioration de la performance du programme de lutte contre la tuberculose, avec une incidence estimée élevée (762 pour 100,000 habitants en 2005), un taux de prévalence estimé élevé (1161 pour 100,000 habitants en 2005), un taux de mortalité estimé élevé (128 pour 100,000 habitants en 2005), un faible taux de détection (42% en 2005) et un haut taux de perdus de vue (16% dans la cohorte des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive de l'année 2004), le Ministère de la Santé Publique de Djibouti s'est engagé à faire face sérieusement au problème posé par la tuberculose dans le pays. Cet engagement renaissant a été illustré par l'élaboration d'un plan stratégique national (2006-2010) visant à améliorer les résultats des activités de lutte antituberculeuse et à un stade ultime réduire la morbidité et la mortalité comme fixé dans les Objectifs Mondiaux pour le Développement.

Le plan stratégique a servi de base aux interventions appuyées par les principaux bailleurs de fonds que sont l'OMS avec notamment des fonds extrabudgétaires de l'USAID par l'intermédiaire du projet TBCAP, le Fonds Mondial et l'Agence Française de développement. En assurant la coordination de ces interventions par sa présence technique prépondérante, le bureau de l'OMS de Djibouti a veillé à ce que les activités appuyées par les différents bailleurs de fonds soient complémentaires et visent de manière optimale les lacunes programmatiques et financières dont le Programme National fait l'objet.

La stratégie du PNLT est en ligne avec les objectifs principaux et les domaines de service recommandés par la Stratégie Halte à la Tuberculose de l'OMS. Elle constitue la réponse la plus appropriée au contexte de Djibouti qui est un pays à très forte prévalence et où le système de santé comporte plusieurs faiblesses notamment en termes de ressources humaines, matérielles et financières.

Le plan stratégique du PNLT 2006-2010 a visé 1) l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des services antituberculeux par le renforcement et la décentralisation des services de diagnostic et de prise en charge; 2) le développement de la

participation communautaire ainsi que le plaidoyer et l'éducation sanitaire ; 3) l'implication du secteur public hors santé dans le DOTS ; 4) la lutte contre la co-infection VIH-TB ; et 5) la collaboration transfrontalière.

STRUCTURE, POLITIQUE ET STRATEGIE DU PNLT

Le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont assurés au Centre Paul Faure (CPF) et dans les centres de diagnostic et de traitement (CDT). Les CDT de Djibouti ville sont abrités par les Centres de Santé Communautaire (CSC) qui ont en général deux médecins et une équipe intra sectorielle. Le Centre Paul Faure comporte en plus le laboratoire national de référence (LNR) un appareil de radiologie et 200 lits d'hospitalisation pour les tuberculeux.

Les CDT des districts extérieurs sont abrités par les centres médico-hospitaliers (CMH). Les patients tuberculeux des districts qui ne peuvent pas être traités dans les postes de santé sont hospitalisés dans les CMH.

Les CDT possèdent un laboratoire de microscopie et une salle de traitement directement observé et un registre de la tuberculose. Les centres de traitement directement observé (CTDO) ne disposent pas de laboratoire mais sont impliqués dans le traitement directement observé.

Les CDT sont au nombre de 16 avec une couverture d'un CDT/laboratoire de microscopie pour 52064 habitants. Les CTDO sont au nombre de 10 portant le nombre de structures dispensant le traitement directement observé à 26 avec une couverture d'un CTDO pour 32039 habitants.

Le réseau de laboratoires inclus dans les CDT a à son sommet le Laboratoire National de Référence (LNR) abrité par le Centre Paul Faure qui est le centre national de référence pour la prise en charge de la tuberculose. Un système d'assurance de la qualité des examens microscopiques est en place depuis le mois de septembre 2007. Le LNR pratique les cultures qui sont réservées aux cas suspects non confirmés par la microscopie, la pratique des antibiogrammes étant suspendue car les conditions environnementales de biosécurité au sein du laboratoire ne sont pas présentes.

Les hôpitaux généraux, les structures de santé de la Protection Sociale, les cabinets et les cliniques privés, les centres de santé des autres ministères (prisons, intérieur, forces armées) sont encouragés à identifier les cas suspects de tuberculose et les référer au programme national.

La stratégie du dépistage consiste à identifier les symptômes de tuberculose pulmonaire parmi les consultants généraux. La recherche de tuberculose est aussi effectuée chez les contacts des malades à microscopie positive. Dans le cadre des activités de collaboration TB/HIV le dépistage de la tuberculose est effectué chez les PVVIH. Le dépistage est assuré chez toute personne se présentant aux centres de santé avec une toux de deux semaines ou plus ainsi que chez les contacts des

malades à microscopie positive et les personnes vivant avec le VIH présentant ces symptômes. Les enfants contacts de moins de 5 ans sont systématiquement examinés à la recherche de tuberculose et ceux qui sont indemnes de la maladie bénéficient d'un traitement chimio prophylactique de 6 mois par l'isoniazide.

Les traitements du PNLT sont conformes aux recommandations de l'OMS avec traitement directement observé pendant la phase initiale. Les antituberculeux sont fournis gratuitement à tous les patients tuberculeux.

L'approvisionnement est assuré via un «direct procurement» par Global Drug Facility (GDF) sur budget Fonds Mondial Round 6 jusqu'à 2011. Les antituberculeux sont stockés à la pharmacie centrale du centre Paul Faure qui est la pharmacie centrale du Programme National. Les commandes des CDT à la pharmacie centrale sont basées sur les données de notification et le stock existant au niveau du CDT. Il n'existe pas de rupture de stock ni en périphérie ni au niveau central.

Le recueil des données est basé sur les registres de la tuberculose et de laboratoire des CDT et au système des différents rapports trimestriels, en conformité avec la nouvelle stratégie de l'OMS. Ce système est partiellement informatisé grâce au logiciel Epilat servant à saisir les données individuellement pour la ville de Djibouti.

Il existe des directives spécifiques pour le diagnostic de la tuberculose de l'enfant dans le guide technique du programme national.

Un cadre stratégique pour les activités de collaboration VIH-TB a été élaboré par les deux programmes dans le cadre du groupe de travail conjoint qui se réunit de manière régulière. La prise en charge de la co-infection TB-VIH a commencé depuis février 2004. Le test VIH avec pré et post counselling est proposé à tous les patients tuberculeux mis sous traitement au CPF et les autres CDT. La surveillance sentinelle de la séropositivité VIH chez les tuberculeux est réalisée durant le deuxième trimestre de chaque année (13,5% en 2006 et 2007 et 10% en 2008). Le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH se fait au niveau des structures de prise en charge du VIH par la recherche systématique des symptômes de la tuberculose.

Une proposition pour la prise en charge de 50 patients multi résistants par an par les traitements de deuxième ligne a été soumise au Green Light Committee (GLC). Les traitements de deuxième ligne sont prescrits uniquement par le médecin chef du centre de référence tuberculose (CPF).

Il existe un système de supervision mis en œuvre par des superviseurs DOTS et un superviseur du réseau de laboratoires avec l'appui du directeur du PNLT et de la responsable du suivi & évaluation.

Des actions de plaidoyer, communication et mobilisation sociale ont régulièrement été appliquées ; il en est de même des actions communautaires visant la recherche des tousseurs chroniques et le soutien aux malades sous traitement (avec formation

par le programme de 100 agents de santé communautaire) ainsi que la sensibilisation et l'éducation de la communauté.

Des actions de collaboration avec les prestataires de soins en dehors du programme national ont été ébauchées avec une analyse de la situation ayant fait appel à une analyse systématique des gaps dans la détection des cas dans tous les secteurs et à une enquête sur les pratiques, l'élaboration d'un guide PPM et la formation du personnel clinique et de laboratoire. Ces soignants ont toujours été encouragés à identifier les cas suspects de tuberculose et à les référer au programme national et ils n'interviennent pas dans le traitement.

Les résultats attendus par l'application de cette stratégie sont l'atteinte d'un taux de détection d'au moins 70% et d'un taux de succès du traitement d'au moins 85% suivis d'une diminution de l'incidence de la maladie ; la prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et l'amélioration de la survie des malades coinfectés ; et la prévention et la réduction de la transmission de la tuberculose multi résistante dans la communauté.

ANALYSE DE LA SITUATION

DEPISTAGE2009

Trim	FROTTIS						EP	Total
	POSITIFS			NEGATIFS				
	Nx	Rech	Rep	Ech	<15	>=15		
I	321	46	2	1	184	126	299	979
II	306	49	1	16	156	114	250	892
III	310	35	1	0	147	130	202	825
IV	440	59	0	0	189	137	283	1108
Total	1377	189	4	17	676	507	1034	3804
%	36%	5%	0%	0%	18%	13%	27%	

REPARTITION DES NOUVEAUX CAS A FROTTIS POSITIF PAR AGE ET SEXE

TRIMESTRE	0 - 4		5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+		Total		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
I	1	0	1	5	44	39	66	37	41	19	23	13	17	8	5	2	19	12	321
II	1	0	3	1	55	26	75	36	38	18	18	8	6	9	8	4	20	10	306
III	2	1	1	3	58	27	62	34	43	21	14	14	2	5	8	5	20	11	310
IV	0	0	9	8	73	47	92	47	61	27	35	17	4	7	3	0	28	15	440
An	4	1	4	7	230	139	295	154	183	85	90	52	49	29	24	1	88	48	1377

EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE A DJIBOUTI

Selon les estimations de l'OMS en 2010 pour l'année 2008

Le nombre estimé de nouveaux cas de tuberculose (toutes formes) est 5300 avec un taux de 648 pour 100 000 habitants

Le nombre estimé de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive est de 2900 avec un taux de 345 pour 100 000 habitants

La prévalence estimée des cas de tuberculose (toutes formes) est 5700 avec un taux de 697 pour 100 000 habitants

Le nombre estimé de décès liés à la tuberculose (toutes formes) est de 690 avec un taux de 84 pour 100 000 habitants

Le taux de détection des cas de tuberculose toutes formes est de 70%

Le taux de détection des nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive est de 47%

Le nombre estimé de nouveaux patients tuberculeux séropositifs (toutes formes) est de 720 avec un taux de 88 pour 100 000 habitants

La prévalence estimée de la tuberculose multi résistante chez les nouveaux cas de tuberculose est de 0.9%.

TABLE A-1 Estimated epidemiological burden of TB (best estimates, lower and upper bounds), all forms, 1990–2008^a

YEAR	POPULATION (THOUSANDS)	MORTALITY (EXCLUDING HIV)		PREVALENCE		INCIDENCE	
		NUMBER (THOUSANDS)	RATE ^b	NUMBER (THOUSANDS)	RATE ^b	NUMBER (THOUSANDS)	RATE ^b
2008	849 245	0.69 (0.3–1.4)	81 (35–180)	5.7 (2.8–9.6)	670 (330–1100)	5.3 (4.2–6.3)	620 (500–740)

TABLE A-2 Incidence, notification and case detection rates (best estimates, lower and upper bounds), all forms, 1990–2008^a

YEAR	POPULATION (THOUSANDS)	INCIDENCE HIV-POSITIVE		INCIDENCE		NOTIFIED NEW AND RELAPSE		CASE DETECTION RATE
		NUMBER (THOUSANDS)	RATE ^b	NUMBER (THOUSANDS)	RATE ^b	NUMBER	RATE ^b	PERCENT
2008	849 245	0.72 (0.54–0.95)	5.3 (4.2–6.3)	620 (500–740)	3682	434	70 (58–87)	

TABLE A-3 Incidence, notification and case detection rates (best estimates, lower and upper bounds), new smear-positive cases, 1990–2008^a

YEAR	POPULATION (THOUSANDS)	INCIDENCE		NOTIFIED NEW SMEAR-POSITIVE		CASE DETECTION RATE
		NUMBER (THOUSANDS)	RATE ^b	NUMBER	RATE ^b	PERCENT
2008	849 245	2.9 (2.3–3.5)	340 (270–410)	1375	162	47 (39–59)

Selon les cas déclarés

En 2009, 3804 cas de tuberculose toutes formes ont été enregistrés dont 1377 cas de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive, 189 rechutes, 4 reprises du traitement, 17 traitements après échec, 676 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative chez l'enfant, 507 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative chez l'adulte et 1034 cas de tuberculose extra pulmonaire.

En 2009, le nombre de patients tuberculeux toutes formes (nouveaux et retraitement) testés pour le VIH est de 2091. La proportion de patients tuberculeux toutes formes (nouveaux et retraitement) testés pour le VIH est de 55% (2091/3804)

Le nombre de patients tuberculeux toutes formes (nouveaux et retraitement) notifiés dont on a découvert ou dont on connaissait la séropositivité est de 207

Le nombre de patients tuberculeux séropositifs notifiés (nouveaux et retraitement) ayant commencé ou suivant une TARV est de 47 avec une proportion de 22.7%

Résultats du traitement 2008

Trimestre	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	Perdus Vue	Transféré	Total
1 nouveaux	242	23	3	2	33	7	310
1 rechutes	28	3	0	0	11	1	43
2 nouveaux	244	23	0	3	44	11	325
2 rechutes	44	8	2	3	7	4	68
3 nouveaux	267	23	2	1	47	7	347
3 rechutes	29	6	2	2	5	1	45
4 nouveaux	317	14	1	1	56	4	393
4 rechutes	26	1	0	0	8	0	35
An nouveaux	1070	83	6	7	180	29	1375
An rechutes	127	18	4	5	31	6	191
Taux nouveaux	77.8%	6.0%	0.4%	0.5%	13.1%	2.1%	100.0%
Taux rechutes	66%	9%	2%	3%	16%	3%	100%

Taux de succès 83.9%

ANALYSE DE LA REPONSE

ACQUIS

Engagement politique

Pour faire face de manière organisée et structurée au fléau de la tuberculose, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a été créé en 1980 et la Stratégie DOTS a été adoptée en 2004.

Devant la détérioration de la performance du programme de lutte contre la tuberculose, avec une incidence estimée élevée (762 pour 100,000 habitants en 2005), un taux de prévalence estimé élevé (1161 pour 100,000 habitants en 2005), un taux de mortalité estimé élevé (128 pour 100,000 habitants en 2005), un faible taux de détection (42% en 2005) et un haut taux de perdus de vue (16% dans la cohorte des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive de l'année 2004), le Ministère de la Santé Publique de Djibouti s'est engagé à faire face sérieusement au problème posé par la tuberculose dans le pays.

Cet engagement renaissant a été illustré par l'élaboration d'un plan stratégique national (2006-2010) visant à améliorer les résultats des activités de lutte antituberculeuse et à un stade ultime réduire la morbidité et la mortalité comme fixé dans les Objectifs Mondiaux pour le Développement.

Le plan stratégique a servi de base aux interventions appuyées par les principaux bailleurs de fonds que sont l'OMS, le Fonds Mondial et l'Agence Française de développement. En assurant la coordination de ces interventions par sa présence technique prépondérante, le bureau de l'OMS de Djibouti a veillé à ce que les activités appuyées par les différents bailleurs de fonds soient complémentaires et visent de manière optimale les lacunes programmatiques et financières dont le Programme National fait l'objet.

Le plan stratégique du PNLT 2006-2010 prévoit 1) l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des services antituberculeux par le renforcement et la décentralisation des services de diagnostic et de prise en charge; 2) le développement de la participation communautaire ainsi que le plaidoyer et l'éducation sanitaire ; 3) l'implication du secteur public hors santé dans le DOTS ; 4) la lutte contre la co-infection VIH-TB ; et 5) la collaboration transfrontalière.

ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

A. L'OMS

L'apport de l'OMS est intervenu dans les domaines suivants:

- i) renforcement des capacités aux niveaux central et périphérique

- ii) élaboration de modules de formation et de guides techniques pour le staff clinique et les techniciens de laboratoire
- iii) élaboration d'un guide de la supervision des activités DOTS et d'une grille de supervision des activités de laboratoire
- iv) élaboration d'un système de recueil des données en ligne avec la nouvelle stratégie Halte à la Tuberculose
- v) mise en place d'un système d'assurance de la qualité des examens microscopiques.
- vi) Redémarrage des activités de culture
- vii) Assistance technique pour la réorganisation des activités de lutte contre la coinfection TB/VIH
- viii) Le renforcement des laboratoires
- ix) Le renforcement des capacités pour le démarrage de l'approche PPM
- x) Assistance technique pour la prise en charge des cas de tuberculose multi résistante
- xi) Fourniture des médicaments et assistance technique à travers le GDF

B. Le Fonds Mondial

Le round 6 du Fonds mondial (\$3,5 Millions, juillet 2007- juin 2011) supporte les interventions suivantes:

- i) la décentralisation de la lutte antituberculeuse, la formation et le recyclage des personnels, la logistique et le système d'information,
- ii) le développement du réseau de laboratoire de microscopie TB avec contrôle de qualité,
- iii) la supervision dans tout le pays,
- iv) l'acquisition des antituberculeux de première ligne,
- v) le démarrage de la prise en charge de la TB multi résistante
- vi) le renforcement de l'Unité centrale du PNLT et du LNR et
- vii) l'éducation sanitaire et la sensibilisation des malades et de la population.
- viii) La participation communautaire à la lutte antituberculeuse
- ix) La lutte contre la co-infection TB/VIH

C. L'agence Française de Développement (AFD)

L'agence Française de Développement intervient dans les domaines suivants

- i) Lutte contre la co-infection par la mise à la disposition du Centre Paul Faure d'un expert international en matière de prise en charge clinique de la co-infection et la formation des médecins et du personnel paramédical impliqués

dans la lutte contre la tuberculose sur la co-infection.

- ii) Le financement de l'acquisition des médicaments de deuxième ligne en dehors du cadre du GLC
- iii) Le financement de l'acquisition des réactifs de laboratoire
- iv) La réhabilitation des locaux du centre Paul Faure et du laboratoire national de référence

Le projet financé par l'AFD pour la prise en charge de la co-infection TB-VIH est en cours d'exécution (CF Annexe 4.3.4) et prévoit :

- la rénovation des locaux du centre Paul Faure y compris le laboratoire national de référence
- une assistance technique pour la lutte contre la co infection
- la mise en réseau informatique entre les différentes structures prenant la co infection
- la formation du personnel du PNLT sur la co infection
- l'équipement du centre Paul Faure et du laboratoire national de référence

L'achat de médicaments de deuxième ligne et de réactifs de laboratoire

PRINCIPALES ACTIVITES REALISEES PAR LE PROGRAMME NATIONAL

A. Renforcement des capacités au niveau central et périphérique

Des sessions de formation ont été organisées en faveur des techniciens de laboratoire et du staff responsable de la mise en œuvre du DOTS. Les deux types de formation ont fait appel à des modules de formation. Malgré l'absence de modules génériques en français, le module de formation de Djibouti a été élaboré en français. Le contenu du module a tenu compte de la révision des directives techniques en fonction des nouvelles orientations du programme national, elles mêmes inspirées de la nouvelle stratégie Halte à la Tuberculose (combinaisons d'antituberculeux à dose fixe, TBC/VIH, DOTS communautaire...). Le nouveau matériel de formation comporte des directives pour le dépistage de la tuberculose chez les contacts et les suspects. La formation a ciblé aussi bien le personnel de la périphérie que le staff central.

B. La supervision

La supervision a été également renforcée dans la mesure où des visites de supervision régulières sont menées aussi bien par les superviseurs DOTS que par le staff de laboratoire avec participation du Responsable du PNTL, de son assistante et de la responsable du suivi évaluation. Pour ce, un guide de la supervision des activités DOTS et une grille de supervision des activités de laboratoire ont été élaborés et testés et sont actuellement utilisés par les différents superviseurs. Les activités de supervision se sont intensifiées depuis juin 2007 date de démarrage du

projet du fonds mondial Round 6. Dans le même cadre, une voiture vient être acquise pour les activités de supervision.

C. Système de recueil des données

Un système de recueil des données en accord avec la nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS et des nouvelles orientations du programme notamment en ce qui concerne la co-infection VIH TB a été élaboré. Les agents DOT ont été formés sur les nouveaux supports de recueil de données et ce système est en application depuis le mois de janvier 2008.

D. Activités de laboratoire et assurance de la qualité des examens microscopiques

Un système d'assurance de la qualité des examens microscopiques a été mis en place. Ceci a nécessité l'élaboration d'un manuel de laboratoire, la formation du personnel du laboratoire national de référence sur les procédures d'assurance de la qualité et l'élaboration des supports nécessaires pour la relecture des lames en double aveugle. Le système est appliqué depuis le mois de septembre 2007. Le laboratoire national de référence hébergé par le centre Paul Faure a acquis les capacités pour réaliser les cultures et les antibiogrammes.

Pour le développement de la culture et de l'antibiogramme au LNR de Djibouti et la surveillance de la résistance, un technicien du LNR a bénéficié de trois mois de formation sur la fabrication des milieux de culture et la réalisation des cultures et antibiogrammes à l'Institut Pasteur de Yaoundé.

Les locaux du laboratoire du CPF ne se prêtent pas encore aux exigences de sécurité du personnel de laboratoire face au risque de contamination par le bacille de la tuberculose. Il est impossible de pratiquer les antibiogrammes dans les conditions actuelles. Des travaux d'extension du laboratoire du Centre Paul Faure sont en cours afin que les locaux puissent répondre aux exigences de sécurité du personnel (niveau de sécurité 3). Ainsi dès que les locaux seront prêts, les activités d'antibiogrammes seront démarrées et la prise en charge des cas de tuberculose multi-résistants et la surveillance de la résistance aux antituberculeux seront alors possibles.

E. Collaboration TB/HIV

Des activités de collaboration TB/VIH sont mises en œuvre et ont consisté jusqu'à présent en la mise en place d'un groupe de coordination qui se réunit de manière hebdomadaire, l'élaboration d'un cadre stratégique et la réalisation de tests et conseils volontaires pour les patients atteints de tuberculose. Des réunions trimestrielles de validation des nouvelles politiques et stratégies et de

l'opérationnalisation des nouvelles stratégies se sont tenues régulièrement au cours de l'année 2008.

Les activités de lutte contre la co-infection se sont intensifiées depuis la fin de 2008 avec décentralisation en dehors du Centre Paul Faure. Les activités de co-infection se sont étendues aux centres de Balbala 2 et Arhiba.

Le bureau régional de l'OMS a mis à la disposition du PNLT une assistance technique de deux semaines en octobre 2008 pour faire le point sur les activités de collaboration TB/VIH, relever les insuffisances et proposer les solutions correctrices nécessaires.

Les messages éducatifs ciblant les malades atteints de tuberculose pour les encourager à accepter le test de dépistage du VIH ont été élaborés et font l'objet d'un spot en cours de réalisation. Le spot qui sera diffusé dans les centres de traitement de la tuberculose.

Un atelier de sensibilisation des acteurs de la prise en charge du VIH à la tuberculose et au DOTS notamment sur les procédures d'identification des suspects de tuberculose et leur orientation vers les services DOTS, a été organisé et a touché 16 personnes en 2008.

Le PNLT en collaboration avec le PLSS a dispensé en Avril 2008 une formation en counselling aux infirmiers du Programme de Lutte contre la Tuberculose. Les infirmiers ont été formés pour préparer le terrain au conseil proprement dit qui sera effectué par les Assistants Psycho-sociaux. Cette formation permet d'augmenter le nombre de patients tuberculeux dépistés pour le VIH en proposant un test VIH à tous les patients tuberculeux dans tous les centres de diagnostic et de traitement antituberculeux

En 2008, 65 personnels soignants du Programme (Djibouti et région de l'intérieur) ont bénéficié d'une formation aux précautions universelles et à la prise en charge de la coïnfection TB/VIH-Sida.

F. Prise en charge communautaire de la tuberculose

Le PNLT collabore avec les Agences d'Encadrement pour la sensibilisation de la population se trouvant dans les zones défavorisées et lointaines, pour l'information des populations sur les symptômes de la maladie qui doivent amener à consulter, les services DOTS disponibles dans leurs zones d'habitation et sur la gratuité des actes de diagnostic et de traitement de la tuberculose. Un des corollaires de ces actions est la déstigmatisation de la maladie au sein de la population.

Une mobilisation communautaire a été organisée par les Agences d'Encadrements à l'occasion de la célébration de la journée mondiale contre la Tuberculose du 24 Mars 2008.

Un atelier pour développer les modules de formation des pairs éducateurs dans la communauté sur la tuberculose et co-infection s'est tenu à Djibouti en vue de la formation des volontaires des Associations à base communautaire à la recherche précoce des patients absents au traitement, au dépistage des personnes contact et à l'identification des tousseurs chroniques et leur envoi aux centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose.

100 agents de santé communautaire et assistants psycho-sociaux ont été formés à la tuberculose et à la stratégie DOTS à Djibouti. Cent agents de santé communautaire ont été recrutés par le Ministère de la Santé en 2008 et répartis dans les postes de santé dans les districts et à Djibouti, après avoir suivi une formation sur les programmes prioritaires dont la tuberculose, afin de généraliser la prise en charge au niveau décentralisé et rendre accessible les soins aux plus vulnérables.

Le PNLT a acquis 7 vélocycle qui seront utilisés par les représentants de la communauté pour la recherche active des absents au traitement; le taux de perdus de vue étant plus centré dans la capitale, 4 vélocycle ont été affectés dans la ville de Djibouti.

Concernant le volet communautaire de la lutte anti tuberculeuse, l'ensemble des associations à base communautaire doit se consacrer aussi aux populations les plus démunies et vulnérables pour leur permettre d'accéder à l'information et aux soins antituberculeux, plus particulièrement pour les migrants, les transfrontaliers, les réfugiés et autres populations à haut risque (pauvres, les habitants des zones reculées, les nomades (150 000), les prisonniers (400), les migrants (200 000) et les réfugiés (9000). Ces acteurs devront être formés suite à l'élaboration de modules et disposeront d'un guide technique communautaire. Des moyens logistiques, organisationnels et de supervision devront être mis à la disposition des acteurs communautaires des OE/ABC pour:

- La prévention: causeries
- L'animation IEC dans les quartiers et la sensibilisation de la population
- La recherche des perdus de vue
- Les conseils sur la bonne observance, la détection et l'orientation des tousseurs chroniques et les symptômes de la tuberculose.

Le support au traitement: administration des médicaments sous observation directe et cochage de la fiche de traitement

G. Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale

Concernant l'information et l'éducation des patients et de la population générale, en 2008, 4 émissions de Tv et 4 émissions de radio-trottoir sur la tuberculose et la Co-infection TB/VIH ont été diffusées.

Le Programme a produit une boîte à images.

Depuis trois années le Programme national de Lutte contre la Tuberculose célèbre la Journée Mondiale de Lutte Contre la Tuberculose au Centre Paul Faure, centre de référence de la Tuberculose. Des discours ont été prononcés par les médecins du centre et les responsables du Programme et dans les 3 langues nationales : le somali, l'afar et l'arabe. D'autres centres DOTS de la capitale (Arhiba, Hayableh et Balbala2) ont été visités par la télévision nationale avec interview des médecins et des malades.

Cette journée a été consacrée à la sensibilisation, l'information de la population sur la maladie et ses symptômes, sur l'existence d'un traitement efficace et gratuit et sur les différents CDT/CDTO existants et diagnostiquant la maladie.

Les activités d'éducation pour la santé ont été renforcées dans le cadre du projet Fonds Mondial Round6 avec la production de trois spots TV dans les trois langues (Afar, somalien, arabe), la production d'une affiche et d'une boîte à images, des émissions télévisées et radiophoniques auxquelles les responsables du programme ont participé, la confection de tee-shirts et la réalisation de reportages lors des journées mondiales de la tuberculose.

H. RESSOURCES HUMAINES

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose dispose d'une équipe complète.

10 personnes travaillent actuellement pour le programme à savoir :

- Un coordinateur du Programme
- 2 assistantes
- 1 responsable de la gestion du programme (Comptable)
- 1 responsable du suivi et évaluation du programme
- 2 superviseurs DOTS
- 1 superviseur du réseau des laboratoires
- 1 chauffeur

Pour optimiser les ressources humaines disponibles, le ministre de la santé a signé une circulaire incitant les médecins chefs des structures de santé à encadrer le personnel paramédical responsable de la mise en œuvre des activités de lutte antituberculeuse.

I. Tuberculose multi résistante

La proposition au GLC a été soumise dans les délais. Le GLC vient d'accepter cette proposition moyennant la réponse du PNLT à des questions spécifiques posées par le GLC et l'organisation d'une mission d'assistance technique avant l'approbation

finale. Ceci est la procédure normale pour le GLC dans tous les projets de prise en charge de la tuberculose multi résistante.

J. Système de santé

En vue de pallier le manque en ressources humaines, 100 agents de santé communautaire (agents de promotion de sante ou APS) ont été recrutés par le Ministère de la Santé. Ils vont être rattachés administrativement aux postes de santé dans les districts et à Djibouti afin de généraliser la prise en charge au niveau décentralisé et rendre accessible les soins aux plus vulnérables. Leur rôle est le suivant :

- Recherche des tousseurs chroniques: prélèvement des crachats, acheminements des crachats au CDT
- Recherche et relance des perdus de vue
- Support au traitement: administration des médicaments sous observation directe et cochage de la fiche de traitement en collaboration avec ABC
- Accueil des malades au CDT, plaidoyer, réconfort, orientation, conseil aux familles
- Participation si besoin à l'IEC dans les CDT
- Recueil de données, fiche de malade et de suivi, fiche de demande d'examen de crachats

Le ministère de la santé a mis en place un système d'information sanitaire pour toutes les maladies prioritaires. Ce système a commencé à produire des indicateurs importants pour le suivi et évaluation de ces programmes. Ce système est complémentaire avec le système de recueil des données spécifique à la tuberculose et permet au Programme National de lutte Antituberculeuse de disposer de données sur la place des symptômes respiratoires dans les consultations générales.

Un plan quinquennal national de développement sanitaire pour la période 2008-2012 a été élaboré en vue du renforcement du système de santé et la lutte contre les maladies prioritaires.

K. Réseau de laboratoires

Beaucoup d'efforts ont été entrepris pour améliorer le réseau de laboratoires. 5 laboratoires ont été rénovés en 2007 sur les fonds extrabudgétaires de l'OMS fournis par l'USAID. Une assistance technique de l'OMS a permis de former les techniciens de laboratoire en 2007, de mettre en place un système d'assurance de la qualité des examens microscopiques et un système de gestion technique et administrative du laboratoire national de référence.

L. Collaboration avec les prestataires de soins en dehors du programme national

Des actions de collaboration avec les prestataires de soins en dehors du programme national ont été ébauchées avec une analyse de la situation ayant fait appel à la méthode de l'oignon et à une enquête sur les pratiques, l'élaboration d'un guide PPM et la formation du personnel clinique et de laboratoire. Ces soignants ont toujours été encouragés à identifier les cas suspects de tuberculose et à les référer au programme national et ils n'interviennent pas dans le traitement

LACUNES

Situation globale

Djibouti une charge de tuberculose parmi les plus élevées du monde (prévalence 697/100,000 en 2009) et comporte des groupes de population très vulnérable (réfugiés et déplacés et populations nomades) qui ont en commun un accès difficile aux soins. Avec le soutien du Fonds Mondial R6 qui a démarré en juillet 2008, le PNLT a pu décentraliser la lutte antituberculeuse (LAT) et d'améliorer la qualité de l'offre avec pour résultat une augmentation du taux de détection de 42% en 2007 à 47% en 2008 et du taux de succès de traitement de 72.5% en 2006 à 82.7% en fin 2007 (pour les patients tuberculeux TPM+). Cependant le PNLT doit mettre en place des interventions supplémentaires pour atteindre les objectifs du plan stratégique national et de la Stratégie Halte à la Tuberculose en vue des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Diagnostic et prise en charge des patients

Le round 6 du Fonds Mondial a permis la mise en place d'un réseau de laboratoires de microscopie avec contrôle de qualité, la formation et la supervision des techniciens de laboratoire ainsi que l'équipement de base du laboratoire de référence pour culture et antibiogramme. L'Aide Française au Développement (AFD) a prévu la rénovation des bâtiments du centre de référence tuberculose et du laboratoire de référence tuberculose (au Centre Paul Faure) Un investissement important reste nécessaire pour assurer les normes de bio sécurité conformes aux recommandations internationales pour la culture des mycobactéries et les antibiogrammes avec une protection adéquate des personnes et de l'environnement ainsi que pour accéder aux technologies de diagnostic rapide de multi-résistantes comme la culture en milieu liquide et le diagnostic moléculaire de multi résistance (line probe assay). Ces installations nécessitent aussi des dépenses accrues pour : (i) le fonctionnement et la maintenance des locaux et des équipements, (ii) le contrôle de qualité pour culture et DST, (iii) la formation et le recyclage des personnels techniques et (iv) les moyens de communication avec les laboratoires de référence à l'étranger.

Le Laboratoire de référence du PNLT (Centre Paul Faure) assure le contrôle de qualité de la microscopie. La culture a repris depuis mars 2008 à la suite d'un arrêt

de quelques années pour manque de réactifs. Les tests de sensibilité n'ont pas été repris car le niveau de biosécurité au laboratoire est jugé insuffisant.

Il existe un accès insuffisant à la radiologie pour les personnes vivant avec le VIH, les enfants et autres groupes de populations vulnérables (les pauvres, les prisonniers, les étrangers, les réfugiés et la population transfrontalière). La plupart des CDTs ne disposent pas d'appareils de radio, ni de salle plombée et de consommables.

Le round 6 de Fond Mondial a permis la décentralisation des activités de lutte antituberculeuse dans 5 CDT et le projet TBCAP (USAID) dans 4 CDT (total de 16 CDT opérationnels en 2009). Cependant, les superviseurs du PNLT et du laboratoire de référence manquent de véhicules pour effectuer les visites de supervision régulières dans tous les CDT/CTDO décentralisés.

Co-infection TB/VIH

Djibouti souffre d'une prévalence élevée de VIH dans la population générale (2/9% en 2006) et parmi les patients TB (10% en 2008). Le conseil et test VIH est systématique depuis juin 2007 dans un seul centre de diagnostic et de traitement (Centre Paul Faure) et a été décentralisé en 2009. Le traitement préventif par l'Isoniazide existe chez les enfants contact mais n'est pas encore appliqué pour les PVVIH). Le dépistage de la tuberculose chez les patients vivant avec le VIH n'a pas été appliqué de manière convenable par manque de formation des agents de santé et manque d'un questionnaire standardisé pour le screening des PVVS pour la tuberculose. Il est nécessaire d'appuyer le processus de décentralisation de ces activités au niveau des 5 régions sanitaires.

Tuberculose multi résistante

La surveillance de la résistance et l'identification et la prise en charge des patients tuberculeux multi résistants n'ont pas pu démarrer a cause de l'incapacité du LNR a réaliser la culture et les antibiogrammes.. Par ailleurs il est nécessaire de former les médecins du centre Paul Faure a l'utilisation des antituberculeux de deuxième ligne. Il faut aussi prévoir l'achat des médicaments de deuxième ligne par le biais du GLC dans la continuité du round 6.

Lutte contre l'infection

Il est nécessaire de mettre en place les mesures de contrôle de l'infection recommandées par l'OMS surtout dans les unités de prise ne charge des patients co-infectés TB-VIH et des patients atteints de tuberculose multi résistante.

Les groupes de population vulnérable

Le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant n'est pas fait dans des conditions optimales car la tuberculine n'est pas disponible.

Suivi et évaluation

Il n'existe pas de système d'assurance de la qualité des données permettant de s'assurer que les données recueillies sont fiables, exactes, complètes, cohérentes et transmises à temps. Pour réaliser cela l'extension de l'informatisation du système d'information est nécessaire.

Renforcement du système de santé (APSR)

L'introduction de l'Approche Pratique en Santé Respiratoire (APSR) devrait améliorer : i) la prise en charge des affections respiratoires d'une manière intégrée et standardisée ; ii) le taux de détection de la tuberculose parmi les patients respiratoires. Cette approche permettra d'intégrer les mesures de prévention du tabagisme et le sevrage tabagique parmi les consultants respiratoires. Le tabac constitue un fléau à Djibouti avec une prévalence de 25.4% (EDIM 07).

La mise en oeuvre progressive du APSR permettra aussi une utilisation des ressources, humaines et matérielles, d'une manière plus efficace. Ceci améliorera le 'flux' des malades respiratoires dans le système de santé et contribuera à une réduction des coûts en diminuant les actes médicaux non-nécessaires.

Engagement de tous les prestataires de soins

Les prestataires de soins notamment ceux du secteur de santé de la sécurité sociale, qui couvre près du tiers de la population de Djibouti ne participent pas de manière systématique à la lutte contre la tuberculose. Le PNLT prévoit d'entreprendre des actions dans le cadre d'une approche public/public couplées à des actions dans le cadre d'une approche public/privé.

Plaidoyer, communication, mobilisation sociale

Il existe un manque de données sur la demande de soins antituberculeux, ce qui rend nécessaire l'évaluation du retard au diagnostic et au traitement, les connaissances sur la tuberculose des patients TB, le lieu initial de demande de soins (Public/Privé/Structures DOTS, autres) et la satisfaction des soins en vue de compléter l'analyse des causes du faible taux de détection des cas.

.Le PNLТ prévoit des activités de plaidoyer, communication et mobilisation sociale complémentaires de R6 en vue d'augmenter le degré de priorité accordé à la tuberculose, d'informer la population sur les signes de la maladie et l'accès aux soins antituberculeux, d'augmenter l'adhérence au traitement et de lutter contre la stigmatisation.

Approche communautaire

Le Round 6 a prévu des actions communautaires pour la détection des tousseurs chroniques et le dépistage chez les personnes contact avec envoi des malades suspects aux centres de santé; la recherche précoce des patients absents au traitement, le support nutritionnel aux malades hospitalisés et la sensibilisation de la communauté. Cependant, les lacunes et les potentiels suivants ont été identifiés lors de l'analyse de situation conduite avec le PNLТ et les partenaires communautaires :

- le renforcement des capacités des 6 agences d'encadrement
- Les infrastructures et les équipements ainsi que la capacité de formation et de suivi des 50 associations a base communautaire (ABC).
- Elaborer une politique nationale
- Edition et diffusion de guide de l'approche communautaire

En outre, le programme et ses partenaires communautaires ont identifié un potentiel pour mobiliser cinquante associations a base communautaire (ABC) pour des actions de causeries et conférences d'IEC (28 projets), des actions de plaidoyer en faveur de la mobilisation sociale (20 projets) ainsi que la formation et le soutien de 10 accompagnateurs psycho sociaux et 10 personnes chargées de l'identification des tousseurs chroniques et la mise en place de 5 projets communautaires sur la co-infection TB-VIH (IEC spécifique dans Djibouti ville)

De plus, il faudra continuer les activités de base suivantes initiées avec le 6e round:

- la formation/recyclage et la supervision régulière des techniciens de laboratoire
- L'acquisition des réactifs de laboratoire pour l'examen microscopique et les cultures
- La maintenance de l'équipement du réseau de laboratoires de la TB.
- L'acquisition des antituberculeux de première ligne et de deuxième ligne.
- Le test VIH disponible pour tous les patients tuberculeux et la prise en charge des patients co-infectés TB-VIH
- L'identification et la prise en charge des patients atteints de TB multi résistante
- Les activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale.

OPPORTUNITES

L'engagement politique en faveur de la lutte antituberculeuse est fort.

Le système associatif est développé avec une bonne expérience dans la lutte contre le SIDA et ceci constitue une opportunité pour bâtir des initiatives de lutte contre la tuberculose sur le système existant.

Le pays est petit avec une bonne accessibilité géographique

La politique du pays n'a pas de discrimination vis-à-vis des étrangers dans les soins.

Un bon nombre de partenaires pour le développement est implanté dans le pays.

Il existe une bonne couverture géographique par les structures de soins avec 100% de la population vivant à moins de 5 Km d'un centre de soins.

Il existe un corps de 100 agents de santé communautaire formés aux programmes de santé prioritaires.

MENACES

Les services médicaux des prisons sont peu développés et les malades tuberculeux ne sont pas isolés dans des conditions satisfaisantes. Il n'existe pas de système de dépistage systématique de la tuberculose et d'orientation pour le suivi des malades à la sortie de la prison.

Les réfugiés, migrants et nomades doivent bénéficier d'un accès équitable au diagnostic (accès au laboratoire), au traitement, à un suivi adéquat et à un soutien adaptés à leur condition particulière ainsi qu'à une information dans leur langue d'origine.

80% des patients traités au Centre Paul Faure sont des migrants des pays limitrophes (Ethiopie, Somaliland) ce qui favorise la défaillance au traitement.

Chez plus de 150 000 nomades, la discontinuité de la prise en charge et l'absence de suivi communautaire provoquent des abandons de traitement

L'urbanisation est non contrôlée avec forte promiscuité dans les nouveaux quartiers accueillant des populations étrangères.

La pauvreté de la population constitue aussi une menace pour la lutte contre la tuberculose.

Le pays est sujet à la sécheresse débouchant sur des malnutritions chroniques et les conditions climatiques sont très difficiles

Les conditions d'hygiène défectueuses provoquent des maladies épidémiques qui accroissent le fardeau sur le système de santé.

Il y a absence de financement national pérenne pour les composantes de base telles que l'acquisition des médicaments et des fournitures.

Depuis le mois de juin, les superviseurs (les deux superviseurs du DOTS et le superviseur du réseau national de laboratoires) sont suspendus de leur fonction par manque de moyens financiers pour payer leurs salaires. Ces superviseurs avaient une maîtrise remarquable des activités de lutte antituberculeuse dans les centres périphériques et assuraient un soutien permanent aux équipes de terrain. Le superviseur du réseau national de laboratoires avait réussi à mettre en place un système performant de contrôle de la qualité des examens microscopiques, un des meilleurs de la région de la méditerranée orientale.

Par ailleurs cette suspension des salaires a touché aussi l'assistante du programme qui assure un suivi administratif régulier des activités du programme et des communications entre le programme et les différents partenaires ; la comptable qui assure un suivi adéquat des finances et les procédures pour la mise en œuvre des activités inscrites dans les différents plans d'action de coopération avec les bailleurs de fonds ; et la responsable de suivi évaluation qui assurait de manière adéquate le suivi des activités du programme inscrites dans le cadre du plan d'action du fonds mondial.

La faiblesse du système de santé à Djibouti ne permet pas à ce dernier d'héberger les activités de lutte antituberculeuse de manière optimale.

Parmi les défis majeurs, c'est celui de mettre en œuvre des activités de lutte contre la tuberculose de qualité dans un contexte de manque en ressources humaines tant en quantité qu'en qualité, dans la mesure où, en plus d'un nombre de travailleurs de santé par unité de population inférieur à la norme, une proportion non négligeable de personnel de santé a un niveau d'alphabétisation sous optimal, ce qui se répercute négativement sur les efforts de formation et de supervision. Cette situation est aggravée par le fait que les médecins sont peu impliqués dans les activités de lutte antituberculeuse notamment, ceux du secteur public pour la supervision et l'encadrement du personnel paramédical impliqué dans les activités de lutte.

Le phénomène de résistance aux innovations est perçu dans les Centres de Diagnostic et de Traitement nouvellement créés dans le cadre du processus de décentralisation des activités de lutte antituberculeuse. Des efforts de plaidoyer sont nécessaires pour motiver le personnel de santé de ces centres à faire des activités de lutte antituberculeuse une composante naturelle de leur exercice quotidien.

L'intégration du diagnostic microscopique de la tuberculose dans les laboratoires polyvalents des centres de santé communautaires n'est pas suivie en conséquence par le renforcement des ressources humaines dans ces laboratoires et la plupart des techniciens de laboratoire sont surchargés d'activités.

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est en train d'être mis en place et a permis d'avoir des données pour l'année 2007. Les données sur les consultants généraux, les consultants pour maladies respiratoires et ceux pour maladies respiratoires chroniques sont essentielles pour une évaluation optimale des activités

de dépistage de la tuberculose. Ce système qui est à ses débuts est appelé naturellement à être renforcé.

VISION

Djibouti est indemne de tuberculose

BUT

Le but principal du plan stratégique est d'atteindre les objectifs du millénaire en assurant un accès universel à la prévention et des soins antituberculeux de qualité. Il vise à réduire les décès, la morbidité et la transmission en rapport avec la maladie tuberculeuse et à protéger les populations vulnérables de la tuberculose et de ses formes multi résistantes. Il vise également à réduire la souffrance humaine et le fardeau socioéconomique imposé par la maladie aux familles et aux communautés. Pour atteindre cela il est nécessaire d'optimiser l'utilisation des outils existants et d'introduire des nouvelles technologies notamment celles en relation avec un diagnostic rapide.

OBJECTIFS

1. Poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité,
2. Lutter contre la co infection TB/VIH, contre la TB MDR et s'attaquer à d'autres défis
3. Contribuer au renforcement du système de santé
4. Engager tous les prestataires de soins
5. Habilitier les patients et la communauté
6. Favoriser et promouvoir la recherche.

CIBLES

Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de prévalence de la tuberculose (impact)					775/100000
Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive notifiés (effet)	1493	1590	1,690	1,801	1,925
Taux de réussite du traitement : Nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive (effet)	>85%	>85%	>85%	>85%	>85%

Indicateurs d'output	2011 S1	2011	2012 S1	2012	2013	2014	2015
----------------------	---------	------	---------	------	------	------	------

Nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive détectés chez les nomades.	350	700	350	700	700	700	700
Nombre d'examens de dépistage de la tuberculose chez les prisonniers	400	800	400	800	800	800	800
Nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive détectés chez les réfugiés.	35	70	35	70	70	70	70
Nombre de suspects examinés par microscopie	7465	14930	7950	15900	16900	18010	19250
Pourcentage d'absents au traitement relancés par les agents communautaires parmi les malades absents au traitement identifiés	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive détectés	747	1,493	795	1,590	1,690	1,801	747
Nombre et proportion de CDTs appliquant les procédures de contrôle de qualité externe de la microscopie selon les	16 (100%)						

procédures internationales							
Nombre de personnels (médical, paramédical et microscopistes) formés et recyclés à la stratégie DOTS	20	36		56	106	56	56
pourcentage de la population qui sait qu'une toux chronique peut être un signe de tuberculose							90%
Proportion de patients TB enregistrés qui reçoivent un conseil et un dépistage du VIH	79%	80%	85%	90%	90%	90%	90%
Nombre et pourcentage de patients TB à VIH positif qui reçoivent un traitement préventif par le cotrimoxazole.	157 (95%)	318 (95%)	183 (95%)	388 (95%)	422 (95%)	457 (95%)	496 (95%)
Nombre et pourcentage de patients TB à VIH positif qui reçoivent un traitement antirétroviral.	83 (50%)	201 (60%)	135 (70%)	327 (80%)	378 (85%)	433 (90%)	496 (95%)
Nombre et % de patients (nouveaux et retraitement) qui ont reçu un test de susceptibilité aux antituberculeux (DST) pour diagnostic de	77 70% (77/110)	165 75% (165/220)	88 80% (88/110)	187 85% (187/220)	198 90% (198/220)	209 95% (209/220)	209 95% (209/220)

MDR							
-----	--	--	--	--	--	--	--

OBJECTIFS SPECIFIQUES ET STRATEGIES

OBJECTIF 1 : Poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité

STRATEGIE 1.1 : Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne.

La priorité la plus élevée doit être accordée à la tuberculose dans les programmes de santé et de développement du gouvernement.

Intervention 1.1.1 Concrétiser le principe de la gratuité des actes relatifs au dépistage et au traitement.

Le PNLT fera le plaidoyer pour instituer par une loi la gratuité des examens radiologiques pour le dépistage de la tuberculose (après un examen de crachats négatif), permettant notamment aux populations indigentes, aux migrants, aux réfugiés, aux prisonniers, aux enfants et aux personnes vivant avec le VIH d'en bénéficier.

Afin de promouvoir la rationalisation de la demande des examens radiologiques, ceux-ci doivent être demandés uniquement chez les patients chez qui l'examen des crachats est négatif. Les ressources financières de Djibouti ne permettent pas un recours systématique à la radiologie comme filtre pour les examens microscopiques ou comme procédure systématique chez les suspects de tuberculose ou chez les personnes vivant avec le VIH.

Activité 1.1.1.1 : Atelier de réflexion avec les acteurs de lutte contre la TB, le MSP et le parlement pour élaborer une loi sur la gratuité des actes de dépistage et de traitement de la tuberculose notamment les examens radiologiques. 40 personnes pour un jour. 2011

Intervention 1.1.2 Réglementer les maladies transmissibles

Élaborer une loi sur les maladies transmissibles régissant les droits et les devoirs des malades, les mesures à prendre en cas de refus du traitement ou de l'hospitalisation, la déclaration obligatoire, l'interdiction de la vente des médicaments antituberculeux dans les officines privées.

Activité1.1.2.1 Atelier de réflexion avec les acteurs de lutte contre la TB, le MSP et le parlement pour élaborer une loi sur les maladies transmissibles régissant les droits et les devoirs des malades, les mesures à prendre en cas de refus du traitement ou de l'hospitalisation, la déclaration obligatoire, l'interdiction de la vente des médicaments antituberculeux dans les officines privées. 40 personnes pour un jour en 2011.

Intervention 1.1.3 Mettre en place un partenariat Halte à la tuberculose au niveau national et l'étendre au niveau régional pour assurer un engagement politique soutenu et durable, assurer une mobilisation des fonds nécessaires pour une lutte antituberculeuse optimale et faire bénéficier le programme de l'appui technique nécessaire. Assurer une coordination efficace entre les partenaires à partir du Groupe des Partenaires de la Santé existant.

Le partenariat sera mis en place en différentes étapes. La première étape est l'étape exploratoire et elle consiste à réunir les partenaires dans un atelier pour obtenir une vision commune avec une valeur ajoutée claire de chaque partenaire ; un noyau de partenaires intéressés qui se chargeront par la suite de mobiliser un groupe plus élargi de partenaires ; et une situation claire des ressources que chaque partenaire est susceptible de mobiliser dans le cadre du partenariat.

La deuxième étape est l'étape de constitution du partenariat durant laquelle les partenaires préparent conjointement un plan opérationnel, obtiennent un consensus sur les termes de référence du partenariat et désignent une structure de gouvernance. A ce moment le partenariat sera lancé de manière formelle.

La troisième étape sera l'étape de maintenance au cours de laquelle les activités proprement dites du partenariat seront mises en œuvre, un système de suivi évaluation est mis en place et une revue du processus sera effectuée. Si la revue du processus est concluante le partenariat sera institutionnalisé pour garantir sa pérennité.

Activité1.1.3.1 : Organiser un atelier national dans le cadre de l'étape exploratoire de mise en place du partenariat national. 40 personnes pour un jour en 2011.

Activité1.1.3. 2 : Atelier de lancement du partenariat national. 40 personnes pour un jour en 2011.

Activité1.1.3. 3 : Atelier d'évaluation du partenariat national. 40 personnes pour un jour en 2011.

STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.

Intervention 1.2.1 Maintenir les activités de microscopie de la tuberculose en continuant à acquérir les réactifs de laboratoire et les équipements nécessaires et en renforçant la logistique de transport des crachats,

Activité1.2.1.1 Renouvellement de 20 microscopes Olympus CX-21 pour contrôle de qualité au LNR et pour les laboratoires périphériques

Les microscopes acquis en 2007 doivent être renouvelés après 6 ans d'utilisation à cause de conditions d'utilisation difficiles (poussière, chaleur et humidité).

Activité1.2.1.2 Acquérir trois microscopes à fluorescence LED system pour le laboratoire du centre Paul Faure et pour 2 labos à niveau d'activité élevé (CDT de Arhiba et Balbala 2)

Activité1.2.1.3 Acquérir 16 kits de petit équipement : Ces kits comprennent la verrerie et tout le petit matériel de laboratoire nécessaire pour la réalisation des examens microscopiques. Ce matériel qui est fragile doit être renouvelé assez souvent.

Activité1.2.1.4 Acquérir les réactifs et consommables de laboratoire pour l'examen microscopique (Kits de 1000 examens): 50 kits en 2011, puis 70 kits de 2012 à 2015

Activité1.2.1.5 Achat de pots à crachats : 50 000 en 2011, puis 70 000 de 2012 à 2015

Activité1.2.1.6 Maintenance annuelle des 16 laboratoires de microscopie TB

Intervention 1.2.2 Mettre en place les activités de culture et d'antibiogramme

La réalisation des antibiogrammes fera appel à la culture en milieu liquide et au LPA pour raccourcir les délais d'obtention et nécessitera un niveau de sécurité BSL-3. Les tests d'identification rapide des espèces de mycobactéries seront introduits.

Activité 1.2.2.1 Acquérir les réactifs pour cultures: 3000 cultures en 2011 et 3200 cultures de 2012 à 2015

Activité 1.2.2.2 Acquérir les réactifs d'antibiogramme): 75 antibiogrammes en 2011 et 275 antibiogrammes par an de 2012 à 2015.

La culture et l'antibiogramme sont prévus chez les cas de retraitement (rechutes, traitement après interruption et traitement après échec), le suivi du traitement des cas de tuberculose multi résistante et les contacts des malades à tuberculose multi résistante. Par ailleurs les cas avec des arguments de présomption en faveur d'une tuberculose alors qu'ils sont à microscopie négative bénéficient de cultures

200 cultures et antibiogrammes sont fournis de AN3-An5 du R6 soit pendant AN1 du Round 10.

Pour le diagnostic, le PNLT prévoit environ 225 cas de retraitement par an et environ 25 contacts de TB-MR (5% de 10 personnes contact x 50 malades MDR).

Pour le diagnostic des cas de tuberculose résistante on doit effectuer 2 cultures x 250 malades = 500 cultures.

Pour le diagnostic par culture des cas suspects de tuberculose mais à microscopie négative on prévoit 850 cas x 2 = 1700 cultures pour le diagnostic.

Le nombre d'antibiogrammes est de 250 (soit un antibiogramme par malade pour le diagnostic).

Pour le suivi du traitement des malades multi résistants 1000 cultures sont prévues (10 fois 2 prélèvements par malade pour 50 malades par an) et 25 antibiogrammes pour environ 25 malades positifs à 3 mois parmi la cohorte de 50 malades multi résistants).

Activité 1.2.2.3 Mise à niveau (BSL-3) du laboratoire national de référence de la tuberculose (LNR) du Centre Paul Faure au niveau de bio sécurité pour culture et antibiogramme

Activité 1.2.2.4 Frais de fonctionnement du laboratoire BSL3: personnel de maintenance, eau, électricité

Activité 1.2.2.5 Maintenance du LNR: contrôles de certification standards annuels et changement des filtres HEPA si nécessaire

Intervention 1.2.3 Mettre en place un système global d'assurance de la qualité des examens de laboratoire en assurant la pérennité du système de contrôle de la qualité des examens microscopiques et en assurant le lien du LNR avec le LSNR avec contrôle externe de qualité des cultures et des antibiogrammes.

Le personnel du laboratoire national de référence a été formé en 2007 par un expert en laboratoires recruté par le projet TB CAP de l'USAID géré par l'OMS pour servir de formateur. Le personnel du laboratoire national de référence animera des séminaires de formation/recyclage annuels

Activité 1.2.3.1 Séminaire de recyclage annuel des techniciens de laboratoire par le staff du LNR: 5 jours x 32 personnes par an

Les séminaires seront animés par le personnel du laboratoire national de référence et les superviseurs nationaux du réseau de laboratoires pour la tuberculose. Sur les 46 microscopistes 26 personnes seront formées pendant l'année 1 en complément des 20 déjà prévus dans la proposition du Round 6.

Activité 1.2.3.2 Assurer les activités de supervision du réseau de laboratoires (voir rubrique supervision)

Intervention 1.2.4 Renforcer les capacités d'examen radiologique.

Les CDT seront dotés des moyens de radiologie pour en faire bénéficier gratuitement les malades (TPM-, Enfants, VIH+).

En vue de pallier aux risques de radiation par les rayons X on prévoit le plombage des salles de radio au niveau des deux CDT en dehors du Centre Paul Faure qui dispose déjà d'une salle plombée pour la radiologie.

Un système d'assurance de la qualité de la radiologie sera mis en place.

Activité 1.2.4.1: Acquérir 4 appareils de radiologie : 1 appareil de radiologie en renouvellement pour le centre de référence Paul Faure, 1 pour Hôpital de Balbala (Djibouti ville) et 2 appareils de radiologie pour 2 CDT des districts de l'intérieur;

Activité 1.2.4.2 Plombage des salles de radio des CDT : 2 salles,

Activité 1.2.4.3 Formation des médecins des CDT sur la radiologie pulmonaire, 30 médecins, 2j; AN1 et AN3

Afin de garantir la qualité de la lecture et interprétation des images radiologiques, tous les médecins des CDT seront formés sur la radiologie pulmonaire y compris ceux qui travaillent dans des CDT ne disposant pas d'appareil de radio car ils seront amenés à lire des clichés radiologiques et à les interpréter.;

Activité 1.2.4.4 Supervision formative par un clinicien et un technicien de radio, 1/trimestre/an, 9j (1j par District (6) et djibouti 3j)

Activité 1.2.4.5 Acquisition de films radiologiques chez les TPM- 1000/mois, de 2012 à 2015

Les besoins sont sur la base d'une estimation de 915 TPM- par an (35% des cas de tuberculose pulmonaire), sachant que les 1700 cas de TPM+ correspondent à 65% des cas de tuberculose pulmonaire. Pour ces 915 cas TPM- le nombre de suspect à examiner est estimé à 10000. Pour ces 10000 suspects 10000 clichés sont nécessaires. On prévoit également 20% entre pertes et examens refaits. Au total 12000 clichés par an sont nécessaires soit 1000 clichés par mois.

Activité 1.2.4.6 Acquisition de produits de développement (révélateur et fixateur) chez les TPM- de 2012 à 2015

Pour les 12000 clichés prévus dans l'activité 1.1.15 on prévoit l'acquisition de 15 litres de liquide de développement par an

Activité 1.2.4.7 Maintenance des appareils de radiographie

Activité 1.2.4.8 Acquisition d'une unité mobile de radiologie pour le diagnostic de la tuberculose dans la prison, chez les nomades et chez les réfugiés

STRATEGIE 1.3 Assurer le traitement standardisé et supervisé des cas, accompagné d'un soutien au patient

Intervention 1.3.1 Assurer un appui alimentaire aux patients TB

Afin d'éviter l'afflux des malades vers le centre Paul Faure, on fera bénéficier les patients à microscopie positive des autres CDT d'une ration sèche d'aliments tout au long de leur traitement. Ceci permettra à ces patients de trouver la motivation nécessaire pour suivre les soins dans le CDT le plus proche de leur lieu de résidence. La même ration doit être accordée aux malades du centre Paul Faure suivis en ambulatoire pour accroître leur motivation à poursuivre régulièrement leur traitement.

Activité 1.3.1.1 Appui alimentaire sous forme de ration cuite, aux patients TPM+ hospitalisés, CPF, 5 CMH, et CDT de Dorra de Dorra,

Activité 1.3.1.2 Appui alimentaire aux patients TB en traitement ambulatoire sous forme de rations sèches pour toute la durée du traitement

Tous les patients TPM+ bénéficieront d'une ration sèche tout au long de leur traitement (correspondant à la moitié de la ration donnée aux hospitalisés). Ceci permettra aux patients vulnérables –y compris les nomades- d'éliminer les barrières à l'accès aux services de santé pour un dépistage précoce et une adhésion optimale aux soins dans le CDT plus proche.

Une alimentation équilibrée et riche en micronutriments permettra aussi la récupération de la malnutrition qui souvent accompagne la maladie ainsi qu'une récupération à la vie active plus rapide, comme recommandé par l'OMS. Cet appui alimentaire touchera aussi les malades TPM+ du camp de réfugiés.

Intervention 1.3.2 Réorganiser le centre Paul Faure pour améliorer le suivi des patients sous traitement

Le service social du centre Paul Faure sera renforcé par le recrutement de deux assistants sociaux. Ces assistants sociaux seront chargés de fournir le soutien nécessaire aux patients sous traitement pour un accès aisé à l'enceinte de l'hôpital et pour un suivi régulier de leur traitement. Ils utiliseront les motos acquises dans le cadre du Round 6 pour relancer les malades absents au traitement dont l'adresse

détaillée et le numéro de téléphone auront été notés au préalable sur la fiche de traitement.

Une ligne téléphonique fixe sera installée au service social du centre Paul Faure pour les appels vers les numéros des malades ou de membres de leur entourage.

Le circuit des soins au centre Paul Faure sera réorganisé en aménageant une entrée indépendante pour les malades TB (fast track)

Les malades seront ainsi admis sans conditions administratives contraignantes dans le service DOTS du centre Paul Faure.

Activité 1.3.2.1 Recruter deux assistants sociaux au Centre Paul Faure

Activité 1.3.2.2 Aménager une entrée indépendante pour les malades TB au Centre Paul Faure

Activité 1.3.2.3 Installer une ligne téléphonique fixe sera au service social du centre Paul Faure

STRATEGIE 1.4 Mettre en place un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments

Intervention 1.4.1 Assurer un approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux à travers le GDF en vue de disposer de médicaments de qualité à des prix réduits.

Activité 1.4.1.1 Acquisition de médicaments de première ligne en fonction du nombre de malades enregistrés et du stock disponible

Intervention 1.4.2 Améliorer la gestion des médicaments antituberculeux

Les agents DOTS qui sont chargés de l'administration et du suivi du traitement antituberculeux seront formés à la gestion des médicaments. Cette formation sera basée sur le module de formation à la stratégie DOTS du PNLT qui comporte une section sur la gestion des médicaments et sur les fiches de commande trimestrielles des médicaments antituberculeux faisant partie des supports de recueil des données du PNLT. La formation sera assurée d'une part par l'équipe du PNLT pour les aspects spécifiques à la lutte contre la tuberculose (calcul des besoins selon les données épidémiologiques en utilisant les coefficients du GDF avec utilisation correcte de la fiche de commande trimestrielle) et d'autre part par le responsable de la pharmacie du PNLT (qui a participé au cours du GDF sur la gestion des médicaments antituberculeux) ainsi que la Direction du Médicament et de la Pharmacie pour les aspects généraux de la gestion des médicaments (conditions de conservation des médicaments, distribution des médicaments selon la date de péremption, utilisation des fiches de stock, calculs des entrées, sorties et stocks).

Activité 1.4.2.1 Formation et recyclage des agents DOTS des CDT sur la gestion des médicaments, 2 agents x 16 CDTs. 2 jours; formation en 2011 et recyclage en 2013.

STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact

Intervention 1.5.1 Maintenir et renforcer la supervision.

La supervision ciblera les agents de santé pour les encadrer dans la mise en œuvre des directives du PNL. Elle ciblera aussi les travailleurs communautaires, qui nécessitent un appui de la part de l'équipe du PNL. Le superviseur national des laboratoires fera partie de l'équipe de supervision. Il supervisera les laboratoires et recueillera une fois par trimestre les lames pour relecture.

Activité 1.5.1.1 Sortie de supervision par le PLT central 2j, une fois par mois dans 10 Centres de Santé Communautaires de Djibouti et travailleurs communautaires

Activité 1.5.1.2 Sortie de supervision par le PLT central 5 personnes dans les 5 Centre Medico Hospitaliers de district une fois par trimestre

Activité 1.5.1.3 Sortie de supervision par les CMH de district vers les CDT/CTDO ruraux de district et les postes de santé ruraux et travailleurs communautaires 2j, 2 pers, une fois par mois

Intervention 1.5.2 Informatiser le système de recueil de données

Actuellement seule l'unité centrale du PNL a informatisé les données de surveillance et de monitoring par le biais du logiciel Epilat. Il est prévu d'étendre l'informatisation à tous les CDT ce qui permettra de mettre en place un système nominal d'enregistrement, de suivi et de notification des cas de tuberculose. Le logiciel gratuit mis au point par l'OMS sera utilisé. Une assistance technique permettra de réaliser cette activité. Un consultant assurera la formation des agents DOTS des CDT à l'utilisation du système d'information informatisé.

Activité 1.5.2.1 Assistance technique pour la mise en place du système.

Activité 1.5.2.2 Former les agents de santé à l'utilisation du système.

Activité 1.5.2.3 Doter les régions du matériel informatique nécessaire. Acquisition d'unités informatiques PC complets, 16 CDT, connexion internet

Intervention 1.5.3 Procéder a des évaluations périodiques du programme

Activité 1.5.3.1 Séminaire annuel sur la gestion et l'évaluation du programme, 20 pers, 2j

Activité 1.5.3.2 Impressions des supports d'information du programme y compris les outils de gestion des médicaments

Activité 1.5.3.3 Achat d'un véhicule en 2011 et renouvellement véhicule supervision 4*4, 2013

Intervention 1.5.4 Renforcer la surveillance épidémiologique et la mesure de la situation épidémiologique

Activité 1.5.4.1 Procéder à une analyse épidémiologique au niveau national et par région en étudiant l'évolution de la situation épidémiologique selon l'âge et le sexe et dans des groupes particuliers.

Activité 1.5.4.2 Introduire un système de contrôle de la qualité des données

OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : LUTTER CONTRE LA CO-INFECTION TB-VIH, CONTRE LA TB-MR ET S'ATTAQUER À D'AUTRES DÉFIS

STRATEGIE 2.1 : Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH

Les activités consisteront à renforcer les 3Is par l'introduction du traitement préventif par l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH après avoir éliminé une tuberculose maladie chez eux ; l'intensification du dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH avec élaboration d'un questionnaire sur les signes et les symptômes de tuberculose à rechercher systématiquement chez ces personnes et formation des acteurs de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH sur le diagnostic de la tuberculose ; et à mettre en place des mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse dans les locaux fréquentés par les personnes vivant avec le VIH.

En continuité des actions déjà mises en place, des activités viseront à continuer et à renforcer le dépistage et conseils sur le VIH chez les patients atteints de tuberculose et la prise en charge adéquate des patients co-infectés ;

Les activités de collaboration et de coordination entre les deux programmes seront poursuivies et permettront notamment et entre autres d'assurer la logistique pour la mise à la disposition du PNLT des tests de diagnostic, du cotimoxazole et des ARVs par le programme SIDA ; et la mise à la disposition du Programme SIDA de la tuberculine et de l'isoniazide par le PNLT.

Intervention 2.1.1. Mettre en place des mécanismes de collaboration

Le comité TB/VIH déjà constitué se chargera de la validation des nouvelles politiques et stratégies et de l'opérationnalisation des nouvelles stratégies par une planification conjointe entre les deux programmes TB et VIH.

Activité 2.1.1.1 Planifier conjointement entre les deux programmes spécifiques les activités de collaboration TB/VIH à mener au niveau national.

Activité 2.1.1.2 Réunions trimestrielles du comité de coordination entre les deux programmes TB et VIH SIDA : 15 membres; 1j par trimestre

En plus de la réunion hebdomadaire des membres du comité de coordination du Programme TB et du Programme de lutte contre le VIH-Sida, des réunions trimestrielles de validation des nouvelles politiques et stratégies et de l'opérationnalisation des nouvelles stratégies se tiendront une fois par trimestre en continuité du Round 6.

Intervention 2.1.2. Intensifier le dépistage des cas de tuberculose et alléger la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS)

Activité 2.1.2.1 Atelier de validation d'un questionnaire pour le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH; Atelier de 10pers, 1j

Activité 2.1.2.2 Atelier de validation d'un protocole sur le traitement préventif des patients VIH+ infectés par la tuberculose mais non malades; Atelier de 10pers, 1j,

Activité 2.1.2.3 Mettre en place des actions de lutte contre l'infection tuberculeuse au niveau des structures de prise en charge du VIH (voir partie correspondante au niveau de la stratégie sur la lutte contre l'infection)

Activité 2.1.2.4 Formation sur le dépistage et le diagnostic de la TB des acteurs de la prise en charge du VIH SIDA, 80 pers, 1j, 2011; et recyclage en 2012

Dans le cadre du Round 6 les acteurs de la prise en charge du VIH SIDA ont été sensibilisés sur la nécessité de la recherche des symptômes de tuberculose chez tous les clients des structures de conseil et dépistage volontaire et des structures de traitement et de soins aux personnes vivant avec le VIH. Une formation sur le diagnostic de la tuberculose sera assurée au même groupe cible.

Intervention 2.1.3. Alléger la charge du VIH chez les patients atteints de tuberculose

La vidéo de sensibilisation des patients des CDT sur le dépistage volontaire du VIH sera diffusée dans les salles d'attentes des services de traitement de la tuberculose et servira à sensibiliser les malades atteints de tuberculose sur la nécessité et les avantages du test VIH, ce qui permettra de faciliter le conseil pré test et l'acceptation du test.

A l'instar de la vidéo de sensibilisation une boîte à images servira à sensibiliser, dans les salles d'attente des services DOTS, les malades atteints de tuberculose sur la nécessité et les avantages du test VIH, ce qui permettra de faciliter le conseil pré test et l'acceptation du test.

Un guide de prise en charge de la co-infection TB-VIH sera élaboré en complément du guide technique du PNT et servira de référence technique et opérationnelle pour la prise en charge de la co-infection TB/VIH.

La surveillance sentinelle annuelle sera poursuivie,

Activité 2.1.3.1 Diffusion régulière de la vidéo de sensibilisation des patients des CDT sur le dépistage volontaire du VIH avec acquisition d'équipement audio visuel (Télévision et lecteur DVD) pour séance d'éducation sanitaire aux patients: renouvellement dans les 16 CDT (Centre Paul Faure, 10 CSC de Djibouti ville et 5 CMH de district), 2013.

Activité 2.1.3.2 Elaboration et diffusion d'un guide de prise en charge de la co-infection TB-VIH en 2011.

Ce guide sera élaboré en complément du guide technique du PNT et servira de référence technique et opérationnelle pour la prise en charge de la co-infection TB/VIH..

Activité 2.1.3.3 Elaboration d'une boîte à images sur la nécessité du test VIH chez les patients TB destinée aux malades TB fréquentant les CDT en 2011.

A l'instar de la vidéo de sensibilisation cette boîte à images servira à sensibiliser, dans les salles d'attentes des services DOTS, les malades atteints de tuberculose sur la nécessité et les avantages du test VIH, ce qui permettra de faciliter le conseil pré test et l'acceptation du test. Un consultant national sera recruté pour un mois pour la production.

Les masques de protection individuelle, les médicaments antituberculeux et les médicaments pour le traitement de la coïnfection sont programmés avec quota du PNLT dans les DPS correspondants dans cette proposition. Pour la lutte contre l'infection les personnels seront formés avec ceux prévus dans le DPS sur la prise en charge de la tuberculose multi résistante. Le plan national de lutte contre l'infection sera global et intégrera les structures de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Activité 2.1.3.4 Etude de Surveillance sentinelle annuelle du VIH chez les malades TB

Cette activité est entreprise et financée chaque année par le Programme SIDA dans le cadre de la surveillance sentinelle annuelle.

Activité 2.1.3.5 consommables pour les tests VIH pour 5000 patients testés par an

Les tests sont acquis par le Programme SIDA

Activité 2.1.3.6 Acquisition des antiretroviraux

Les ARVs sont acquis par le Programme SIDA

Activité 2.1.3.7 Acquisition du cotrimoxazole

Le cotrimoxazole est acquis par le Programme SIDA

STRATEGIE 2.2 : lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants

Intervention 2.2.1 Mesures de lutte contre l'infection

Après la formation effectuée en 2009 dans le cadre d'une assistance technique de l'OMS /TBCAP, une autre assistante technique est prévue pour l'élaboration et la mise en place d'un plan national de lutte contre l'infection.

Des mesures administratives seront définies : plan de lutte contre l'infection dans le service de prise en charge des malades multi résistants : sur l'isolement des malades, respect du genre et du statut bactériologique et de résistance, éducation du personnel, procédures à suivre

La formation et le recyclage du personnel, la dotation en équipement de protection individuelle et l'aménagement des locaux pour améliorer la ventilation sont aussi prévues.

Les salles d'hospitalisation du centre Paul Faure seront équipées de ventilateurs muraux permettant d'extraire l'air vers l'extérieur en plus de la ventilation naturelle qui a été assurée dans le cadre de la rénovation des locaux effectuée sur les fonds de l'AFD en 2008.

Des masques de protection N95 ou FP2 seront disponibles pour le personnel de santé prenant en charge les cas de tuberculose multi résistante pour assurer la continuité avec le projet TBCAP/USAID/OMS qui a financé l'acquisition des masques en 2009.

Pour les malades les masques chirurgicaux seront utilisés notamment lors du déplacement de ces malades dans les autres services de l'hôpital (radiologie...).pour assurer la continuité avec le projet TBCAP/USAID/OMS qui a financé l'acquisition des masques en 2009.

Activité 2.2.1.1 Assistance technique pour évaluation et formation concernant les mesures de lutte contre l'infection: administratives, environnementales et individuelles, 15j, 2012

Une première formation a été effectuée en 2009 dans le cadre d'une assistance technique de l'OMS /TBCAP/USAID pour élaborer un plan de lutte contre l'infection dans le Centre Paul Faure et assurer la formation du personnel. Une autre assistance technique est prévue en 2010 pour élaborer un plan national de lutte contre l'infection. Au cours du round 10, une assistante technique est prévue lors de

l'année 2 pour évaluer les mesures de lutte contre l'infection existantes, mettre à jour le plan national de lutte contre l'infection et assurer la formation du nouveau personnel et le recyclage du personnel déjà formé..

Activité 2.2.1.2 Formation et recyclage des personnels sur les mesures de lutte contre l'infection 30 pers, 2jours, en 2012

Les acteurs de la prise en charge du VIH dans des structures exposées à la transmission nosocomiale de la tuberculose bénéficieront également de cette formation. Il en est de même des agents du service médical de la prison et du service médical du camp des réfugiés.

Activité 2.2.1.3 Aménagement des salles d'hospitalisation des patients MDR pour la ventilation: contrôle de l'aération et ventilateurs en 2011

Activité 2.2.1.4 Aménagement de l'aération de la salle d'attente du centre Paul Faure et des salles d'attente des structures de prise en charge des patients vivant avec le VIH en 2011

Les salles seront équipées de ventilateurs muraux permettant d'extraire l'air vers l'extérieur en plus de la ventilation naturelle qui a été assurée dans le cadre de la rénovation des locaux effectuée sur les fonds de l'AFD en 2008.

La rénovation des salles des structures prenant en charge le VIH est financée par le programme SIDA.

Activité 2.2.1.5 Achats de masque de protection personnelle N95 ou FP2,

Des masques de protection N95 ou FP2 seront disponibles pour le personnel de santé prenant en charge les cas de tuberculose multi résistante pour assurer la continuité avec le projet TBCAP/USAID/OMS qui financera l'acquisition des masques en 2009.

Pour les malades les masques chirurgicaux seront utilisés notamment lors du déplacement de ces malades dans les autres services de l'hôpital (radiologie...).

Activité 2.2.1.6 Achats de masques pour les malades,

Intervention 2.2.2 Formation et recyclage du personnel médical et paramédical du Centre Paul Faure à la prise en charge de la tuberculose multi résistante

Une formation a été effectuée en 2009 sur les fonds de l'OMS/TBCAP. Une formation des médecins et des paramédicaux nouvellement recrutés et un recyclage de ceux déjà en place sera assurée périodiquement

Activité 2.2.2.1 Finaliser le protocole national de prise en charge des MDR

Activité 2.2.2.2 Elaborer le matériel de formation des médecins et des paramédicaux

Activité 2.2.2.3 Formation des médecins du CPF à la prise en charge de la TB MR 5 médecins, 6j, en 2012

Activité 2.2.2.4 Formation des paramédicaux du CPF à la prise en charge de la TB MR 10 paramédicaux, 2j, en 2012

Activité 2.2.2.5 Assistance technique internationale pour la formation du personnel médical et paramédical à la prise en charge de la TB MR, 7j en 2012.

Intervention 2.2.3 Acquisition des médicaments antituberculeux de deuxième ligne pour le traitement des cas multi résistants

Activité 2.2.3.1 Acquérir les antituberculeux de deuxième ligne pour 50 patients TB MR par an

Activité 2.2.3.2 Soutien au GLC, \$50000 par an

Intervention 2.2.4 mettre en place un système de surveillance de la résistance aux antituberculeux selon le protocole de l’OMS.

Activité 2.2.4.1. Elaborer le protocole et les fiches d’enquête

Activité 2.2.4.2. Mener une enquête nationale

Activité 2.2.4.3. Mettre en place un système de surveillance national 4 mois par an à partir de 2012

Intervention 2.2.5 Assurer le suivi évaluation des activités de prise en charge de la tuberculose multi résistante

Activité 2.2.5.1. Finaliser le système de recueil de données existant et l’appliquer

Intervention 2.2.6 Mesures incitatives à base de rations alimentaires pour les patients multi résistants pour l’adhésion au traitement

Activité 2.2.6.1 Soutien alimentaire aux patients multi résistants

Cette activité est financée dans le cadre de l’activité correspondante ciblant les malades hospitalisés et les malades à microscopie positive.

STRATEGIE 2.3 : Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts

Intervention 2.3.1 renforcer la lutte contre la tuberculose dans les prisons

Vu le nombre relativement réduit de prisonniers et le haut risque de cette population de contracter l’infection par le VIH, les interventions seront plus rentables si elles intègrent la tuberculose et le VIH. Les actions consisteront en ce qui suit :

- La signature d’une convention entre les services des prisons et le ministère de la santé pour les programmes tuberculose et VIH

- La création d'un groupe de travail national sur la prison
- L'élaboration par le groupe de travail d'une stratégie nationale de lutte contre la tuberculose et le VIH en prison
- L'élaboration de plans d'action annuels d'opérationnalisation de la stratégie nationale
- La mise au point d'un questionnaire pour le dépistage de la tuberculose à l'entrée en prison et de manière périodique, ce dépistage actif est couplé au dépistage passif chez les personnes qui signalent des symptômes
- La mise en place de mesures de lutte contre l'infection par l'aménagement d'un local d'isolement des patients avec tuberculose et d'un local de quarantaine pour les nouveaux admis (en attente du résultat de l'examen initial), répondant aux exigences du contrôle de l'infection avec un système d'aération naturelle et mécanique efficace ; par la mise au point d'un plan de contrôle de l'infection dans la prison ; et par la mise à la disposition de l'infirmier responsable de la lutte contre la tuberculose des masques de protection individuelle acquis par le PNLT
- La mise au point d'un système de référence permettant la continuité de la prise en charge à la sortie de prison en impliquant la famille, les amis, la société civile et les représentants de la communauté le tout dans un contexte de collaboration et de coordination entre le service médical de la prison et le PNLT
- La mise en place d'un système de recueil des données (registre des suspects, fiches de demande des examens de crachats, registre des contacts, registre des cas référés à la sortie de prison, fiche de référence transfert
- L'élaboration d'un manuel de procédures standard pour la prise en charge de la tuberculose en prison. Le manuel des procédures inclura toutes les procédures et le rôle de chaque staff depuis l'admission du prisonnier jusqu'à sa libération après avoir été diagnostiqué avec tuberculose. Les modalités de la référence, les procédures de contrôle de l'infection, les procédures du dépistage et du traitement ainsi que le recueil des données feront partie du manuel.
- L'intégration de la formation de l'agent responsable des cas de tuberculose dans les formations DOTS et les formations sur la coinfection programmées par le PNLT
- La mise à la disposition de la prison d'un appareil radio mobile qui sera aussi utilisé à d'autres fins, en vue du diagnostic des cas de tuberculose à microscopie négative
- La mise en place d'activités de conseil et de dépistage de l'infection VIH chez tous les prisonniers y compris les patients atteints de tuberculose
- L'administration sous observation directe des médicaments antituberculeux ainsi que les antirétroviraux et le cotrimoxazole chez les patients coinfectés
- La réalisation systématique d'antibiogrammes chez tous les patients diagnostiqués avec tuberculose et la prise en charge des malades MDR selon le protocole national.
- La conception et mise en œuvre d'un programme éducationnel dans la prison ciblant les détenus ainsi que leurs familles et leurs amis

Activité 2.3.1.1 Aménagement d'un local pour l'isolement des malades avec système de ventilation naturelle et mécanique par l'aménagement de ventilateurs d'extraction de l'air, 2012

Activité 2.3.1.2 Aménagement d'un local pour quarantaine, 2012

Ce local sera utilisé par les nouveaux prisonniers admis dans la prison avant le résultat de leur examen médical pour éviter la transmission d'une éventuelle maladie transmissible, notamment la tuberculose, aux autres prisonniers.

Activité 2.3.1.3 Programme éducationnel sur la TB dans la prison conduit par les responsables du PNLT et de la DPS; 1 session par mois, 2 animateurs par session.

Le programme consistera à doter la prison de Djibouti de posters et de brochures en langues somalienne, afar et éthiopienne. Une personne du PNLT et une autre de la DPS se déplaceront à la prison une fois par mois pour véhiculer les messages éducatifs aux détenus. Les messages éducatifs viseront l'information sur les services antituberculeux et leur gratuité ainsi que leur lien avec les services antituberculeux des zones frontalières de la Somalie et de l'Ethiopie (ce qui permettra aux prisonniers d'être correctement pris en charge à la sortie de prison) ; un changement de comportement en vertu duquel les détenus qui présentent une toux durable doivent consulter aux services antituberculeux et ceux qui ont la maladie doivent suivre régulièrement leur traitement ; et la lutte contre la stigmatisation inhérente à la maladie. Le programme éducatif ciblera aussi la famille et les amis des malades sur les modalités de poursuite du traitement à la sortie de la prison.

Activité 2.3.1.4 Recrutement d'un consultant pour un appui technique à l'élaboration de la stratégie nationale, le manuel des procédures standard, le plan de contrôle de l'infection et le questionnaire sur le dépistage des cas de tuberculose, 2012

Activité 2.3.1.5 Atelier de validation de la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose et le VIH en prison, 20 personnes, 1jour, 2012

Activité 2.3.1.6 Atelier de validation du manuel des procédures standard, du plan de contrôle de l'infection et du questionnaire de dépistage de la tuberculose, 20 personnes, 1jour, 2012

Activité 2.3.1.7 Formation, information, sensibilisation du personnel de la prison sur le manuel des procédures standard, du plan de contrôle de l'infection et du questionnaire de dépistage de la tuberculose, 2012, 15 personnes, 3 jours

La formation sur le DOTS et la coinfection sera intégrée avec la formation du personnel du PNLT.

La prise en charge des MDR sera intégrée à la prise en charge des MDR dans le centre national de référence de la tuberculose.

Le système de recueil des données sera celui utilisé par le PNLT.

Les masques de protection individuelle, les médicaments antituberculeux et les médicaments pour le traitement de la coinfection sont programmés avec quota du PNLT dans les DPS correspondants dans cette proposition.

Intervention 2.3.3 Renforcer la lutte contre la tuberculose chez les réfugiés

Les interventions consisteront en ce qui suit :

- La création d'un comité national de coordination de la lutte contre la tuberculose, le SIDA et le paludisme chez les réfugiés
- Le renforcement du laboratoire du camp de réfugiés en équipement, petit matériel et réactifs de laboratoire pour la microscopie de la tuberculose
- La mise en place de mesures de lutte contre l'infection par l'aménagement d'un local d'isolement des patients avec tuberculose répondant aux exigences du contrôle de l'infection avec un système d'aération naturelle et mécanique efficace ; et par la mise au point d'un plan de contrôle de l'infection dans le camp des réfugiés.
- La mise en place d'un système de recueil des données (registre des suspects, fiches de demande des examens de crachats, registre des contacts, registre de la tuberculose)
- L'intégration de la formation de l'agent responsable des cas de tuberculose dans les formations DOTS et les formations sur la coinfection programmées par le PNLT
- La mise à la disposition du camp d'un appareil radio mobile qui sera aussi utilisé à d'autres fins, en vue du diagnostic des cas de tuberculose à microscopie négative
- La mise en place d'activités de conseil et de dépistage de l'infection VIH chez tous les réfugiés y compris les patients atteints de tuberculose
- L'administration sous observation directe des médicaments antituberculeux ainsi que les antirétroviraux et le cotrimoxazole chez les patients coinfectés
- La conception d'un programme éducationnel pour les réfugiés
- La fourniture d'un appui nutritionnel pour les malades atteints de tuberculose
- L'appui alimentaire des réfugiés malades TB (activité déjà décrite dans 1.1.2)

Activité 2.3.3.1 Education sanitaire des réfugiés somaliens et éthiopiens sur les signes de TB et la co-infection TB-VIH : contracter une personne spécialiste en communication et parlant la langue somalienne et éthiopienne, 2 mois par an

Activité 2.3.3.2 Doter le laboratoire du camp de réfugiés d'un microscope pour l'examen microscopique direct des crachats

Activité 2.3.3.3 Doter le laboratoire du camp de réfugiés de petit équipement de laboratoire pour l'examen microscopique direct des crachats en 2011

Activité 2.3.3.4 Doter le laboratoire du camp de réfugiés des moyens nécessaires : réactifs pour l'examen direct des crachats, 1800 examens par an (60 cas estimés x 10 = 600 suspects, x 3 = 1800 examens) soit deux kits pour 1000 examens chacun,

Activité 2.3.3.5 Aménagement d'un local pour l'isolement des malades avec système de ventilation naturelle et mécanique par l'aménagement de ventilateurs d'extraction de l'air, 2012

La formation sur le DOTS et la coinfection sera intégrée avec la formation du personnel du PNLT.

La prise en charge des MDR sera intégrée à la prise en charge des MDR dans le centre national de référence de la tuberculose.

Le système de recueil des données sera celui utilisé par le PNLT.

Les médicaments antituberculeux et les médicaments pour le traitement de la coinfection sont programmés avec quota du PNLT dans les DPS correspondants dans cette proposition.

L'appui nutritionnel est programmé dans le DPS correspondant de cette proposition

Intervention 2.3.4 Améliorer la surveillance de la tuberculose chez les étrangers et le suivi de leur prise en charge inter frontalière

Une surveillance permanente du nombre de malades étrangers sera instaurée. Les responsables des CDTs seront sensibilisés sur le recueil systématique des données sur la nationalité telles qu'elles sont prévues dans le registre de la tuberculose.

Dans le cadre de l'initiative HATCI (Horn of Africa Tuberculosis Control Initiative), un système de fiches de liaison pour la référence des malades entre les pays de la Corne de l'Afrique a été mis en place. Des réunions annuelles permettront d'opérationnaliser le système et de coordonner la prise en charge des malades transfrontaliers et les malades qui se déplacent pour des soins antituberculeux à Djibouti des zones frontalières de Somalie et d'Ethiopie. Des efforts seront entrepris pour harmoniser les régimes et les protocoles de prise en charge conformément à la Déclaration de Djibouti des pays de la Corne de l'Afrique signée par les ministres de la santé de ces pays lors de la conférence régionale sur la santé tenue à Djibouti en novembre 2006.

Activité 2.3.4.1 Réunion avec les pays frontaliers pour la mise en application du système de prise en charge inter pays, 4 pays, 1/an, 16 pers, 3j. Le financement de ces réunions interpays sera assuré par l'OMS et d'autres organismes internationaux.

Intervention 2.3.5 Améliorer l'accès aux soins antituberculeux des populations nomades

Les activités qui seront mises en œuvre au niveau des points de rassemblement des nomades consisteront:

- à assurer l'éducation sanitaire des populations nomades.

- à impliquer les équipes mobiles déjà existantes (décrites dans la section sur le système de santé) dans le diagnostic de la tuberculose par la recherche des signes et symptômes de la maladie et par le prélèvement des crachats chez les suspects de tuberculose ; dans le traitement et son suivi ; dans le conseil et dépistage du VIH chez les malades TB et dans le recueil de l'information.
- à impliquer les membres de la communauté dans la recherche des tousseurs chroniques et dans le soutien au traitement. Les activités correspondantes sont décrites dans le DPS sur le DOTS communautaire.
- à organiser un système de suivi évaluation et de supervision des activités. Les supervisions seront assurées par l'équipe du district et sont décrites dans le DPS sur le suivi évaluation. Le monitoring des activités et leur évaluation se basera sur les fiches de traitement standard du PNLT et sur le système de rapports utilisé par les équipes mobiles.
- à la mise en place et au fonctionnement d'un comité de coordination et de suivi des activités de lutte contre la tuberculose chez les nomades (le comité sera constitué du PNLT, du PNLs, des agences d'encadrement, de la DPS, de la Direction en charge des équipes mobiles et les représentants des programmes sociaux mis en place par le gouvernement en faveur des nomades : programmes d'hydraulique pastorale, de santé animale et d'aide alimentaire).

Activité 2.3.5.1 Programme éducationnel sur la TB des populations nomades : 1 session par point de rassemblement (2 par district soit 10 points de rassemblement) et par mois, 2 animateurs par session

Le programme consistera à doter les points de rassemblement des nomades de posters et de brochures en langues somalienne et afar. Deux personnes appartenant à une ABC doivent se déplacer dans chaque point de rassemblement au moment des rassemblements des nomades pour véhiculer les messages éducatifs. Les messages éducatifs viseront l'information sur les services antituberculeux et leur gratuité ainsi que leur lien avec les services antituberculeux des zones frontalières de la Somalie et de l'Ethiopie ; un changement de comportement en vertu duquel les nomades qui présentent une toux durable doivent consulter aux services antituberculeux et ceux qui ont la maladie doivent suivre régulièrement leur traitement; et la lutte contre la stigmatisation inhérente à la maladie.

Activité 2.3.5.2 Formation des membres des équipes mobiles sur le DOTS, 25 personnes 2011 et 25 personnes 2013, 2 jours

Les médecins et les paramédicaux des équipes mobiles seront formés sur le diagnostic de la tuberculose ; les techniques de prélèvement, de conservation et de transport des crachats ; le traitement de la tuberculose ; les modalités d'administration et de suivi du traitement ; les messages éducatifs à véhiculer aux malades sous traitement et à leur famille ; les modalités de remplissage de la fiche du traitement et de rapportage des cas suspects et des cas confirmés dans leurs rapports.

Activité 2.3.5.3 Formation des membres des équipes mobiles sur la coinfection TB/VIH DOTS, 25 personnes 2011 et 25 personnes 2013, 2 jours

Les médecins et les paramédicaux des équipes mobiles seront formés sur le conseil et dépistage du VIH et sur les modalités de la référence des malades vers les structures de prise en charge de la coinfection.

Activité 2.3.5.4 Perdiem pour le déplacement des équipes mobiles 5 personnes et un chauffeur x 5 équipes mobiles une fois par mois

Activité 2.3.5.5 Réunion trimestrielle du comité de coordination et de suivi des activités de lutte contre la tuberculose chez les nomades ; 20 personnes, 1 jour, 4 fois par an

Intervention 2.3.6 Assurer une prise en charge adéquate de la tuberculose de l'enfant

Les infirmiers des CDT seront formés sur la réalisation du test tuberculinique pendant 3 jours y compris deux jours de formation pratique au Centre Paul Faure.

Les médecins seront formés sur la tuberculose de l'enfant en utilisant le nouveau guide du programme national de lutte contre la tuberculose. Ce guide inclut une section sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose de l'enfant en accord avec les nouvelles directives de l'OMS dans ce domaine. La formation inclura également le traitement de la tuberculose chez l'enfant utilisant les formes pédiatriques des antituberculeux.

De la tuberculine sera acquise. Ceci permettra de faciliter le diagnostic de la tuberculose et de l'infection tuberculeuse chez l'enfant

Activité 2.3.6.1 Formation des infirmiers des CDT sur le test tuberculinique 3 jours, 46 personnes

Les infirmiers des CDT seront formés sur la réalisation du test tuberculinique pendant 3 jours y compris deux jours de formation pratique au Centre Paul Faure.

Activité 2.3.6.2 Formation des médecins de tous les secteurs sur le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant et sur l'utilisation des formes pédiatriques des antituberculeux, 100 pers, 2j,

Les médecins seront formés sur la tuberculose de l'enfant en utilisant le nouveau guide du programme national de lutte contre la tuberculose. Ce guide inclut une section sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose de l'enfant en accord avec les nouvelles directives de l'OMS dans ce domaine. La formation inclura également le traitement de la tuberculose chez l'enfant utilisant les formes pédiatriques des antituberculeux.

Activité 2.3.6.3 Mise à disposition de la tuberculine (sur la base de 800 cas de tuberculose chez les enfants par an soit 8000 suspects par an soit 8000 tests par an),

Ceci permettra de faciliter le diagnostic de la tuberculose et de l'infection tuberculeuse chez l'enfant.

OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : contribuer au renforcement du système de santé

STRATEGIE 3.1 : Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines

Intervention 3.1.1 Améliorer la capacité de l'équipe de gestion du PNLT avec participation à des formations et conférences internationales.

Les formations permettront aux responsables du programme à l'échelle centrale et régionale de bénéficier des cours sur les procédures de lutte antituberculeuse (Cotonou, Sondalo et Addis pour la co-infection TB/VIH). La participation aux conférences concernera les conférences annuelles de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires et d'autres conférences portant sur la tuberculose et la co-infection TB/HIV)

Activité 3.1.1.1 Participation a des formations internationales pour 2 personnes par an

Activité 3.1.1.2 Participation a des séminaires, conférences internationales pour 2 personnes par an

La participation aux conférences concernera les conférences annuelles de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires et d'autres conférences portant sur la tuberculose et la co-infection TB/HIV)

Intervention 3.1.2 Assurer la formation et le recyclage des agents des CDT sur le DOTS

Activité 3.1.2.1 Formation/recyclage des médecins et des agents DOTS des CDT sur le DOTS de 10/an pour les nouveaux personnels, 2011, 2012, 2014, 2015 et recyclage 60 agents en 2013, formation de 5j

On prévoit la formation de tous les médecins et les agents des CDT nouvellement recrutés à raison de 10 par année avec recyclage de tous les médecins et les agents des CDT pendant l'année 3 de la proposition (60 personnes). La formation sera animée par le personnel de l'unité centrale du PNLT et aura pour support le module de formation du PNLT.

Intervention 3.1.3 Assurer une assistance technique au PNLT

Activité 3.1.3.1 Assistance technique programmatique au PNLT

Le programme bénéficiera d'une assistance technique de cinq années d'un expert de l'OMS dans le cadre des accords de collaboration entre le Ministère de la Santé et l'OMS.

Intervention 3.1.4 Renforcer le PNLT en ressources humaines

Activité 3.1.4.1 Consultant local long terme pour contribuer à la gestion du programme; à sa mise en œuvre, comptable (1230 euros/mois), 2012-2015

Cette consultation locale est en cours dans le cadre du round 6 et sera poursuivie.

Activité 3.1.4.2 Consultant local long terme pour assurer le suivi & évaluation, responsable du suivi évaluation (1230 euros/mois), 2012-2015

Cette consultation locale est en cours dans le cadre du round 6 et sera poursuivie dans le cadre du round 10 à partir de l'année 2 et ce après la fin du round 6.

Activité 3.1.4.3 Deux assistantes du coordinateur du PLT, 2012-2015

Cette consultation locale est en cours dans le cadre du round 6 et sera poursuivie.

Activité 3.1.4.4 Recrutement d'un responsable unité de communication TB,

Le recrutement d'un responsable de la communication permettra au PNLT d'assurer une meilleure gestion et coordination des activités ACSM.

Activité 3.1.4.5 Formation internationale pour le responsable communication TB, en 2011

Le responsable de communication au niveau de l'Unité Centrale du PNLT bénéficiera d'une formation internationale qui lui permettra de maîtriser les concepts de planification des activités ACSM, les techniques de communication, les exigences en matière de formulation des messages éducatifs, les techniques de production des supports éducatifs et les canaux de diffusion des messages éducatifs.

Activité 3.1.4.6 Salaires de 4 superviseurs pour le programme TB, laboratoire (2) et DOTS (2),

Activité 3.1.4.7 Incitation financière au fonctionnement des 8 CDT des vacataires, 2012-2015 (en continuité de R6),

A part les salariés de l'état certains CDT fonctionnent grâce à l'implication de 8 bénévoles. Ces bénévoles recevront une incitation financière à partir de l'année 2 du round 10.

OBJECTIF SPECIFIQUE 4 : engager tous les prestataires de soins

STRATEGIE 4.1 : Mettre en place des approches public/privé et public/public

Intervention 4.1.1 Assurer la formation et le recyclage des prestataires de soins du secteur privé et du secteur para public.

Après que le guide PPM a été élaboré en 2009 avec l'appui de TBCAP et des formations initiales ont été effectuées, des séminaires de formation de ceux qui n'ont pas bénéficié de la formation et de recyclage de ceux qui ont été déjà formés seront organisés.

Le personnel du PNLT sera aussi formé au PPM pour assurer une bonne coordination entre le PNLT et les autres secteurs de soins.

Activité 4.1.1.1 Formation du personnel du PNLT de Djibouti ville sur le PPM, 30 personnes, 2 jours en 2011

Activité 4.1.1.2 Formation du personnel clinique des structures en dehors du PNLT de Djibouti ville sur le DOTS et le PPM, 30 personnes, 2 jours en 2011

Activité 4.1.1.3 Formation des techniciens de laboratoire des structures en dehors du PNLT de Djibouti ville sur la microscopie de la tuberculose 15 personnes, 5 jours en 2011

Activité 4.1.1.4 Diffusion des normes internationales des soins antituberculeux en 2011, duplication de 300 copies

Intervention 4.1.2 Assurer un appui du programme national aux laboratoires de microscopie de l'OPS

Activité 4.1.2.1 Acquisition de starters kits pour les 2 laboratoires de l'OPS en 2011

Activité 4.1.2.2 Acquisition de microscopes pour les 2 laboratoires de l'OPS en 2011

Activité 4.1.2.3 Acquisition de kits de réactifs de microscopie pour les 2 laboratoires de l'OPS : 120000 consultants par an dont 30% (36000) seraient des malades respiratoires parmi lesquels 10% seraient suspects de tuberculose soit 3600: 4 kits pour 1000 examens, de 2011 à 2015.

Intervention 4.1.3 Assurer la mise en œuvre effective des activités PPM et leur suivi évaluation.

Activité 4.1.3.1 Assurer la supervision des structures hors PNLT par les superviseurs du PNLT (aspects cliniques, opérationnels et recueil de l'information par le système de recueil des données spécifique mis en place)

Activité 4.1.3.2 Réunions trimestrielles du comité PPM

OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : habiliter les patients et la communauté

STRATEGIE 5.1 : *Participation de la communauté aux soins antituberculeux*

La participation communautaire permettra d'atteindre les populations vulnérables ayant un accès difficile aux soins avec détection des cas de tuberculose, soutien au patient sous traitement, lutte contre la stigmatisation et communication pour le changement de comportement.

Intervention 5.1.1 Activités de proximité de conseil pour la détection des tousseurs chroniques et l'orientation des patients et la recherche des absents au traitement, 1 ABC/CDT (23), 5 animateurs par ABC, 5 jours par mois par animateur.

Chaque ABC va mettre à disposition 5 animateurs qui vont assurer, 5 jours par mois chacun, des activités d'éducation pour la santé de la communauté sur les signes de la maladie, l'existence de services antituberculeux, la nécessité d'un traitement régulier et le caractère non stigmatisant de la tuberculose ; des activités de recherche des sujets qui présentent une toux de deux semaines ou plus et leur orientation vers les CDT; des activités d'identification des sujets contacts et leur orientation vers les CDT pour examen ; et des activités de recherche des absents au traitement à la demande des CDT auxquels chacun est rattaché. Comme signalé dans le DPS sur le Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale, les ABC auront été formées par les AE, elles mêmes formées auparavant par le PNLT et la DPS dans le cadre d'une formation en cascade.

Un guide de supervision des actions communautaires sera élaboré par le PNLT en collaboration avec les AE et servira aussi bien aux AE qu'aux responsables du PNLT pour les tâches à entreprendre pour assurer une supervision de qualité des interventions mises en œuvres par les représentants de la communauté et les travailleurs de santé communautaire.

Activité 5.1.1.1 Incitation financière pour les ABC pour les activités de proximité de conseil pour la détection des tousseurs chroniques et l'orientation des patients et la recherche des absents au traitement, 1 ABC/CDT (23), 5 animateurs par ABC, 5 jours par mois par animateur.

Activité 5.1.1.2 Supervision par les AE sur les activités des programmes communautaires, 10 sorties de supervision par mois/AE, Djibouti et districts

Intervention 5.1.2 Sensibilisation et implication des acteurs communautaires clés comme relais d'éducation pour la santé

Des ateliers annuels de sensibilisation et d'information des imams seront organisés et animés par le PNLT ainsi que la DPS DPS. Ils cibleront les imams des mosquées

pour les habiliter à véhiculer des messages éducatifs lors des prêches du vendredi, la population Djiboutienne étant très assidue pour les prières du vendredi. Les messages éducatifs viseront l'information des fidèles sur les services antituberculeux et leur gratuité; un changement de comportement en vertu duquel les personnes qui présentent une toux durable doivent consulter aux services antituberculeux et ceux qui ont la maladie doivent suivre régulièrement leur traitement; et la lutte contre la stigmatisation inhérente à la maladie.

Activité 5.1.2.1 Ateliers annuels de sensibilisation et information de 100 imams pour véhiculer des messages éducatifs lors des prêches du vendredi : 100 participants x 1 jour par an.

Intervention 5.1.3 Assurer l'accompagnement du traitement par les représentants de la communauté

Un guide de l'accompagnateur communautaire du malade sous traitement sera élaboré par le PNLT. Ce guide permettra aux accompagnateurs communautaires du malade (DOT supporter) parmi les ABC et les agents de santé communautaire d'assurer la supervision de la prise du traitement par le malade tout en lui fournissant tout le soutien nécessaire.

Activité 5.1.3.1 Elaboration d'un guide de l'accompagnateur communautaire du malade sous traitement par le PNLT

Activité 5.1.3.2 Formation des accompagnateurs communautaires du malade sous traitement sur le guide 100 personnes, 3 jours

Intervention 5.1.4 Mettre en place une politique nationale communautaire

Activité 5.1.4.1 Atelier de préparation d'une politique nationale communautaire en matière de TB, 20 participants, 3 jours en 2011

Cet atelier permettra d'élaborer une politique nationale communautaire spécifiant les interventions communautaires en appui à la lutte contre la tuberculose à mettre en œuvre et la responsabilité de chaque institution et de chaque groupe.

Activité 5.1.4.2 Assistance technique pour l'élaboration des directives nationales de DOTS Communautaire, 15 jours en 2011

STRATEGIE 5.2 : Plaidoyer, communication et mobilisation sociale

Les activités visent l'amélioration de la détection des cas de tuberculose et l'adhésion au traitement à travers la sensibilisation de la population, notamment les groupes vulnérables, sur les signes de la maladie et son information sur les services antituberculeux existants ; la lutte contre la stigmatisation ; et la sensibilisation des malades et de leur entourage sur la nécessité d'un traitement régulier et de l'examen

de l'entourage du malade. Les messages éducatifs seront ciblés et adaptés à la situation locale et affinés selon les résultats de l'enquête CAP. Cette enquête permettra également d'élaborer une stratégie de communication ciblée sur laquelle les actions éducatives seront basées.

Intervention 5.2.1 Elaborer une stratégie de communication spécifique à la lutte contre la tuberculose

Cette stratégie permettra de sélectionner les actions de Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale en fonction d'une analyse de la situation à laquelle une enquête CAP aura contribué. La stratégie décrira les objectifs, les approches, les acteurs et leurs rôles, les activités prévues, les résultats attendus et les modalités de suivi et évaluation.

Activité 5.2.1.1 Atelier de préparation d'une stratégie de communication, 15 participants x 3 jours

Activité 5.2.1.2 Assistance technique pour la préparation d'une stratégie de communication, 15 jours en 2011

Activité 5.2.1.3 Assistance Technique pour l'élaboration d'un guide de promotion de la santé spécifique à la LAT : 1 consultant national x 15j, 2011

Activité 5.2.1.4 Impression du guide de promotion de la santé spécifique à la lutte contre la tuberculose en 2011

Intervention 5.2.2 Formation des intervenants sur la stratégie de communication

En suivant un schéma de formation en cascade depuis le système de santé jusqu'à la communauté, les AE, qui sont des ONG qui encadrent les Associations à Base Communautaire (ABC), seront d'abord formées par le ministère de la santé (PNLT et DPS) sur les messages éducatifs clés à véhiculer au sein de la communauté. La formation utilisera comme support le guide de promotion de la santé spécifique à la lutte contre la tuberculose.

Les AE formées par le PNT et la DPS formeront les personnes ressources des ABC.

Des activités éducatives seront confiées aux agents de santé communautaires opérant au sein de la communauté et aux agents IEC opérant au sein des centres de santé. Ils bénéficieront de la même formation. La formation utilisera comme support le guide de promotion de la santé spécifique à la lutte contre la tuberculose.

Activité 5.2.2.1 Formation des Agences d'Encadrement (AE) par le PNLT et la Direction de Promotion de la Santé (DPS) au guide de promotion de la santé spécifique à la lutte contre la tuberculose, 100 personnes, 2 jours, 2011

Activité 5.2.2.2 Formation des ABC, des agents de santé communautaire et des agents d'IEC des Centres de santé au guide de promotion de la santé spécifique à la lutte contre la tuberculose, 150 personnes, 2 jours, 2011

Intervention 5.2.3 Intensification des actions ACSM lors des journées mondiales de la tuberculose

Une action de mobilisation sociale autour du problème de la tuberculose sera organisée lors des journées mondiales. Elle est inspirée de la lutte contre le SIDA pour laquelle cette action a été couronnée de succès en termes de mobilisation sociale et de prise de conscience du problème.

Un spot TV pour chaque journée mondiale sera inspiré du thème national adapté au contexte du pays à partir du thème mondial et visera le changement de comportement des décideurs politiques et de la communauté. Le spot visera également la promotion des actions de lutte contre la tuberculose menées par le programme national.

Une brochure servira à éduquer les élèves sur la tuberculose, les élèves étant considérés comme un relai potentiel de communication à Djibouti, ce qui permettra la diffusion des messages éducatifs au sein de la population générale

Activité 5.2.3.1 Manifestation nationale au palais du peuple lors de la journée mondiale TB avec conférence de presse, 200 pers/an,

Activité 5.2.3.2 Conception et duplication de l'affiche de la journée mondiale de la TB,

Activité 5.2.3.3 Achats de supports (1000 T shirts/an, 100 autocollants, 5 banderoles, 2 roller ...) pour la journée mondiale de la TB;

Activité 5.2.3.4 Elaboration et production d'un spot TV spécifique au thème de la journée mondiale de la tuberculose

Activité 5.2.3.5 Production d'une brochure pour les élèves des écoles en 2011

Intervention 5.2.4 Evaluer la situation de base et l'impact des actions éducatives

Deux enquêtes CAP sur la connaissance des signes de la maladie, le comportement en matière de demande de soins et sur le délai au diagnostic et les facteurs qui l'influencent; à cinq ans d'intervalle.

Cette étude permettra d'évaluer le niveau de connaissance de la population générale sur la tuberculose, d'identifier les comportements en matière de demande de soins et de comprendre les facteurs qui influencent le délai au diagnostic. Les résultats permettront au PNLT et à ses partenaires d'identifier les interventions prioritaires, d'élaborer des messages adaptés pour les populations et de sélectionner des canaux de communication appropriés pour la diffusion de ces

messages. La même étude sera réalisée après 4 ans pour évaluer les changements ayant fait suite aux actions de Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale entreprises.

Un atelier national de restitution de l'étude CAP permettra, une restitution des résultats de l'étude CAP aux agences partenaires impliqués dans la lutte contre la tuberculose et précisément les ONGs responsables pour les activités de communication et de sensibilisation. Les résultats de l'étude influenceront largement les stratégies de communication et les messages éducatifs à véhiculer.

Activité 5.2.4.1 Réalisation de deux études CAP pré intervention et post intervention à 4 ans d'intervalle

Activité 5.2.4.2 Atelier national de restitution étude CAP, 100 pers pour chaque enquête réalisée;

OBJECTIF SPECIFIQUE 6 : FAVORISER ET PROMOUVOIR LA RECHERCHE

STRATEGIE 6.1 : Entreprendre des actions de recherche opérationnelle centrée sur le programme national

Les activités de recherche (études et enquêtes) figurent dans les sections correspondantes du plan stratégique.

BUDGET en Euros

Domaine stratégique	Activité	Total 2011	Total 2012	Total 2013	Total 2014	Total 2015	Total sur 5 ans
	OBJECTIF 1 : Poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité						
STRATEGIE 1.1 Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne	STRATEGIE 1.1 Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne						
STRATEGIE 1.1 Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne	Atelier de réflexion avec les acteurs de lutte contre la TB, le MSP et le parlement pour élaborer une loi sur la gratuité des actes de dépistage et de traitement de la tuberculose notamment les examens radiologiques. 40 personnes pour un jour. AN1	1,053	0	0	0	0	1,053
STRATEGIE 1.1 Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne	Atelier de réflexion pour élaborer une loi sur les maladies transmissibles AN1	1,053	0	0	0	0	1,053
STRATEGIE 1.1 Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne	atelier national dans le cadre de l'étape exploratoire de mise en place du partenariat national. 40 personnes pour un jour en 2011	1,053	0	0	0	0	1,053
STRATEGIE 1.1 Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne	Atelier de lancement du partenariat national. 40 personnes pour un jour en 2011.	1,053	0	0	0	0	1,053
STRATEGIE 1.1 Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne	Atelier d'évaluation du partenariat national. 40 personnes pour un jour en 2011.	1,053	0	0	0	0	1,053
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.						
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Frais de fonctionnement du laboratoire BSL3: personnel de maintenance, eau, électricité de AN 1 à AN 5	13,845	13,845	13,845	13,845	13,845	69,225
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Maintenance du LNR: contrôles de certification standards annuels et changement des filtres HEPA si nécessaire à partir de AN2 à AN 5	0	19,999	19,999	19,999	19,999	79,996
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Maintenance annuelle des 16 laboratoires de microscopie TB par an de AN 1 à AN 5	12,320	12,320	12,320	12,320	12,320	61,600
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Renouvellement de 20 microscopes Olympus CX-21 pour contrôle de qualité au LNR et pour les laboratoires périphériques AN 3	0	0	18,300	0	0	18,300

STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Acquérir deux modules de fluorescence LED system pour 2 laboratoires à niveau d'activité élevé (CDT de Arhiba et Balbala 2) en AN 1	12,310	0	0	0	0	12,310
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Acquérir 16 kits de petit équipement (verrerie, anses, ...) en AN 3	0	0	1,632	0	0	1,632
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Réactifs et consommables de laboratoire pour l'examen microscopique (Kits de 1000 examens): 50 kits en AN 1, puis 70 kits de AN2 à AN5	7,850	10,990	10,990	10,990	10,990	51,810
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Achat de pots à crachats : 50 000 en AN 1, puis 70 000 de AN2 à AN5	2,100	2,940	2,940	2,940	2,940	13,860
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Acquérir les réactifs pour cultures: 3000 cultures en AN1 et 3200 cultures de AN2 à AN5	15,000	16,000	16,000	16,000	16,000	79,000
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Acquérir les réactifs d'antibiogramme pour les patients candidats au retraitement (Catégorie 2): 75 antibiogrammes en AN1 et 275 antibiogrammes par an de AN2 à AN5.	2,888	10,588	10,588	10,588	10,588	45,240
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Acquérir 4 appareils de radiologie : 1 en renouvellement pour le centre Paul Faure, 1 Hôpital de Balbala (Djibouti ville) et 2 CDT des districts de l'intérieur en AN1.	232,000	0	0	0	0	232,000
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Plombage des salles de radio des CDT : 2 salles, An1	15,400	0	0	0	0	15,400
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Acquisition de films radiologiques chez les TPM- 1000/mois, de AN2 à AN5 (en continuation de R6)	0	14,400	14,400	14,400	14,400	57,600
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Acquisition de produits de développement (révélateur et fixateur) chez les TPM- 1000/mois, de AN2 à AN5 (en continuation de R6)	0	1,385	1,385	1,385	1,385	5,540
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Maintenance des appareils de radiographie de AN2 a AN5	0	11,600	11,600	11,600	11,600	46,400
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	Acquisition d'une unité mobile de radiologie pour le diagnostic de la tuberculose dans la prison, chez les nomades et chez les réfugiés. AN1	100,000					100,000
STRATEGIE 1.3 Assurer le traitement standardisé et supervisé des cas, accompagné d'un soutien au patient	STRATEGIE 1.3 Assurer le traitement standardisé et supervisé des cas, accompagné d'un soutien au patient						

STRATEGIE 1.3 Assurer le traitement standardisé et supervisé des cas, accompagné d'un soutien au patient	Appui alimentaire sous forme de ration cuite, aux patients TPM+ hospitalisés, CPF, 5 CMH, et CDT de Dorra, de AN2-AN5 (en continuité de R6)	0	54,750	54,750	54,750	54,750	219,000
STRATEGIE 1.3 Assurer le traitement standardisé et supervisé des cas, accompagné d'un soutien au patient	Appui alimentaire aux patients TB en traitement ambulatoire sous forme de rations sèches pour toute la durée du traitement AN1-AN5	45,000	48,000	50,700	54,030	57,750	255,480
STRATEGIE 1.3 Assurer le traitement standardisé et supervisé des cas, accompagné d'un soutien au patient	Renforcer le service social du centre Paul Faure par le recrutement de deux assistants sociaux AN1-AN5	18,480	18,480	18,480	18,480	18,480	92,400
STRATEGIE 1.3 Assurer le traitement standardisé et supervisé des cas, accompagné d'un soutien au patient	Installation d'une ligne téléphonique fixe au service social du centre Paul Faure pour les appels vers les numéros des malades ou de membres de leur entourage. AN1-AN5	616	616	616	616	616	3,080
STRATEGIE 1.3 Assurer le traitement standardisé et supervisé des cas, accompagné d'un soutien au patient	Réorganiser le circuit des soins au centre Paul Faure en aménageant une entrée indépendante pour les malades TB AN1	769	0	0			769
STRATEGIE 1.4 Mettre en place un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments	STRATEGIE 1.4 Mettre en place un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments						
STRATEGIE 1.4 Mettre en place un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments	Acquisition de médicaments de première ligne par le biais du GDF (y compris fret, assurance et inspection) de AN 2 à AN 5		105,466	104,938	112,541	120,844	443,789
STRATEGIE 1.4 Mettre en place un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments	Formation des agents DOTS des CDT sur la gestion des médicaments, 2 agents X 16 CDT/par an, 2 jours AN1, AN5	1,684	0	0	0	1,684	3,368
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact						
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Enquête sur la prévalence de la résistance en An 1	74,692	0	0	0	0	74,692
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Impressions des supports d'information du programme y compris les outils de gestion des médicaments, AN1-AN5	7,690	7,690	7,690	7,690	7,690	38,450

STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Sortie de supervision par le PLT central, une fois par mois dans 10 Centres de Santé Communautaires de Djibouti et travailleurs communautaires de AN 2-AN5	0	1,848	1,848	1,848	1,848	7,392
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Sortie de supervision par le PLT central 5 personnes dans les 5 Centre Medico Hospitaliers de district une fois par trimestre de AN2-AN5	0	8,328	8,328	8,328	8,328	33,312
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Sortie de supervision par les CMH de district vers les CDT/CTDO ruraux de district et les postes de santé ruraux et travailleurs communautaires 2j, 2 pers, une fois par mois de AN2-AN5	0	29,844	29,844	29,844	29,844	119,376
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Mise en place d'un système d'assurance de la qualité sur la radiologie, supervision formative par un clinicien et un technicien de radio, 1/trimestre/an, 3j (Djibouti) de AN 1 a AN5	370	370	370	370	370	1,850
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Mise en place d'un système d'assurance de la qualité sur la radiologie, supervision formative par un clinicien et un technicien de radio, 1/trimestre/an, 6 j dans les 5 districts de AN 1 a AN5	3,331	3,331	3,331	3,331	3,331	16,655
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Séminaire annuel sur la gestion et l'évaluation du programme, AN1-AN5, 30 pers, 2j	1,579	1,579	1,579	1,579	1,579	7,895
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Achat d'un véhicule en AN1 et renouvellement véhicule supervision 4*4, AN3	23,000	0	23,000	0	0	46,000
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Formation internationale aux techniques de suivi évaluation de la responsable de suivi évaluation du PNLT, AN1	9,615	0	0	0	0	9,615
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	Formation internationale de la comptable sur la gestion administrative et financière de la lutte contre la Tb, AN1	9,615	0	0	0	0	9,615
	Objectif 2: LUTTER CONTRE LA CO-INFECTION TB-VIH, CONTRE LA TB-MR ET S'ATTAQUER À D'AUTRES DÉFIS						
STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH						
STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	Atelier d'élaboration des directives techniques: Dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et traitement préventif des patients VIH+ infectés par la tuberculose mais non malades; Atelier de 10pers, 1j, AN1	526	0	0	0	0	526

STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	Elaboration d'une nouvelle vidéo de sensibilisation des patients des CDT sur le dépistage volontaire du VIH; en AN3	0	0	1,540	0	0	1,540
STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	2.1.3 Equipement audio visuel (Télévision) pour séance d'éducation sanitaire aux patients: renouvellement dans les 16 CDT (Centre Paul Faure, 10 CSC de Djibouti ville et 5 CMH de district), AN 3	0	0	2,480	0	0	2,480
STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	Equipement audio visuel (lecteur DVD) pour séance d'éducation sanitaire aux patients: renouvellement dans les 16 CDT (Centre Paul Faure, 10 CSC de Djibouti ville et 5 CMH de district), AN 3	0	0	1,280	0	0	1,280
STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	Formation sur le diagnostic de la TB des acteurs de la prise en charge du VIH SIDA, 80 pers, 1j, AN1; et recyclage en AN3	2,105	0	2,105	0	0	4,210
STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	Réunions trimestrielles du comite de coordination entre les deux programmes TB et VIH SIDA : 15 membres; 1j par trimestre de AN 2 a AN5 (en continuité de R6)	0	1,579	1,579	1,579	1,579	6,316
STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	Elaboration et diffusion d'un guide de prise en charge de la co-infection TB-VIH en AN 1.	3,600	0	0	0	0	3,600
STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	Elaboration d'une boite à images sur la nécessité du test VIH chez les patients TB destinée aux malades TB fréquentant les CDT en AN 1. Consultant national pour la production, 1 mois.	1,230	0	0	0	0	1,230
STRATEGIE 2.1 Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH	Elaboration d'une boite à images sur la nécessité du test VIH chez les patients TB destinée aux malades TB fréquentant les CDT en AN 1.	4,600	0	0	0	0	4,600
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants						
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Assistance technique pour évaluation et formation concernant les mesures de lutte contre l'infection: administratives, environnementales et individuelles, 15j, AN2 Perdiem et honoraire	0	6,345	0	0	0	6,345
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Assistance technique pour évaluation et formation concernant les mesures de lutte contre l'infection: administratives, environnementales et individuelles, 15j, AN2 Billet d'avion	0	3,845	0	0	0	3,845
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Formation des personnels sur les mesures de lutte contre l'infection 30 pers, 2jours; AN2	0	1,579	0	0	0	1,579

STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Aménagement des salles d'hospitalisation des patients MDR pour la ventilation: contrôle de l'aération et ventilateurs, AN1	3,080	0	0	0	0	3,080
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Aménagement de l'aération des salles d'attente du centre Paul Faure en AN 1	1,540	0	0	0	0	1,540
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Achats de masque de protection du personnel N95, de AN1 a AN5	11,500	11,500	11,500	11,500	11,500	57,500
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Masques pour les malades, AN1-AN5	600	600	600	600	600	3,000
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Formation des médecins du CPF à la prise en charge de la TB MR 5 médecins, 6j, en AN2	0	789	0	0	0	789
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Formation internationale du chef de service du centre de référence Paul Faure sur la prise en charge de TB MR, AN1, 7j	3,576	0	0	0	0	3,576
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Formation nationale des infirmiers à la prise en charge de la TB MR, AN2 10, 2j	0	526	0	0	0	526
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Assistance technique internationale pour la formation à la prise en charge de la TB MR, 7j, AN 2. Perdiem et honoraire	0	2,961	0	0	0	2,961
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Assistance technique internationale pour la formation à la prise en charge de la TB MR, 7j, AN 2. Billet d'avion	0	3,845	0	0	0	3,845
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Acquérir les antituberculeux de deuxième ligne pour 50 patients TB MR par an de AN 2 à AN 5 (dans la continuité de R6)	0	159,684	159,684	159,684	159,684	638,736
STRATEGIE 2.2 lutter contre la tuberculose à bacilles multi résistants	Soutien au GLC, \$50000 par an de AN 2 à AN 5 (dans la continuité de R6)	0	38,462	38,462	38,462	38,462	153,848
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	populations nomades						
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Programme éducationnel sur la TB des populations nomades : 1 session par point de rassemblement (2 par district soit 10 points de rassemblement) et par mois, 2 animateurs par session, de AN1 à AN5.	9,120	9,120	9,120	9,120	9,120	45,600
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Formation des membres des équipes mobiles sur le DOTS, 25 personnes AN1 et 25 personnes AN3, 2 jours	1,316	0	1,316	0	0	2,632

STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Formation des membres des équipes mobiles sur la coinfection TB/VIH DOTS, 25 personnes AN1 et 25 personnes AN3, 2 jours	1,316	0	1,316	0	0	2,632
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Perdiem pour le déplacement des équipes mobiles 5 personnes et un chauffeur x 5 équipes mobiles une fois par mois AN1-AN5	6,840	13,680	13,680	13,680	13,680	61,560
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Réunion trimestrielle du comité de coordination et de suivi des activités de lutte contre la tuberculose chez les nomades ; 20 personnes, 1 jour, 4 fois par an de AN1 à AN5	2,105	2,105	2,105	2,105	2,105	10,525
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	prisons						
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Programme éducatif sur la TB dans la prison conduit par les responsables du PNLT et de la DPS; 1 session par mois, 2 animateurs par session, de AN1 à AN5	912	912	912	912	912	4,560
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Renforcer les services médicaux des prisons, Aménagement d'un local pour l'isolement des malades avec système de ventilation naturelle et mécanique par l'aménagement de ventilateurs d'extraction de l'air, AN2	0	20,000				20,000
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Aménagement d'un local pour quarantaine, AN2	0	20,000				20,000
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Recrutement d'un consultant pour un appui technique à l'élaboration de la stratégie nationale, le manuel des procédures standard, le plan de contrôle de l'infection et le questionnaire sur le dépistage des cas de tuberculose. Perdiem et honoraires, AN 2	0	6,345				6,345

STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Recrutement d'un consultant pour un appui technique à l'élaboration de la stratégie nationale, le manuel des procédures standard, le plan de contrôle de l'infection et le questionnaire sur le dépistage des cas de tuberculose. Billet d'avion	0	3,845				3,845
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Atelier de validation de la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose et le VIH en prison, 20 personnes, 1jour, AN2	0	526				526
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Atelier de validation du manuel des procédures standard, du plan de contrôle de l'infection et du questionnaire de dépistage de la tuberculose, 20 personnes, 1jour, AN2	0	526				526
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Formation, information, sensibilisation du personnel de la prison sur le manuel des procédures standard, du plan de contrôle de l'infection et du questionnaire de dépistage de la tuberculose, AN2, 15 personnes, 3 jours	0	1,184				1,184
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	réfugiés						
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Education sanitaire des réfugiés somaliens et éthiopiens sur les signes de TB et la co-infection TB-VIH : contracter une personne spécialiste en communication et parlant la langue somalienne et éthiopienne, AN1-AN5, 2 mois par an	2,460	2,460	2,460	2,460	2,460	12,300
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Doter le laboratoire d'un camp de réfugiés d'un microscope pour l'examen microscopique direct des crachats en AN1	915	0	0	0	0	915
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Doter le laboratoire du camp de réfugiés de petit équipement de laboratoire pour l'examen microscopique direct des crachats en AN1	102	0	0	0	0	102

STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Doter le laboratoire du camp de réfugiés des moyens nécessaires : réactifs pour l'examen direct des crachats, 1800 examens par an (60 cas estimés x 10 = 600 suspects, x 3 = 1800 examens) soit deux kits pour 1000 examens chacun, AN1-AN5	314	314	314	314	314	1,570
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Aménagement d'un local pour l'isolement des malades avec système de ventilation naturelle et mécanique par l'aménagement de ventilateurs d'extraction de l'air, AN2	0	20,000				20,000
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	enfants						
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Formation des infirmiers des CDT sur le test tuberculinique 3 jours, 46 personnes en AN1	3,631	0	0	0	0	3,631
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Formation des médecins de tous les secteurs sur le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant et sur l'utilisation des formes pédiatriques des antituberculeux, 100 pers, 2j, AN1 et AN3	5,263	0	5,263	0	0	10,526
STRATEGIE 2.3 Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	Mise à disposition de la tuberculine (sur la base de 800 cas de tuberculose chez les enfants par an soit 8000 suspects par an soit 8000 tests par an), AN1-AN5	12,320	12,320	12,320	12,320	12,320	61,600
	Objectif 3 contribuer au renforcement du système de santé						
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines						
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Formation internationale AN1-AN5, 2 personnes par an	19,230	19,230	19,230	19,230	19,230	96,150
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Participation à des conférences internationales AN1-AN5, 2 personnes par an	7,152	7,152	7,152	7,152	7,152	35,760
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Formation/recyclage des médecins et des agents des CDT sur le dots 10/an pour les nouveaux personnels en AN1, AN2, AN4, AN5 et recyclage 60 agents AN3, formation de 5 j	1,316	1,316	7,894	1,316	1,316	13,158

STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Séminaire de recyclage annuel des techniciens de laboratoire par le staff du LNR: 5 jours x 32 personnes par an de AN1 à AN5	4,210	4,210	4,210	4,210	4,210	21,050
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Formation des médecins des CDT sur la radiologie pulmonaire, 30 médecins, 2j; AN1 et AN3	1,579	0	1,579	0	0	3,158
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Assistance technique long terme programmatique AN1-AN5	124,620	124,620	124,620	124,620	124,620	623,100
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Consultant local long terme pour contribuer à la gestion du programme; à sa mise en œuvre, comptable (1230 euros/mois), AN2-AN5	0	14,760	14,760	14,760	14,760	59,040
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Consultant local long terme pour assurer le suivi & évaluation, responsable du suivi évaluation 1230 euros/mois), AN2-AN5	0	14,760	14,760	14,760	14,760	59,040
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Deux assistantes du coordinateur du PLT, AN2-AN5	0	12,900	12,900	12,900	12,900	51,600
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Recrutement d'un responsable unité de communication TB, AN1-AN5	12,900	12,900	12,900	12,900	12,900	64,500
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Formation internationale pour le responsable communication TB, en AN1	9,615	0	0	0	0	9,615
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Salaires de 4 superviseurs de laboratoire et médical pour le programme TB, laboratoire (2) et DOTS (2), AN1-AN5	36,960	36,960	36,960	36,960	36,960	184,800
STRATEGIE 3.1 Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines	Incitation financière au fonctionnement des 8 CDT des vacataires, AN2-AN5 (en continuité de R6),	0	55,680	55,680	55,680	55,680	222,720
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Objectif 4: engager tous les prestataires de soins						
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)						
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Formation des techniciens de laboratoire des structures en dehors du PNLT de Djibouti ville sur la microscopie de la tuberculose 15 personnes, 5 jours en 2011	1,973	0	0	0	0	1,973
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Formation du personnel du PNLT de Djibouti ville sur le PPM, 30 personnes, 2 jours en 2011	1,579	0	0	0	0	1,579

STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Formation du personnel clinique des structures en dehors du PNLT de Djibouti ville sur le DOTS et le PPM, 30 personnes, 2 jours en 2011	1,579	0	0	0	0	1,579
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Supervision trimestrielle des activités de LAT par le PNLT dans les autres structures, de AN2 a AN5 integree avec activites de supervision des structures du PNLT	0	0	0	0	0	
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Diffusion des normes internationales des soins antituberculeux en 2011, duplication de 300 copies	4,500	0	0	0	0	4,500
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Acquérir un starter kits de laboratoire pour 2 laboratoires de l'OPS : 2011	204	0	0	0	0	204
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Acquérir un microscope pour 2 laboratoires de l'OPS en AN2	1,830	0	0	0	0	1,830
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Acquérir un kit de diagnostic de laboratoire pour 2 laboratoires de l'OPS. 120000 consultants par an dont 30% (36000) seraient des malades respiratoires parmi lesquels 10% seraient suspects de tuberculose soit 3600: 4 kits pour 1000 examens, 2011-2015	628	628	628	628	628	3,140
STRATEGIE 4.1 approches mixtes public-public, public-privé (PPM)	Réunion trimestrielle du comité PPM, 15 personnes AN2-AN5	0	1,579	395	395	395	2,764
	Objectif 5 habiliter les patients et la communauté						
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux						
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Atelier de préparation d'une politique nationale communautaire en matière de TB, 20 participants, 3 jours en AN1	1,579	0	0	0	0	1,579
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Assistance technique internationale pour l'élaboration des directives nationales de DOTS Communautaire, 15 jours en AN1, perdiem et honoraire	6,345	0	0	0	0	6,345
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Assistance technique internationale pour l'élaboration des directives nationales de DOTS Communautaire, 15 jours en AN1, billet d'avion	3,845	0	0	0	0	3,845

STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Activités de proximité de conseil pour la détection des tousseurs chroniques et l'orientation des patients et la recherche des absents au traitement, 1ABC/CDT (16), 5 animateurs par ABC, 5 jours par mois par animateur, AN1 à AN5.	43,200	43,200	43,200	43,200	43,200	216,000
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Supervision par les AE des activités des programmes communautaires, 10 sorties de supervision par mois/AE, Djibouti et districts de AN2 à AN5 en continuité du R6	0	13,860	13,860	13,860	13,860	55,440
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Ateliers annuels de sensibilisation et information de 100 imams pour véhiculer des messages éducatifs lors des prêches du vendredi : 100 participants x 1 jour de AN1 à AN5.	2,631	2,631	2,631	2,631	2,631	13,155
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Recrutement de 2 responsables en suivi évaluation, pour les AE AN1-AN5	22,200	22,200	22,200	22,200	22,200	111,000
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Elaboration d'un guide de l'accompagnateur communautaire du malade sous traitement par le PNLT, AN1	4,000	0	0	0	0	4,000
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Formation des accompagnateurs communautaires du malade sous traitement sur le guide 100 personnes, 3 jours AN1	7,894	0	0	0	0	7,894
STRATEGIE 5.1 Participation de la communauté aux soins antituberculeux	Atelier de mise à jour du système de données de suivi des activités communautaires; 20 participants x 2 jours en AN1	1,053	0	0	0	0	1,053
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale						
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Deux enquêtes CAP sur la connaissance des signes de la maladie, comportement en matière de demande de soins et sur délai au diagnostic et les facteurs qui l'influencent; en AN1, et AN5	64,058	0	0	0	64,058	128,116
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Atelier national de restitution étude CAP, 100 pers, 1 jour; AN1, AN5	2,631	0	0	0	2,631	5,262
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Atelier de préparation d'une stratégie de communication, 15 participants x 3 jours AN1	1,184	0	0	0	0	1,184

STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Assistance technique pour la préparation d'une stratégie de communication, 15 jours AN1 honoraire et perdiem	6,345	0	0	0	0	6,345
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Assistance technique pour la préparation d'une stratégie de communication, 15 jours AN1 billet d'avion	3,845	0	0	0	0	3,845
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Assistance Technique pour l'élaboration d'un guide de promotion de la santé spécifique à la LAT : 1 consultant national x 15j, en AN1	615	0	0	0	0	615
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Impression du guide de promotion de la santé spécifique à la lutte contre la tuberculose, AN1	6,000	0	0	0	0	6,000
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Formation des Agences d'Encadrement (AE) par le PNLT et la Direction de Promotion de la Santé (DPS) au guide de promotion de la santé spécifique à la lutte contre la tuberculose, 100 personnes, 2 jours AN1	5,263	0	0	0	0	5,263
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Formation des ABC, des agents de santé communautaire et des agents d'IEC des Centres de santé au guide de promotion de la santé spécifique à la lutte contre la tuberculose, 150 personnes, 2 jours AN1.	7,894	0	0	0	0	7,894
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Manifestation nationale au palais du peuple lors de la journée mondiale TB avec conférence de presse, 200 pers/an, 1 jour; AN1-AN5	5,263	5,263	5,263	5,263	5,263	26,315
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Conception et duplication de l'affiche de la journée mondiale de la TB, AN1-AN5	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	25,000
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Journées Mondiales TB : Achats de supports (1000 T shirts/an, 100 autocollants, 5 banderoles, 2 roller ...) pour la journée mondiale de la TB; AN1-AN5	38,475	38,475	38,475	38,475	38,475	192,375
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Elaboration et production d'un spot TV spécifique au thème de la journée mondiale de la tuberculose, AN1-AN5	1,540	1,540	1,540	1,540	1,540	7,700
STRATEGIE 5.2 Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Production d'une brochure pour les élèves des écoles en AN1	8,000	0	0	0	0	8,000
TOTAL		1,173,125	1,178,285	1,153,346	1,097,890	1,178,286	5,780,932