



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE



ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE



**RAPPORT DE L'ETUDE SUR L'EVALUATION
INITIALE DES BARRIERES LIEES A L'ACCES
AUX SERVICES DE SOINS POUR LES
PERSONNES TOUCHEES PAR LA
TUBERCULOSE AU SENEGAL**

Pr Mamadou Makhtar Mbacké LEYE

Dakar, le_16_/_08_/2023_/_

TABLE DES MATIERES

I. CONTEXTE	7
II. OBJECTIF	7
II.1 Objectif général	7
II.2 Objectifs spécifiques	8
III. METHODOLOGIE	8
III.1 . Revue documentaire	8
III.1.1 Enquête quantitative	9
Tableau I: Répartition des districts par axe	10
III.1.2 Enquête qualitative	11
III.1.3 Collecte de données	11
III.1.4 Saisie des données	13
IV. RESULTATS	14
IV.1 . Revue documentaire	14
IV.2 . Résultats quantitatifs	18
IV.2.1 Caractéristiques socioprofessionnelles	18
IV.2.2 Cartographie des patients suivis au niveau des CDT	18
IV.2.3 Populations clés vulnérables suivies au niveau des CDT	18
IV.2.4 Collectes et enregistrement des données	19
IV.2.5 Rupture de stock	19
IV.2.6 Gratuité des médicaments antituberculeux	19
IV.2.7 Signalement de plaintes par les patients TB	19
IV.2.8 Vulgarisation d'informations sur la TB	20
IV.2.9 Réalités socio-culturelles	20
IV.2.10 Connaissance sur l'existence de la loi sur la TB	20
IV.2.11 Obstacles aux services de soins	20
IV.2.12 Abandons aux traitements	20
IV.2.13 État des formations sanitaires	21
IV.2.14 Hospitalisations des malades TB	21
IV.3 . Résultats qualitatifs	21
IV.3.1 Perceptions des patients TB des PCV sur l'accès aux soins antituberculeux . 21	
IV.3.2 Perceptions auprès des PCV	24
IV.3.3. Perceptions des acteurs du niveau central	35
VII. SYNTHESE DES FORCES ET DES FAIBLESSES DE LA SITUATION	51
VIII. RECOMMANDATIONS	53
IX. PLAN D'ACTION	55
IX.1 . But	55

IX.2	. Objectifs	55
IX.2.1	Objectif général	55
IX.2.2	Objectifs spécifiques	55
IX.3	PLAN OPERATIONNEL CRG TB	57
IX.4	PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	67
IX.5	BUDGET	67
X.	ANNEXES	68

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau I: Répartition des Districts par axe</i>	<i>10</i>
<i>Tableau II: Répartition des patients selon les plaintes signalées auprès des CDT</i>	<i>20</i>
<i>Tableau III: Répartition des CDT selon les causes d'abandon au traitement de la TB ..</i>	<i>21</i>
<i>Tableau IV: Récapitulation des différentes barrières évoquées par les acteurs à tous les niveaux</i>	<i>48</i>

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Répartition des patients TB suivis dans les CDT par région.....</i>	<i>10</i>
<i>Figure 2: Répartition des populations clés suivies dans les CDT.....</i>	<i>11</i>
<i>Figure II.1 : Nuage de mots des propos des patients TB.....</i>	<i>25</i>
<i>Figure 4 : Nuage de mots des propos des orpailleurs.....</i>	<i>27</i>
<i>Figure 5 : Nuage de mots des propos des étudiants.....</i>	<i>28</i>
<i>Figure 6 : Nuage de mots des propos des détenus.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 7 : Nuage de mots des propos des pêcheurs.....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 8 : Nuage de mots des propos des femmes.....</i>	<i>36</i>

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CDT	Chargé De Traitement
CDI	Consommateur de Drogues Injectables
CLD	Community-Led Monitoring
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CRG	Communauté, Droits humains et Genre
CVA	Comité de Veille et d'Alerte
DOT	Directly Observed Therapy
DS	District Sanitaire
HOGIP	Hôpital Général Idrissa Pouye
LAT	Lutte Antituberculeuse
MAC	Maison d'Arrêt et de Correction
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MSM	Men who Have Sex with Men
OCASS	Observatoire Citoyenne pour l'Accès aux Services de Santé
OCB	Organisation Communautaire de Base
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCV	Population Clé Vulnérable
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PS	Professionnelle du Sexe
RADDHO	Rencontre Africaine pour la Défense des Droits de l'Homme
RTS	Radio Télévision Sénégalaise
STP	Stop TB Partnership
TB	Tuberculose
VAD	Visite à Domicile
VALT	Visite au Lieu de Travail
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUMÉ

Introduction : En mars 2020, le Sénégal, a effectué une étude pour identifier et estimer la taille des groupes les plus exposés à la tuberculose. Les résultats de cette étude ont démontré qu'il est important de mener de manière intégrée l'évaluation rapide et qualitative incluant les 3 aspects : Communauté, Droits humains et Genre (CRG Assessment) avec les outils CRG de Stop TB Partnership. a préconisé de réaliser cette évaluation et d'élaborer un plan d'action pour prendre en charge les principales barrières à l'accès aux services pour les personnes touchées par la tuberculose, en particulier les populations clés.

Méthodologie : Un devis mixte concomitant quantitatif et qualitatif avec une revue documentaire a été mené dans la période du 15 mars au 25 mai 2023. Le volet quantitatif concernait les chargés de traitement de la tuberculose. Quant au volet qualitatif, les populations d'étude étaient les patients TB, les groupes appartenant aux populations clés vulnérables et les acteurs du niveau central. Les données quantitatives ont été analysés grâce au logiciel Epi Info 3.3.2. Une analyse du contenu a été faite suit aux propos des différents groupes et personnes interviewées.

Résultats : Au total, 15 CDT ont été enquêtés. Selon les CDT, comme obstacles d'accès aux services de soins, l'insuffisance de ressources financières des patients TB et l'éloignement des structures étaient citées respectivement dans 86,6% et 40% des cas. Les CDT avaient signalé des abandons de traitement dans 26,67% des cas. La durée moyenne du traitement avant l'abandon était de 2 mois. Certains patients nous ont fait savoir qu'ils n'ont aucune connaissance sur les liens entre la TB et les droits humains et qu'ils n'ont jamais entendu parler auparavant. La plupart des patients sont impliqués dans la stratégie de lutte surtout dans le cadre de la rupture de la chaîne de transmission de la TB en faisant l'auto distanciation sociale pour protéger l'entourage aussi bien en milieu familial que professionnel. Les patients TB étaient satisfaits de la qualité des services offerts lors de leurs RV. Cette satisfaction des patients est déterminant du respect des rendez-vous. Les PCV ignorent la tuberculose et l'existence de liens entre la tuberculose et les droits humains. Les étudiants disaient que ça ne leur dérange pas d'être avec un malade TB. Certains ont expliqué qu'ils n'ont pas le droit de stigmatiser les patients TB car ces derniers ont droit à la santé et c'est un devoir de les aider. Pour la plupart des détenus, il n'était pas question de vivre à côté d'un patient tuberculeux par peur de contracter la maladie La maladie a toujours été mal vue dans le milieu carcéral et personne ne souhaitait en être victime. Les femmes suggéraient au PNT de mettre en œuvre un plan d'action pour appuyer les malades dans le suivi de leur alimentation. Elles insistent sur l'appui financier des patients TB. L'état du Sénégal respecte les conventions internationales qui portent sur les droits de l'homme. Dans la constitution même du Sénégal, certains droits de l'homme ont un caractère fondamental c'est-à-dire ont une valeur constitutionnelle exemple le droit à la santé. Selon le coordonnateur, *« Certaines PCV ont été orientés dans ce cadre. Il s'agit de celles qui vivent dans des zones peuplées et qui reçoivent souvent les relais communautaires. Ainsi, les contacts TB, les détenues bénéficient régulièrement des sessions d'orientation à travers les paires éducatrices. Les PCV du VIH, les CDI, les PS, les MSM qui bénéficient de façon annuelle des sessions de renforcement des connaissances sur la TB. Mais globalement il faut noter qu'il y'a des insuffisances qu'il faut combler ».*

Conclusion : Cette étude a permis de ressortir les lacunes en rapport à l'accès aux soins chez les patients TB des PCV. Comme perspective, le plan d'action élaboré et mis en œuvre sera une opportunité pour renforcer la lutte antituberculeuse au Sénégal.

Mots clés : tuberculose, accès aux soins, population clé vulnérable, barrière, Sénégal

I. CONTEXTE

La tuberculose (TB) est une maladie sociale ; elle touche le plus souvent les populations les plus vulnérables. Même si des progrès ont été réalisés dans le cadre de la prise en charge médicale. La lutte contre la TB est souvent confrontée à des obstacles liés au genre et aux droits humains.

Ces barrières peuvent être d'ordre linguistique, culturelle, ou par manque de confiance en soi et /ou aux personnels de santé, la peur d'une dénonciation et les sentiments d'infériorité. Cette situation accentue le fardeau de la TB chez ces populations socialement marginalisées, souvent criminalisées et confrontées à diverses atteintes aux droits humains.

En mars 2020, le Sénégal, a effectué une étude pour identifier et estimer la taille des groupes les plus exposés à la tuberculose pour dépister et traiter 90 % d'entre eux. Les résultats de cette étude ont démontré qu'il est important de mener de manière intégrée l'évaluation rapide et qualitative incluant les 3 aspects : Communauté, Droits humains et Genre (CRG Assessment) avec les outils CRG de Stop TB Partnership. Ceci permettra de renseigner avec les évidences en appui les lacunes en matière de la prise en charge qui tient compte des besoins spécifiques des populations clés, d'un environnement légal favorable et d'une prise en charge qui tient compte de l'équité et de l'égalité des sexes dans le cadre des soins centrés sur le patient.

C'est dans ce contexte que le Programme national de Lutte contre la Tuberculose (PNT), grâce à la Subvention du Fonds mondial SEN-Z-MOH, a préconisé de réaliser cette évaluation et d'élaborer un plan d'action pour prendre en charge les principales barrières à l'accès aux services pour les personnes touchées par la tuberculose, en particulier les populations clés. Cette évaluation initiale est basée sur l'utilisation de l'outil d'évaluation Communauté : Genre et Droits humains (CGR) de Halte à la Tuberculose. .

II. OBJECTIF

II.1 Objectif général

L'objectif général de cette recherche est d'élaborer un plan d'action national après une évaluation initiale des barrières liées à l'accès aux services de soins pour les personnes touchées par la tuberculose, en particulier les populations clés.

II.2 Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- Évaluer les barrières liées à l'accès aux services de soins pour les personnes touchées par la tuberculose, en particulier les populations clés
- Élaborer un plan d'action

III. METHODOLOGIE

Les méthodes mixtes (MM) combinent des méthodes qualitatives et quantitatives dans une étude ou un programme de recherche. Elles sont choisies lorsque cette combinaison est avantageuse en termes de compréhension, de corroboration, d'explication, de validation, de transférabilité ou de généralisation. Les méthodes mixtes connaissent une popularité croissante, mais font face à des enjeux importants

La méthodologie retenue dans cette étude comporte trois parties : une revue documentaire, une enquête quantitative et une enquête qualitative.

III.1. Revue documentaire

Une revue documentaire a été faite sur les documents ciblant les populations clés et vulnérables. Elle s'est intéressée à la prise en compte de l'approche genre pour les ripostes nationales au VIH et à la tuberculose ; et à l'évaluation de l'environnement juridique de la tuberculose.

La revue a porté sur les documents suivants :

- Le guide normatif sur une approche de la maladie fondée sur les droits ;
- Le rôle des droits de l'homme dans la riposte à la tuberculose ;
- L'emprisonnement des personnes atteintes de tuberculose et entre autres questions, la tuberculose dans les populations vulnérables ;
- La déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose avec le soutien du STP ;
- Une note technique à l'intention des décideurs politiques et des responsables de la mise en œuvre des programmes intitulée « *Activer une riposte à la tuberculose fondée sur les droits humains* ».

III.1.1 Enquête quantitative

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive et analytique.

III.1.1.1 Populations d'étude

Nous avons trois populations d'étude suivant la cible.

- Enquête au niveau des prestataires : elle est représentée par l'ensemble des prestataires de santé impliqués dans la prise en charge de la tuberculose au niveau des structures sanitaires choisies.

III.1.1.2 Échantillonnage

Les districts étaient choisis à partir d'un sondage aléatoire stratifié. Les strates étaient composées par les cinq axes (voir tableau I). Au niveau de chaque axe l'ensemble des districts ont été listés suivant les régions. Ainsi trois districts ont été choisis au hasard à partir d'un tirage stratifié.

III.1.1.2.1 Les unités statistiques

Pour l'enquête au niveau des districts, elle s'était focalisée sur les prestataires exerçant au niveau des CDT.

III.1.1.2.2 Les critères d'inclusion

Était inclus dans l'étude, tout prestataire impliqué dans la prise en charge de la tuberculose

III.1.1.2.3 Les critères de non inclusion

Était non inclus :

- Tout prestataire absent au cours de l'enquête ;
- Tout prestataire impliqué dans la prise en charge de la tuberculose refusant de donner son consentement et/ou son assentiment pour l'entretien ;

III.1.1.3 Méthode d'échantillonnage

Pour le recrutement des unités statistiques, il a été réalisé un sondage aléatoire simple à plusieurs degrés

III.1.1.4 Échantillonnage au premier degré

Cet échantillonnage consistait à sélectionner les districts où étaient recrutées les unités statistiques. Les districts ont été choisis à partir d'un sondage aléatoire simple stratifié. Les strates sont composées par les cinq axes (voir tableau I). Au niveau de chaque axe l'ensemble des districts ont été listés suivant les régions. Ainsi trois districts ont été choisis au hasard (tableau I).

Tableau I: Répartition des districts par axe

Axes géographiques	Région	Nombre de districts choisis	Noms des districts choisis pour l'enquête
Ouest	Dakar Thiès	3	Keur Massar Mbour Thiès
Centre	Diourbel Kaolack Kaffrine Fatick	3	Bambey Kasnack Koungheul
Nord	Louga Saint-Louis Matam	3	Richard Toll Saint-Louis Matam
Sud -Est	Kédougou Tambacounda	3	Kédougou Saraya Tambacounda
Sud	Ziguinchor Sédhiou Kolda	3	Bignona Sédhiou Kolda

III.1.1.5 Échantillonnage au deuxième, troisième et quatrième degré

Cet échantillonnage concernait la sélection des patients, prestataires au niveau CDT et des personnes au niveau de la communauté.

Un recrutement exhaustif de l'ensemble des prestataires impliqués dans la lutte antituberculeuse (LAT) et œuvrant dans le centre de santé de référence au niveau des districts choisis a été effectué.

Pour la sélection des patients, dans chaque CS de référence, au niveau de chaque district, tous les patients TB venus en rendez-vous ont été enquêtés.

III.1.2 Enquête qualitative

L'enquête qualitative auprès des responsables du PNT, des patients TB et de la communauté a permis d'apprécier les barrières d'accès aux services de prise en charge de la tuberculose. Elle a été menée dans les districts où l'enquête quantitative a été réalisée permettant ainsi d'approfondir et de compléter les informations déjà recueillies par la méthode quantitative. Il s'agit aussi de focus group auprès de la communauté et d'entretien individuel des responsables du PNT. Au niveau des structures, du fait de la difficulté à réunir les sujets tuberculeux, seuls des entretiens approfondis y ont été réalisés.

III.1.2.1 Échantillonnage

Les entretiens individuels et groupés ont été réalisés au niveau de la communauté. Au niveau de chaque district, un CDT a été tiré au sort et les entretiens individuels étaient réalisés.

III.1.2.2 Taille de l'échantillon

Au niveau communautaire, au total cinq focus groupes ont été réalisés donc un par axe. Les groupes ont enregistré entre huit et douze participants. Quant aux entretiens individuels, quatre patients TB ont été choisis au niveau district soit au total douze entretiens par axe. Des entretiens individuels ont été réalisés avec les acteurs clés du niveau central.

III.1.3 Collecte de données

Les données ont été collectées par plusieurs équipes.

III.1.3.1 Compositions des équipes

Pour cette étude, cinq groupes ont été répartis dans cinq axes. Ainsi, chaque groupe était composé de deux enquêteurs et un superviseur. Ces groupes ont rejoint leurs axes respectifs selon le schéma suivant :

- Groupe I —————> Axe Dakar - Thiès
- Groupe II —————> Axe centre : Diourbel – Kaolack - Fatick – Kaffrine
- Groupe III —————> Axe Nord : Louga – Saint-Louis - Matam
- Groupe IV —————> Axe sud-est : Tambacounda – Kédougou
- Groupe V —————> Axe sud : Ziguinchor – Sédhiou - Kolda

III.1.3.2 Rôles des acteurs de terrain

Le superviseur de l'axe était chargé de la gestion de l'équipe de terrain, de la formation des enquêteurs, du rapportage des données, de la supervision. Il introduisait les membres de son équipe auprès des formations sanitaires, aidait à l'identification des personnes à enquêter dans chaque structure et veillait au bon déroulement de l'enquête. Il effectuait un débriefing avec les membres de son équipe. Ces rencontres ont permis d'aborder les problèmes rencontrés dans la journée et les stratégies correctrices. Il était responsable du bon déroulement de l'enquête au sein de son axe. Il intervenait à chaque fois que les équipes rencontrent des problèmes. À la fin de chaque journée, il faisait l'état sur le niveau d'avancement de l'enquête.

Les enquêteurs étaient chargés de recueillir les données. Après remplissage, la vérification de la qualité du remplissage a été effectuée par le chef d'équipe qui était chargé du contrôle.

III.1.3.3 Mode de recueil des données

III.1.3.3.1 Enquête quantitative

Dans chaque district, les données ont été recueillies par les enquêteurs au niveau des structures sanitaires auprès des CDT. Le questionnaire (annexe 1) y a été administré aux enquêtés.

III.1.3.3.2 Enquête qualitative

Le focus group (ou groupe de discussion) qui est une forme de technique de recherche qualitative prenant forme au sein d'un groupe spécifique culturel, sociétal ou idéologique, afin de déterminer la réponse de ce groupe et l'attitude qu'il adopte devant un produit, un service, un concept ou des notices. C'est une technique de recueil de données appropriées dans ce genre d'étude. Il a ainsi été organisé un focus group de discussion avec des patients tb et des personnes issues de la communauté dans chacune des zones de l'étude.

L'intérêt du focus group est de permettre une confrontation directe des idées et leur soumission à une certaine critique collective réduisant ainsi certains biais liés à l'oubli ou à des effets volontairement recherchés pour diverses raisons.

Les données du focus group ont aidé à un certain contrôle et à une triangulation des informations entre leurs contenus, les éléments du questionnaire individuel, et ceux tirés des autres entretiens avec des responsables de l'administration sanitaire.

L'analyse des contenus des focus group a été faite par un logiciel de traitement de données qualitatives. Nvivo, est un logiciel qui supporte des méthodes de recherches qualitatives et combinées. Il est conçu pour permettre d'organiser, analyser et trouver du contenu perspicace parmi des données non structurées ou qualitatives telles que les focus group. Ce logiciel très performant nous permet de gagner du temps mais surtout d'être plus pointu dans l'analyse des items que feront ressortir les participants aux différents focus group et entretiens individuels.

III.1.4 Saisie des données

Les données quantitatives ont été saisies par les enquêteurs sur des téléphones portables suite au paramétrage du questionnaire. Ils se sont également chargés de transcrire textuellement les données qualitatives.

III.1.4.1 Analyse des données

III.1.4.1.1 Enquête quantitative

Les données ont été analysées grâce aux logiciels Epi Info 3.3.2 et R. L'analyse des données comportait deux parties : une partie descriptive et une partie analytique.

La description des variables qualitatives a été faite par le calcul de fréquences avec leurs intervalles de confiance à 95% et pour les variables quantitatives par le calcul de moyennes avec leur écart-type.

IV. RESULTATS

IV.1. Revue documentaire

Contrairement aux efforts de lutte contre le VIH, les droits de l'homme n'ont joué qu'un rôle périphérique dans les efforts de prévention et de traitement de la tuberculose. Cela est évident dans le rôle limité que jouent les droits dans les efforts de plaidoyer mondiaux, le manque de législation spécifique à la tuberculose articulant les droits des personnes atteintes de tuberculose, la jurisprudence sous-développée impliquant la tuberculose et les droits de l'homme dans les tribunaux du monde entier, et le manque de financement pour les droits de l'homme dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose. Plus généralement, le rôle que joue la loi pour soutenir ou entraver les efforts de lutte contre la tuberculose n'a pas été entièrement examiné. Comme l'illustre un exemple frappant, même là où des fonds sont disponibles pour les programmes de droits de l'homme pour la tuberculose, il y a un manque de demande ¹.

Le manque de protection de la vie privée et de la confidentialité des personnes touchées par la tuberculose dans la loi, les politiques et la pratique est le principal défi aux libertés liées à la santé identifié dans les résultats de l'évaluation CRG. Dix-huit pays ont mis en évidence divers types de problèmes de protection de la vie privée. Ceux-ci incluent un manque de protection de la vie privée et des violations de la confidentialité dans les soins de santé qui découragent l'utilisation des services de dépistage et de traitement de la tuberculose et posent des problèmes d'observance du traitement. L'évaluation a révélé que la plupart des pays n'ont pas de lois ou de politiques qui reconnaissent et protègent spécifiquement le droit à la vie privée des personnes touchées par la tuberculose ; cependant, certains pays ont des lois protégeant plus généralement la confidentialité dans les soins de santé. Les résultats dans plusieurs pays mettent en évidence les problèmes de protection de la vie privée liés aux activités de santé publique en matière de tuberculose, y compris la recherche des contacts et les procédures de notification de la maladie. L'évaluation a également découvert que l'infrastructure et les procédures opérationnelles des centres antituberculeux empiètent sur la vie privée avec des enseignes extérieures et intérieures et des pratiques en salle d'attente ².

¹<https://www.stoptb.org/sites/default/files/Declaration%2520des%2520droits%2520des%2520personnes%2520affectees%2520par%2520la%2520tuberculose%2520%28A5%2520French%2520Version%29.pdf>

² Brian Citro, Viorel Soltan, James Malar, Thandi Katholo, Caoimhe Smyth, Ani Hema Sari, Olya Klymenko et Maxime Lungu. Construire les preuves d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits, centrée sur les personnes et sexotransformatrice: une analyse de l'évaluation de la communauté, des droits et du genre du Partenariat Halte à la tuberculose

Les résultats de l'évaluation CRG dans 13 pays mettent également en évidence les préoccupations concernant l'isolement et l'hospitalisation involontaires des personnes atteintes de tuberculose. Les résultats révèlent que la plupart de ces pays n'ont pas de lois ou de politiques qui définissent les circonstances, les procédures ou les protections pour l'isolement des personnes atteintes de tuberculose. En revanche, certains ont des lois autorisant largement la mise en quarantaine ou l'hospitalisation obligatoire des personnes atteintes de tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ce qui n'est pas conforme aux directives éthiques de l'OMS pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la tuberculose (*Ethics Guidance for the Implementation of the End TB Strategy*)³. Le Kenya est l'un des 22 pays les plus touchés par la tuberculose selon l'OMS. La loi sur la santé publique du Kenya autorise l'isolement et la détention de toute personne qui "a récemment été exposée à l'infection, et peut être en phase d'incubation, de toute maladie infectieuse à déclaration obligatoire", y compris la tuberculose, si cette personne "n'est pas hébergée de manière à se prémunir adéquatement contre la propagation de la maladie" ⁴ La loi crée également une peine pour ceux qui « s'exposent volontairement » en public « sans précautions appropriées contre la propagation de la maladie ». L'application de la loi a entraîné l'emprisonnement et le traitement obligatoire des personnes atteintes de tuberculose qui sont perdues de vue.

Une approche de la tuberculose fondée sur les droits de l'homme est ancrée dans les traités internationaux et régionaux et les constitutions nationales⁵. Ces lois établissent les droits des personnes vivant avec et vulnérables à la tuberculose, y compris les droits à la vie, à la santé, à la non-discrimination, à la vie privée, à la participation, à l'information, à la liberté de mouvement, au logement, à la nourriture, à l'eau et au bénéfice des progrès scientifiques. Le droit des droits de l'homme crée également des obligations juridiques correspondantes pour les gouvernements et des responsabilités pour les acteurs privés, promouvant la responsabilité et l'accès à des recours en cas de violation des droits. De plus, comme cela a été démontré dans la lutte contre le VIH, le respect et la promotion des droits humains des personnes atteintes de tuberculose sont susceptibles de favoriser des

³ Organisation mondiale de la Santé, *Ethics guidance for the implementation of the end TB strategy* (Genève : OMS, 2017), ch. 15.

⁴ Lois du Kenya, Public Health Act, Cap 242, Section 27.

⁵ International instruments include the Universal Declaration on Human Rights; International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; International Covenant on Civil and Political Rights; International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination; Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women; and Convention on the Rights of the Child. Regional instruments include the European Convention on Human Rights; American Declaration of the Rights and Duties of Man; and American Convention on Human Rights. More than 130 national constitutions include the right to health care, see <https://www.constituteproject.org>.

interventions plus durables, de meilleurs résultats de prévention et de traitement et des réductions de la résistance aux médicaments.

La Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose souligne en outre divers droits liés au genre, notamment le droit de ne pas subir de discrimination liée au genre et le droit de disposer d'informations adaptées en fonction de son genre⁶. Il est conseillé aux pays de mettre en œuvre des politiques et des programmes sensibles au genre/sensibles à tous les aspects des programmes de lutte contre la tuberculose, en tenant particulièrement compte à la fois de la prévalence de la maladie et des obstacles à l'accès aux services ⁷. Le genre est pertinent dans tous les aspects de la réponse à la tuberculose. Il détermine qui est à risque d'infection et de maladie, quand et comment le diagnostic est fait, et sera décisif dans l'accès au traitement, la probabilité de l'observance et de l'achèvement du traitement, et les conséquences sociales et financières de la tuberculose. Les deux tiers des cas de tuberculose dans le monde concernent des hommes, ce qui indique qu'il existe d'importants obstacles liés au genre en matière de lutte contre les risques accrus et/ou de services de prévention. Des études ont cependant montré que les femmes sont confrontées à des obstacles disproportionnés pour accéder aux services de soins de la tuberculose, ainsi qu'à une plus grande stigmatisation et à de plus fortes conséquences psychosociales de la tuberculose. Les femmes sont également confrontées à de nombreux défis supplémentaires liés à la tuberculose et à la santé maternelle. Une approche sexospécifique de la tuberculose identifie et traite les problèmes sociaux, juridiques, culturels et biologiques qui sous-tendent l'inégalité entre les sexes et contribuent à de mauvais résultats sanitaires. Les réponses sexospécifiques à la tuberculose reposent en outre sur la reconnaissance du fait que toutes les interventions contre la tuberculose ont la capacité de renforcer ou d'atténuer les normes sexospécifiques néfastes. Les programmes antituberculeux ont donc la responsabilité éthique de surveiller les interventions pour garantir un impact large et positif ⁸.

La stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose reconnaît « la protection et la promotion des droits humains, de l'éthique et de l'équité » comme l'un des quatre principes essentiels pour mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose. Les objectifs pour mettre fin à la tuberculose exhortent les parties prenantes nationales à mettre en

⁶ |UNTRANSLATED_CONTENT_START||| Declaration of the Rights of People Affected by Tuberculosis', Stop TB Partnership and TB People [Available at: <http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/FINAL%20Declaration%20on%20the%20Right%20of%20People%20Affected%20by%20TB%2013.05.2019.pdf>]|||UNTRANSLATED_CONTENT_END|||

⁷ Voir les dossiers techniques du Fonds mondial. Ibid.

⁸ CRG-Investment-Package -Gender-and TB

place des interventions antituberculeuses axées sur le lien entre les droits humains et l'efficacité et l'efficience des ripostes nationales à la tuberculose L'évaluation CRG TB de 2020 a relevé que les aspects de l'épidémie de tuberculose en rapport avec les droits humains et le genre sont très peu documentés et moins maîtrisés par la plupart des acteurs de la lutte antituberculeuse. Des obstacles importants ont cependant été répertoriés, en particulier une stigmatisation des personnes atteintes de tuberculose que celles-ci finissent elles-mêmes par intérioriser ; due en grande partie à un manque de connaissances de la maladie et de ses traitements et à l'image négative qu'elle véhicule. La crainte du rejet social et l'intériorisation de fausses croyances sur la tuberculose font que la maladie est déjà à un stade avancé lorsque les personnes touchées se décident à effectuer un test de dépistage ou à démarrer un traitement. Les obstacles juridiques, politiques, du système de santé, de l'engagement communautaire ainsi que les déterminants sociaux empêchent les personnes d'avoir accès à une prévention, un diagnostic, des soins et un soutien, efficaces contre la TB, en particulier ceux considérés comme des populations clés et vulnérables. On peut donc supposer que ces facteurs augmentent la vulnérabilité des personnes à l'infection tuberculeuse, la progression vers la maladie, un diagnostic et un traitement tardifs ainsi qu'une mauvaise observance. S'attaquer à ces obstacles à l'accès aux soins et aux services de soutien de qualité nécessite une approche des droits de l'homme face à la TB. Cette approche donne la priorité aux besoins des marginalisés pour une plus grande équité. Ce principe est repris dans l'Agenda 2030 récemment adopté pour le développement durable et la couverture sanitaire universelle.

IV.2. Résultats quantitatifs

IV.2.1 Caractéristiques socioprofessionnelles

La moyenne d'âge des CDT était de 45,07 avec un maximum de 57 ans et un minimum de 35ans.Plus de la moitié (53,3%) était de sexe masculin avec un sex-ratio de 1,14. Parmi les CDT, les 2/3 étaient des infirmiers et le reste était des ASC/relais.

IV.2.2 Cartographie des patients suivis au niveau des CDT

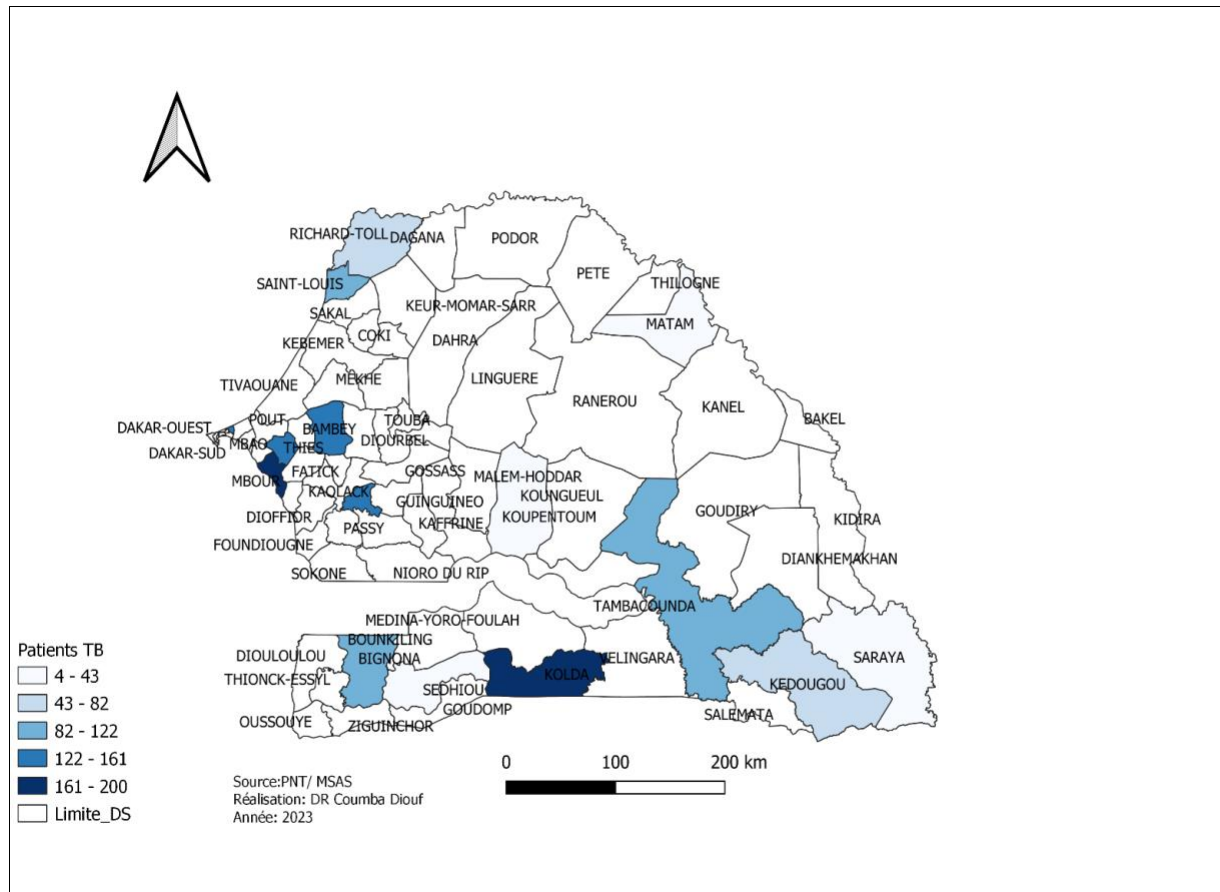


Figure 1 : Répartition des patients TB suivis dans les CDT par région

IV.2.3 Populations clés vulnérables suivies au niveau des CDT

Au niveau des CDT, 93 patients TB appartenant aux populations clés vulnérables étaient suivis au moment des enquêtes. Parmi eux, les sujets contacts et les femmes ménagères étaient plus représentatifs avec des effectifs respectifs de 15 et de 10.

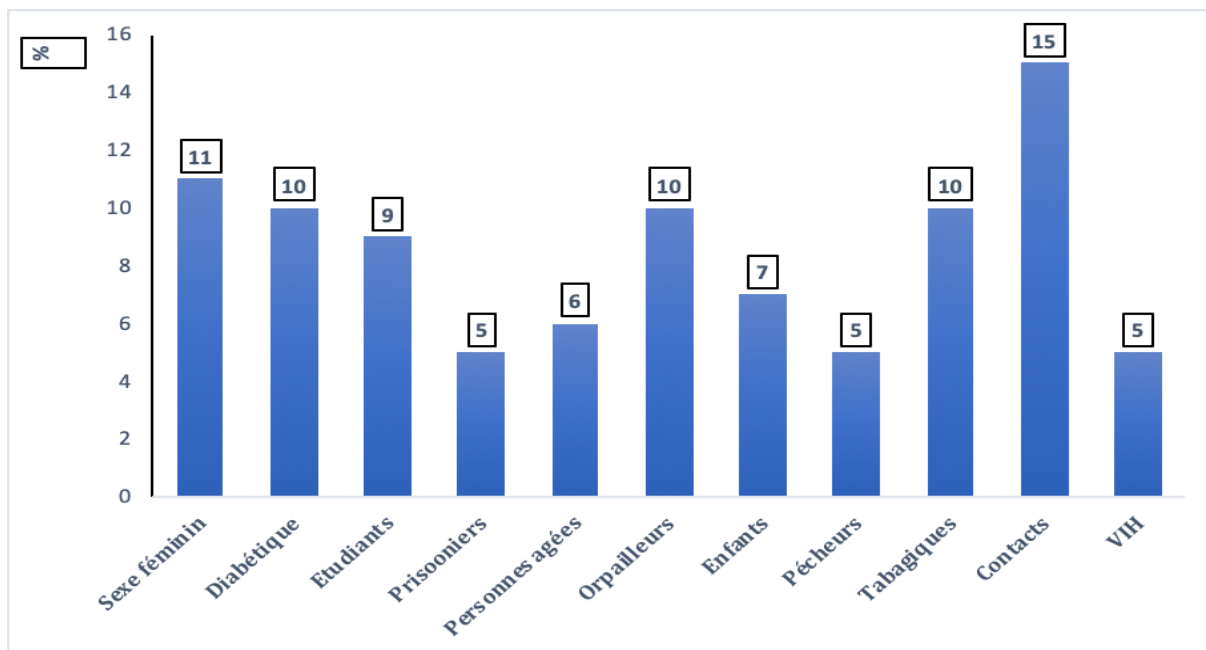


Figure 2: Répartition des populations clés suivies dans les CDT

IV.2.4 Collectes et enregistrement des données

Les CDT collectaient systématiquement et enregistraient les données dans le DHIS2 respectivement dans 93,33% et 73,33%.

IV.2.5 Rupture de stock

La rupture de stock a été notée dans 20% des CDT et étaient moyennement fréquentes.

IV.2.6 Gratuité des médicaments antituberculeux

Les médicaments anti tuberculeux sont gratuits dans tous les CDT. Cependant, les autres médicaments compléments sont à la charge des malades dans tous les CDT.

IV.2.7 Signalement de plaintes par les patients TB

Les patients TB appartenant aux PCV ont signalé les problèmes les concernant dans 86,67% des CDT. Les aspects concernés par ces problèmes sont récapitulés dans le tableau II.

Tableau II: Répartition des patients selon les plaintes signalées auprès des CDT

Aspects	Effectif	Fréquence (%)
Insuffisance ou mauvaise qualité de soutien alimentaire	5	33,33
Rejet en milieu professionnel	10	66,67
Étroitesse des locaux des patients TB hospitalisés	11	73,33
Rejet en milieu familial	9	60
Éloignement de la structure	5	33,33
Traitement très long	6	40
Effets secondaires	4	26,67
Stigmatisation	10	66,67

IV.2.8 Vulgarisation d'informations sur la TB

La vulgarisation d'informations sur la TB est faite par 93,33% des CDT mais à faible fréquence 26,67%.

IV.2.9 Réalités socio-culturelles

Avec les réalités socio-culturelles, seuls 66,67% des patients TB ont convenablement accès aux services de soins.

IV.2.10 Connaissance sur l'existence de la loi sur la TB.

Seuls 53,33% des CDT sont au courant de l'existence de la loi sur la TB.

IV.2.11 Obstacles aux services de soins

Selon les CDT, comme obstacles d'accès aux services de soins, l'insuffisance de ressources financières des patients TB et l'éloignement des structures ont été cités respectivement dans 86,6% et 40% des cas.

IV.2.12 Abandons aux traitements

Les CDT ont signalé des abandons de traitement dans 26,67% des cas. La durée moyenne du traitement avant l'abandon était de 2 mois. Les causes d'abandon sont récapitulées dans le tableau III. .

Tableau III: Répartition des CDT selon les causes d'abandon au traitement de la TB

Causes d'abandons	Effectif	Fréquence (%)
Difficultés financières	7	46,67
Peur de perte d'emploi	5	33,33
Intolérance aux médicaments anti TB	5	33,33
Éloignement de la structure	3	20
Incarcération	1	6,67
Mobilité	2	13,33
Manque de moyen de transport	1	6,67
Amélioration des symptômes après 2 mois de traitement	3	20

IV.2.13 État des formations sanitaires

Des formations sanitaires qui n'ont pas de cadre de traitement bien aménagé pour les soins de la TB (contrôle d'infection) au sein des districts étaient à 66,67%. La plupart des CDT ont évoqué le manque d'aération, d'hygiène des salles d'isolement des malades TB mais aussi un manque de formation pour certains prestataires.

IV.2.14 Hospitalisations des malades TB

Les hospitalisations des malades TB se font dans des salles restreintes dans 60% des cas et 33,33% des CDT dénoncent le manque criard de lits.

IV.3. Résultats qualitatifs

IV.3.1 Perceptions des patients TB des PCV sur l'accès aux soins antituberculeux

❖ Barrières liées au droit de la santé

Certains patients nous ont fait savoir qu'ils n'ont aucune connaissance sur les liens entre la TB et les droits humains et qu'ils n'en ont jamais entendu parler auparavant.

: « *je ne connais pas les liens entre la TB et les droits humains* ». Un homme de 70 ans « *J'ignore l'existence de lien entre la tuberculose et les droits humains, certes l'école m'a permis d'avoir des connaissances sur la maladie notamment le germe responsable, les modes de transmission et la prévention* ». Un élève de 19ans, à 5 mois de traitement,

D'autres ont peu de connaissances sur les liens entre la TB et les droits humains. Un homme de 28 ans TB/VIH disait : « *j'ai une connaissance sommaire des liens entre la TB et les droits humains*. Leurs droits n'ont jamais été violés dans le cadre de la prise en charge. Une femme, âgée de 46 ans, ménagère, veuve et à 3mois de traitement « *Je connais certains*

liens entre la tuberculose et les droits humains puisque mon fils avait la tuberculose en 2011». Un autre patient, âgé de 40ans, monogame, « Je ne connais pas les liens entre la TB et les droits humains avant de contracter la maladie ». L'essentiel des patients interrogés n'a jamais été victime de violation de leurs droits. Un patient rapportait : « NON, je n'ai jamais été victime d'une violation aussi bien par les agents de santé, mon entourage et ma famille.

- *Le non-respect des horaires de travail comme obstacle aux soins*

Cependant, certains dénoncent le retard du personnel dans la prise en charge. Un patient TB, tabagique et vivant dans une situation de handicap, explique que : «... *les agents (CDT) viennent souvent en retard et je viens en jeun selon la recommandation du chargé de traitement. Il est très difficile d'attendre longtemps et surtout avec les effets secondaires. Il arrive que j'attende le personnel jusqu'à 9h 30mn et moi pour arriver ici je marche malgré mon handicap. Je prends rarement un taxi faute de moyens financiers dès fois ce sont des bonnes volontés qui me trouvent en chemin pour me déposer... ».*

❖ **Obstacles au système de santé**

Les malades n'ont pas rencontré de difficultés lors de leur prise en charge sanitaire. Un patient TB, 40 ans, tabagique, animateur de profession disait que : « *non je n'ai jamais eu de problèmes, on te donne les médicaments en t'expliquant tous les détails »*

Cependant, Dans la zone sud-est du pays, on peut noter que le principal obstacle demeure le bas niveau d'informations concernant la maladie. Les patients TB ne sont pas victimes de stigmatisation de la part des prestataires. Cet état de fait est étayé par un patient TB, âgé de 37 ans, prisonnier. Ainsi dans ses propos, il disait : « *je suis suivi dans cette structure sanitaire. Les prestataires ne manifestent aucun comportement stigmatisant. Ils sont accueillants et toujours disponibles pour résoudre le problème des malades »*. Il a rassuré alors qu'il n'a jamais eu de difficultés dans le cadre de sa prise en charge au niveau du district et qu'au contraire il a toujours entretenu de bonnes relations avec les prestataires qui n'hésitent jamais à lui prodiguer des conseils, pour le motiver à bien suivre son traitement. Une autre patiente TB, âgée d'une cinquantaine d'années, diabétique, disait : « *Je n'ai rencontré aucune difficulté lors de ma prise en charge au niveau de la structure de santé. Le CDT a mon numéro de téléphone et n'hésite pas à m'appeler dès fois pour que je vienne aux rendez-vous afin de prendre mes médicaments »*.

Un étudiant de 23 ans affirme que : «...les prestataires sont vraiment gentils avec les patients... ». Un autre patient, âgé de 31 ans, pêcheur de profession, a fait l'éloge du CDT et

nous a même confié qu'elle le traite bien et l'appelle souvent au téléphone pour s'enquérir de son état de santé et lui rappeler ses rendez-vous de contrôle. Il explique « qu'ici on te met à l'aise, on discute avec toi et on répond bien à tes questions. Donc tout est normal vraiment et d'ailleurs même c'est à cause de ça que je n'ai jamais manqué un rendez-vous ».

Par contre, un autre homme, âgé de 61ans, diabétique a expliqué avoir été victime de stigmatisation de la part d'un des prestataires au point où il a voulu abandonner son traitement. Ainsi, il disait que « *le prestataire a été désagréable avec moi, il me parlait mal et me fuyait quand je venais pour prendre mes médicaments. J'ai même failli arrêter mon traitement à cause de ce prestataire ; je suis allé me plaindre auprès du CDT qui a dû lui parler et a pris certaines mesures tout en m'encourageant à continuer mon traitement ».*

La plupart des patients sont impliqués dans la stratégie de lutte surtout dans le cadre de la rupture de la chaîne de transmission de la TB en faisant l'auto distanciation sociale pour protéger l'entourage aussi bien en milieu familial que professionnel. Une patiente TB affirmait « *je suis restée à la maison avec un masque pendant 15 jours pour éviter de contaminer les membres de ma famille avec qui je partage la même maison».*

Les patients TB affirmaient avoir reçu un soutien indéfectible de la part de leur entourage et n'avoir jamais été victimes de stigmatisation ou de quelconque abandon de leur part. Une patiente de 35 ans raconte « *je n'ai jamais sentie abandonnée de part de mon entourage ».* La peur de la stigmatisation venant de l'entourage demeure un réel problème pour les patients. Le plus souvent l'entourage n'est pas au courant de leur maladie. Une patiente TB, diabétique, explique que : « *c'est difficile de partager la maladie avec les membres de la famille néanmoins ma femme est au courant et depuis lors, elle me soutient pour le respect des rendez-vous ».*

Les malades avaient pour le plus souvent un soutien de leur entourage c'est ainsi que BL dit en substance « *ma famille m'aide vraiment, je reçois ma nourriture depuis ma chambre sans être stigmatiser ».*

Un patient TB âgé de plus 60 ans affirmait : « *quand j'étais au courant de ma maladie j'ai informé mon frère et ma mère, depuis je ne sors pas de chez moi car je prends toutes mes précautions pour ne pas contaminer mon entourage. Ma femme et mes enfants ont été dépistés mais les résultats sont revenus négatifs ».*

Des patients TB ont été licenciés à cause de la maladie. Un patient a affirmé que « *sa directrice était au courant de la maladie et elle m'a même demandé de rester à la maison pour ne pas contaminer mes collègues travailleurs ».* Patiente de 23 ans « *J'étais*

Les orpailleurs ignorent la tuberculose et l'existence de liens entre la tuberculose et les droits humains. Beaucoup d'entre eux ne sont pas instruits et ils venaient d'entendre parler de la tuberculose. Deux personnes ont été informées sur la gratuité du traitement et du test dépistage de la tuberculose parce qu'ils avaient des amis tuberculeux. Le plus grand nombre de ses orpailleurs ignorent même les droits humains. Dans ce groupe, la plupart d'entre eux n'ont jamais connu ou soutenu un patient tuberculeux dans le cadre d'une violation de ses droits humains. Par contre les deux accompagnants qui étaient présents affirment que leurs patients tuberculeux n'ont jamais subi une violation de leurs droits humains ni à l'hôpital ni dans son entourage. Des fois ils arrivent que ce soient les patients tuberculeux eux-mêmes qui décident de fuir ses membres de la famille et/ou ses amis pour les protéger de la maladie.

– **Obstacles au système de santé**

Les orpailleurs, anciens patients tuberculeux, affirment n'avoir rencontré aucune difficulté au niveau du centre de santé où ils sont suivis. Ils sont satisfaits de la disponibilité et de l'hospitalité du CDT et des autres agents de santé. Ils sont satisfaits de la gratuité et la disponibilité du dépistage et du traitement de la tuberculose.

Par contre d'autres signalent des difficultés financières pour assurer les rendez-vous. Ainsi, ils disaient : «...*Les frais de transport ainsi que les examens complémentaires sont couteux...j'ai manqué des rendez-vous car je n'avais pas d'argent* ». Parfois c'est souvent quelques membres de la famille ou des amis qui nous appui financièrement. Aucun des orpailleurs n'était impliqué dans la stratégie de lutte contre la tuberculose. Les orpailleurs n'ont jamais été formés ni impliqués dans la stratégie de lutte contre la tuberculose même certains d'entre eux ont tenté de sensibiliser leurs familles et certains de leurs amis.

– **Acceptabilité**

Parmi ces orpailleurs, quelqu'un vivait avec un patient tuberculeux sous traitement et n'a magnifié aucun comportement stigmatisant à son endroit. Mis à part cette personne, les autres étaient retissant pour vivre avec un patient tuberculeux parce que la majeure partie ignore la tuberculose. Deux orpailleurs avaient reçu l'information qu'on pouvait se protéger contre la tuberculose et après 15 jours de traitement, elle n'est plus contagieuse.

ce qu'ils savent des liens entre la TB et les droits humains par l'intermédiaire des prestataires de soins.

Par contre un détenu nous a raconté une anecdote qui s'était déroulée avant son incarcération. Le détenu a eu à assister à des causeries et à des rencontres liées à la prévention de la TB. De par ces informations, il a remarqué que sa tante présentait des signes de présomption de la TB. Il lui a donc conseillé d'aller se faire dépister au centre de santé non loin de leur maison puisqu'elle présentait tous les signes de la maladie, mais personne ne le prenait au sérieux puisqu'il était un grand consommateur d'alcool ». L'entourage familial ne le croyait pas comme quoi il ne racontait que des bêtises et qu'il voyait le mal partout. Les gens ne tenaient pas compte de son avis. Mais il a su convaincre sa tante en lui disant que le traitement était gratuit et qu'elle n'allait pas dépenser de l'argent pour se soigner si toutefois la tuberculose serait diagnostiquée. Ce qui a motivé sa tante à aller au centre de santé pour être finalement diagnostiquée de TB. Ce qui veut dire en gros que la méconnaissance de la maladie et l'absence de vulgarisation des droits du patient TB peuvent constituer des freins, pour franchir les barrières de l'accès aux soins.

– **Obstacles au système de santé**

Un détenu nous a raconté que durant son séjour carcéral à la prison du Cap Manuel alors qu'il était patient TB, il ne disposait pas de ses médicaments dans la détention. Un garde venait chaque matin le chercher pour qu'il aille prendre ses médicaments à l'infirmerie. De ce fait aucun de ses codétenus ne pouvait savoir qu'il prenait le traitement de la TB. Il recommande cette méthode pour éviter la stigmatisation entre détenus. D'après ce qu'ils nous ont expliqué à la MAC, le major met à leur disposition les médicaments. Ils peuvent donc jeter les tablettes vides dans les chambres ce qui peut susciter une certaine curiosité voire une certaine stigmatisation.

Par rapport à l'implication dans les stratégies de lutte contre la TB, le détenu guéri de TB a rencontré dans la MAC un autre détenu avec qui il partage le même quartier. Ce dernier était patient TB mais au moment de sa libération, par peur qu'il abandonne son traitement il lui a donné le numéro d'un médecin qu'il connaît pour qu'il puisse poursuivre son traitement.

L'un des chefs de chambre de la MAC nous a dit devant toute l'assemblée et sous le contrôle du major qu'à chaque fois qu'il remarquait qu'un détenu commençait à tousser pendant un certain temps, il venait en aviser le Major. Ce que ce dernier a confirmé et nous

a dit que par la suite, il convoquait le détenu pour quelques examens afin de mieux cerner la situation.

Mais d'une manière générale dans le milieu carcéral les détenus ont du mal à faire passer un message, parce qu'ils se considèrent tous comme pairs et égaux. Pour étayer ces propos ils nous ont même dit que c'est à cause de cela qu'ils ont un Imam qui vient de l'extérieur pour venir prêcher dans la prison. Donc il était difficile de s'asseoir avec un détenu pour lui parler de la TB. Cette situation ne favorise pas d'échanges entre eux pour une quelconque sensibilisation.

Ainsi, les codétenus recommandent comme pour le cas de l'Imam, que quelqu'un vienne de l'extérieur pour organiser des causeries, des sensibilisations pour faire passer l'information pour une meilleure compréhension de la chose « *si quelqu'un de l'extérieur pouvait venir de temps en temps pour assurer la sensibilisation et nous expliquer les signes d'alertes ça serait l'idéal* »

– **Acceptabilité**

Avant ce focus groupe bon nombre de ces détenus n'envisageaient pas de vivre avec un patient TB. L'un d'entre eux nous a confié « *...auparavant je pensais que la TB se transmettait par le fait de partager les mêmes ustensiles, le fait de marcher sur les crachats d'un malade, de le côtoyer ou même de croiser son chemin...* ». Un autre nous a dit « *une de mes cousines est décédée de la tuberculose ce qui a entraîné une certaine peur chez moi vis-à-vis de la maladie* ».

Le détenu qui avait aidé sa tante à aller se soigner a eu aussi à vivre avec un patient TB dans la prison. Il nous a expliqué qu'il l'accompagnait pour les petits soins. Il était chargé de lui donner ses médicaments et de le surveiller pour la prise des médicaments.

Pour la plupart des détenus, il n'était pas question de vivre à côté d'un patient tuberculeux par peur de contracter la maladie La maladie a toujours été mal vue dans le milieu carcéral et personne ne souhaitait en être victime. Ils ont tous salué l'initiative et ont de vive voix sollicitée des séances de dépistage et de sensibilisation dans cette MAC de Bambey qui présente aujourd'hui plusieurs cas de toux chroniques et de contacts de patients tuberculeux.

Suite à ces rendez-vous reportés à l'hôpital, ils ont décidé de changer de structure sanitaire et d'aller au centre de santé Ousmane Ngom «...on a été bien reçu et on a pu faire les radiographies et l'analyse des crachats dans ladite structure ».

Après diagnostic de la maladie on a débuté le traitement et on a respecté la prise quotidienne des médicaments. Il faudrait prendre en charge les patients ainsi je cite un patient a affirmé : *«la vie est précieuse, donc on doit soigner le patient avant de réclamer les frais pour les soins ».*

Les patients disaient être impliqués dans la lutte contre la TB :*« Oui nous sommes impliqués dans les stratégies de lutte contre la maladie, je déconseillais aux patients d'abandonner leur traitement ».* Un autre disait *« ...quand j'ai entendu ma sœur se plaindre de toux je l'ai demandé de laisser tous ces traitements et de venir avec moi voir le CDT du centre de santé de Ousmane NGOM. Et ils ont confirmé que c'était la tuberculose. Je l'ai encouragé dans le suivi thérapeutique jusqu'à sa guérison... ».*

– Acceptabilité

Les malades devront être soutenues ainsi un pêcheur expliquait, je cite : *« j'ai pris en charge mon fils et j'ai essayé de le rassurer et de prendre en compte les recommandations sur les patients TB de manière subtile pour ne pas le faire sentir stigmatiser ».*

Les pêcheurs expliquaient avoir vécu avec des malades TB. Ainsi, un pêcheur expliquait Je cite : *« J'ai vécu avec des TB à trois reprises, je prends soins d'eux en prenant en compte les mesures recommandées par le prestataire de soins pour qu'il ne sente pas stigmatisé. Je veillais sur la prise régulière du traitement et une alimentation très riche pour l'aider à bien tolérer le traitement. Un proche avait aussi une symptomatologie renvoyant à la maladie, on l'amène à l'Hôpital Général Idrissa Pouye (HOGIP) puis ils nous ont référé à l'hôpital de Fann pour une prise en charge médicale. On partageait quasiment tout avec lui, et c'est à la sortie que nous avons eu connaissance du diagnostic.»*



Figure 7 : Nuage de mots des propos des pêcheurs

❖ Perceptions des femmes

– Barrières liées aux droits de la santé

D'après les enquêtées, les femmes connaissent l'existence d'un lien entre la tuberculose et les droits humains. Une femme est intervenue pour dire : « ...qu'on a entendu à la radio que toute personne qui tousse au-delà de 15 jours doit aller à l'hôpital pour se faire consulter s'il est déclaré tuberculeux il doit bénéficier gratuitement du traitement antituberculeux. Chaque matin, il y a une émission à la radio RTS Kolda qui sensibilise sur la maladie ».

Les femmes suggèrent au PNT de mettre en œuvre un plan d'action pour appuyer les malades dans le suivi de leur alimentation. Elles insistent sur l'appui financier des patients TB. S'ils prennent les médicaments, ils doivent bien s'alimenter pour prendre des forces. Une femme expliquait : « pour moi je pense que l'État doit prendre en charge le régime alimentaire parce que la maladie est couteuse. Après la prise des médicaments, les patients souffrent énormément d'effets secondaires et par conséquent, il abandonne le traitement. »

Une autre dame, âgée d'une cinquantaine d'années rajoutait : « j'ai vu un voisin perdre la vie par faute de soutien de sa famille. Les médecins sont dans les bureaux ils ne sont pas dans les quartiers ni dans les villages donc je conseille toujours les voisins à l'assistance sociale et à la non négligence de la consultation dès l'installation des premiers signes d'alerte. Je

voudrais que vous et vos supérieurs aident cette population car la tuberculose est en train de faire des ravages ».

Une maman portant au dos son bébé a expliqué que : *«...nous sommes toujours à la recherche de soins de qualité et nous partons au niveau du centre de santé pour se soigner. Mon fils est déclaré guéri de la tuberculose il y a 4 ans grâce aux soins prodigués par ladite structure. La plupart des personnes atteintes de cette maladie refuse d'aller à l'hôpital pour se faire diagnostiquer alors que le traitement est gratuit...»*. Ainsi, elle propose aux agents de santé de descendre sur le terrain pour s'enquérir réellement de la situation dans laquelle vit la population dans la région de Kolda parce que la maladie fait des ravages surtout dans les villages périphériques qui ont d'énormes difficultés pour se déplacer. Une autre femme demandait ; je cite : *« le personnel de santé doit sensibiliser la population sur la gravité de la maladie. Un de mes voisins a renoncé à la prise de son traitement antituberculeux parce que selon lui, les médecins nous donnent des médicaments alors qu'on n'a pas une bonne alimentation, je préfère abandonner le traitement. »*

Une autre dame, apparemment la plus jeune, affirmait que : *« le véritable problème est lié à l'inaccessibilité financière aux frais de déplacements et d'exams de radiologie ou d'analyse. Par conséquent, les populations sont obligées de se recourir à la médecine traditionnelle »*.

Une autre dame expliquait dans le même sens : *« le problème n'est pas lié au personnel de santé, mais les malades ont des difficultés financières »*. Elle en profitait pour raconter une anecdote *« un jour, un de mes locataires est venu de l'hôpital, il m'a appelé dans sa chambre et m'a informé qu'il était diagnostiqué de tuberculose et a décidé de rentrer dans son village. Comme j'ai des petits enfants, il a dit qu'il ne voulait pas les contaminer. Je l'ai conseillé de rester dans la maison pour suivre son traitement tout en le soutenant moralement. C'est ce qu'il a accepté. Après son traitement il fut déclaré guéri. »*

Une autre dame parlait de la sensibilisation qu'elle fait auprès de la communauté : *« moi, mon rôle c'est la sensibilisation, mais le problème est toujours là. J'accompagne souvent des personnes pour se faire consulter. J'ai constaté que, ce qui trompe certains patients au cours de leur traitement, s'ils ne toussent plus par exemple, ils abandonnent le traitement »*.

– Obstacles au système de santé

Une femme intervenait : *« le véritable problème ici, les malades sont confrontés à un problème de moyens financiers pour faire leurs examens de radiologie, analyses, de même, le transport... »*. Une autre signalait que certains ne veulent pas que les gens sachent qu'ils

sont malades ou qu'ils doivent aller à un rendez-vous. Une dame rapportait : « *Je cohabite avec une personne chez qui les médecins à l'hôpital régional ont diagnostiqué une tuberculose ganglionnaire et pulmonaire et qui avait bénéficié d'une biopsie ganglionnaire. Mais maintenant je pense qu'il est guéri parce que son état a complètement changé aujourd'hui...* ».

La dame qui porte un bébé au dos, prend la parole pour dénoncer le comportement de certains accompagnants parfois certains accompagnent les patients pour divulguer leur maladie. Malgré les maigres moyens, le soutien de certaines bonnes volontés ainsi que la gratuité des médicaments permettent aux patients de guérir de leur tuberculose.

Une autre rapportait : « *moi j'ai fait une émission à la radio RTS de Kolda dans la rubrique société : je traite des questions liées à la Tuberculose en langue Mancagne. Je suggère que cela soit ainsi en langue peulh surtout dans les villages. Il faut trouver des moyens de communication pour sensibiliser villageois. Par exemple former les chefs religieux, les chefs de village et les présidents d'ASC pour véhiculer les informations dans le sens de la lutte de la tuberculose.* »

– Acceptabilité

Une femme expliquait : « *quand on me sensibilise sur les moyens de transmission de la tuberculose, je peux vivre ensemble avec une personne atteinte de la tuberculose. Car dans la vie tout est complexe, si une personne est malade aujourd'hui, demain il se pourrait que ce soit toi ou un membre de ta famille.* »

Une dame a exposé ses craintes : « *moi j'ai peur d'une maladie que même les médecins ne connaissent pas. Mais quand on m'informe sur la nature de la maladie ce n'est pas un problème* ».

Une autre a pris la parole pour expliquer son vécu avec les patients tuberculeux : « *je peux dire que j'ai vécu avec des patients tuberculeux. Car mon rôle c'est d'être à côté des malades. Je ne m'attends pas de récompense venant d'eux. Juste une question de responsabilité. J'ai plusieurs fois reçu à convaincre certains malades qui négligent leur maladie pour aller se consulter. Certains malades sont décédés du fait de la pauvreté et d'une absence de soutien social. Je trouve que si un des membres de la famille tombe malade, il est nécessaire que son entourage le soutienne.*»

dans le souci de préserver les droits des patients TB que MSAS a mis en place le PNT si nous luttons contre la TB c'est dans le souci de préserver la santé publique mais aussi de prendre en charge des malades TB. Néanmoins le MSAS à travers les directions techniques concernées et la cellule des affaires juridiques veille au respect de ces droits en rapport avec les organes du ministère de la justice.»

Le point focal genre de Plan International, expliquait « qu'un atelier ait été organisé dans le cadre du plan quinquennale VIH et nous avons aussi parlé de la coïnfection TB/ VIH. Plus spécifiquement, il s'agit des droits humains par rapport au VIH et à la TB. Les droits humains sont inclus dans tous les projets que nous faisons. Nous voudrions bien qu'il ait une Loi spécifique sur la TB pour forcer les patients qui refusent de se traiter par ce que c'est une bombe à retardement pour leurs entourages familial et professionnel. Je pense que si l'on obtient cela, on aura beaucoup gagné dans la lutte contre la TB ».

En plus, Le coordonnateur du PNT rajoutait : «... je n'ai jamais assisté à une session d'orientation des autorités juridiques ou autres sur ces aspects-là... ».

– Connaissances des liens entre la TB et les droits humains par les populations clés vulnérables

Le coordonnateur du PNT a expliqué que : *« Certaines PCV ont été orientés dans ce cadre. Il s'agit de celles qui vivent dans des zones peuplées et qui reçoivent souvent les relais communautaires. Ainsi, les contacts TB, les détenues bénéficient régulièrement des sessions d'orientation à travers les paires éducatrices. Les PCV du VIH, les CDI, les PS, les MSM qui bénéficient de façon annuelle des sessions de renforcement des connaissances sur la TB. Mais globalement il faut noter qu'il y'a des insuffisances qu'il faut combler »*

Selon le Point focal juridique, je cite : *« Ça je pense que, je ne peux pas donner une réponse à la limite péremptoire pour dire que les populations connaissent les liens entre la TB et les droits humains mais je pense que je peux dire dans un premier temps oui à travers ces mécanismes globaux que je viens de dire mais aussi à travers le droit constitutionnel dont le droit à la santé certainement ces populations connaissent ces liens. Maintenant est ce que c'est une connaissance à la limite étroite ou une véritable connaissance ça je ne saurais le dire, peut être si on faisait une enquête ou un micro-trottoir on pourrait savoir si les populations connaissent réellement ces liens. Mais tout ce que je peux vous certainement il y'a des populations qui connaissent ces liens et d'autres ne connaissent pas par ce que nous sommes dans une population où l'essentiel ou une partie de cette population est analphabète.»*

Pour le point focal genre de l'ONG Plan International, « ...maintenant toutes nos activités sont centrées sur les populations clés relativement à la zone, les populations clés de Tambacounda peuvent être différentes de celles de Thiès mais à chaque fois que nous faisons ces activités, nous intégrons les droits humains pour leur permettre de comprendre les liens qu'il y'a entre les droits humains et la maladie. On parle avec eux des questions d'accessibilité qui sont aussi des droits humains de manière égale et l'équité au niveau des structures de santé...»

- **Mécanisme de responsabilisation à la disposition de patients TB pour signaler les obstacles à l'atteinte du meilleur état de santé dans le contexte de la TB**

Selon le Coordinateur du PNT, : « *Oui, il y'a un organe qui a été récemment mis en place qui s'intéresse particulièrement à ces aspects liés à l'accès aux soins antituberculeux (Observatoire communautaire de l'accès aux soins). C'est un organe qui ne fonctionne pas comme souhaité c'est un peu timide. Il est à la phase de mise en place, peu d'activités ont été réalisées. Son rôle est de suivre tout ce qui obstacle aux soins, la sensibilisation, le dépistage, le traitement et même la communication sur la tuberculose et de signaler. Mais j'avoue que je n'ai pas encore reçu de rapport d'activité de l'organe (LOCAST) qui est intégré à l'observatoire du VIH. La TB et le VIH sont gérés sur la même plateforme par le réseau national des PVVIH.*

D'après le Président de l'association des anciens tuberculeux, « *Il existe deux observatoires LOCAST qui assure la collection des données et la supervision et le comité de veille et d'alerte (CVA). Ces observatoires existent dans deux régions Dakar et Tambacounda. Il m'arrive dès fois de sillonner les DS pour déceler des problèmes. Je vais vous raconter une anecdote : un pompiste de station d'essence était tombé malade TB et son employeur l'a limogé à cause de sa maladie. Nous avons saisi la justice pour la violation de ses droits et il a eu gain de cause. Cependant, il m'est arrivé de rencontrer deux cas de patients TB qui étaient réfractaires au traitement anti TB et qui ont fini par décéder. Je pense que s'il existait une loi votée à l'assemblée nationale obligeant tout patient TB à se faire soigner serait un pas pour tendre vers l'élimination, il faut rompre la chaîne de transmission. D'autres se plaignent de l'éloignement des CDT ».*

Le Point focal juridique disait : « *...la réglementation actuelle est d'ordre général, quelqu'un qui est atteint de TB peut bénéficier ou exercer son droit à la santé, à son intégrité physique aussi le droit d'avoir accès aux services de santé. Maintenant s'il a été victime d'une*

violation, il a la possibilité de saisir l'autorité judiciaire de saisir les juridictions compétentes pour faire valoir ses droits parce que nous sommes tous égaux devant la loi et nous sommes tous égaux devant les services publics de santé, c'est un droit inaliénable, c'est des droits qui ont une valeur constitutionnelle. Cependant, le patient TB peut ne pas connaître les procédures en vertu desquelles ils peuvent faire exercer ces droits et de ce point de vu, nous en tant que cellule des affaires juridiques du MSAS, nous sommes prêts à accompagner le programme en leur expliquant les procédures pénales, les procédures judiciaires en vous mettant en rapport avec les autorités qui ont en charge ces questions-là .»

Selon le point focal genre (Plan International), « Oui il y'a ce qu'on appelle l'Observatoire Citoyenne pour l'Accès aux Services de Santé (l'OCASS) qui est sur le terrain et mène des enquêtes sur le genre. Lors de notre dernière réunion du comité technique de LOCASS dans un District, ils ont mis en place une boîte à réclamation. LOCASS existe dans 11 régions on est en train de voir avec la RMP+ dans quelle mesure nous allons couvrir les 14 régions. »

- **Existence assistants juridiques pour fournir un soutien immédiat aux personnes affectées par la TB dont les droits ont été violés**

Pour le Coordinateur, « C'était prévu dans le cadre de ce mini plan d'action que nous avons mis en place pour prendre en charge les obstacles liés aux droits, humains et au genre. Il était prévu de former des assistants juridiques qui pourraient conseiller et assister les malades en cas de violation de leurs droits, mais j'avoue que je n'ai pas d'information par rapport à l'évolution ».

Le point focal juridique affirmait : « Je ne parle même pas des patients TB, toute personne a accès à la maison juridique. Nous avons quelques fois des organes de défense des droits de l'homme. A titre d'exemple, le RADDHO qui milite pour la préservation des droits à la santé de ces patients-là, c'est un droit constitutionnel L'état a un organe de défense de ces droits-là. Comme je viens de dire, l'état du Sénégal est parti à des conventions internationales qui ont pour objet ou pour but de défendre les droits de l'homme évidemment nous ne pouvons que respecter ces dispositifs internationaux à travers une certaine transposition certaines incorporations de de ces dispositions internationales dans notre ordre juridique nationale ». Quant au **point focal genre de l'ONG Plan International :** « Je ne suis pas au courant de ça si existe à ma connaissance non ».

- **Obstacles au système de santé**
 - **Environnement politique – Leadership**

- Prise en compte par le guide du PNT des sections spécifiques sur la nécessité de transformer la réponse TB

Le coordonnateur du PNT disait : « *Oui le guide doit prendre en compte des sessions spécifiques sur la nécessité de transformer la réponse TB dans la prochaine révision* ».

Pour le point focal genre (Plan International), « *Il faut toujours actualiser par rapport à la réponse actuelle parce que ce qui était valable en 2012 ne l'est plus. Je pense qu'il faut toujours réajuster, réactualiser et je pense que c'est le cas. Ainsi, à chaque fois qu'on est convié à des ateliers de révision nous donnons notre point de vue et qui est toujours pris en compte aussi.*»

- Prise en compte des interventions en matière de droits humains et de genre sont-elles développées et incluses dans les documents référentiels du PNT

Le coordonnateur du PNT affirmait que : « *Dans les guides du PNT, les aspects liés aux droits humains n'y figurent pas mais dans les plans d'action ces aspects sont pris en compte. Par exemple dans le plan stratégique qui est le document référentiel de politique, de même que dans la demande de financement du fonds mondial, les aspects de droits humains et le genre sont pris en compte.* »

Le point focal genre de Plan International abordait dans le même sens que le coordonnateur : « *En tout cas c'est inclus dans la demande de financement car ce qu'ils savent que tant qu'il n'y a pas question de genre dans ce que nous faisons, d'emblée c'est voué à l'échec. Par ce que maintenant tout est question de genre et d droits humains.*»

- Existence de stratégies de recherche actives de cas et leur prise en compte dans le guide TB du PNT pour les populations clés vulnérables priorisées

Le coordonnateur du PNT disait : « *Des interventions spécifiques aux PCV sont en train d'être développées et intégrées dans d'autres documents référentiels que le guide du PNT. Les interventions ne sont pas prises en compte dans le guide PNT c'est surtout au niveau du plan d'action du document de politique et nous avons commencé à les intégrer même si c'est timide.*»

Pour le point focal genre du Plan International, il disait : « *c'est le PNT qui nous a donné les populations clés qu'on doit traquer, parce que nous même si on est le principal bénéficiaire, on travaille pour le PNT, pour l'état du Sénégal. On ne peut rien faire sans*

feuille de route, nous sommes là juste pour appuyer en fait on est en droite ligne avec les interventions du PNT. »

- *Élaboration de stratégie de gestion de cas et intégration dans le guide TB du PNT pour les populations clés vulnérables prioritaires*

Le coordonnateur du PNT disait : *« Oui mais il faut dire que la mise en œuvre est encore timide, pour dire vrai, cette stratégie a commencé il y'a moins de 5 ans. L'identification de ces populations clés a été réalisée en 2020. C'est à ce stade que nous avons commencé à prendre en compte tout ce qui est intervention liée aux populations clés même si à l'élaboration du dernier plan stratégique, il y'avait quelques aspects qui étaient inscrits »*

Pour le point focal genre du Plan International, elle affirmait déjà aborder ce point ; ainsi je cite : *« Bien sûr c'est ce que je viens de dire. »*

- *Révision de la stratégie DOT pour maintenir les PCV en soins et pour atteindre les populations qui vivent loin des services de santé*

Le coordonnateur du PNT disait : *« Nous n'avions pas jugé nécessaire de revoir cette stratégie, parce que cette stratégie prend en compte ces populations clés déjà, mais comme nous nous orientons vers une révision du et avec l'enquête nous pourrions savoir comment prendre en compte ces populations clés, les droits humains et genre dans le guide référentiel du PNT ».*

Le Président de l'association des anciens tuberculeux expliquait que : *« Au début, nous faisons des TDO communautaires mais vu que c'est dès fois difficile de se déplacer pour aller au niveau de domiciles des malades, nous avons changé de stratégie en faisant des TDO familial c'est-à-dire un membre de la famille du malade se charge de lui donner les médicaments et nous allons vers une dispensation à domicile par les anciens malades tuberculeux pour montrer aux malades que la TB se guérit si on se traite. Par ailleurs, nous nous sommes rendu compte qu'il y'a beaucoup de malades tuberculeux dans le secteur du transport en commun. Après enquête, il s'est trouvé que les patients TB quittent les structures de santé les plus proches pour les plus éloignées pour ne pas se faire stigmatiser. C'est même ce quoi nous a poussé à créer le projet VIGILENCE TRANSPORT. Il consiste à fréquenter les transports en communs pour sensibiliser les usagers sur la maladie parce qu'il existe toujours 1/3 manquant qui nous empêche d'éliminer la TB. Nous avons mis en œuvre le projet GÉNI-SANTÉ pour les élèves. Ce projet consiste à aller dans les écoles les mercredis*

après-midi avec des cartes conseils nous projetons des films de sensibilisation suivis de questions et ceux qui s'y trouvent nous leur offrons des lots. Le projet CINÉ-DEBAT qui consiste à faire des projections de films de sensibilisation dans les rues n'est pas encore réalisé par faute de moyens »

Le Point focal genre de l'ONG Plan International affirmait, je cite : « En fait nous ce que nous faisons par rapport à ce point précis, il y'a des acteurs communautaires qui sont sur le terrain si tout le besoin se fait sentir, eux ils vont aller donner les médicaments directement à la personne concernée en l'occurrence le malade. Mais si le besoin ne se fait pas sentir par exemple une personne qui vous dit que je ne veux pas que le relais vienne chez moi, on ne peut pas lui donner le traitement. Si le besoin se fait sentir et que le patient est consentant on peut aller chez lui et utiliser la stratégie DOT. C'est ce que nous appelons la stratégie communautaire. »

❖ **Financement de la lutte antituberculeuse**

- Implication de l'Etat dans le financement de la LAT

Selon le coordonnateur du PNT, « L'état donne juste un budget pour acheter les médicaments et des intrants en partie pour le laboratoire pour le diagnostic, et prend en compte les ressources humaines, les locaux pour le fonctionnement en plus du traitement et du diagnostic et ce qui nous-mêmes a permis de rendre gratuit le traitement et diagnostic des malades TB. Il faut dire cas même pour l'essentiel que ce sont les partenaires surtout le fonds mondial qui finance les activités de lutte contre la TB. Il y'a un autre partenaire qui intervient Action Damien.»

Pour le Point focal genre de l'ONG Plan International : « Nous tous savons que le budget de l'État n'est pas suffisant, on n'a pas un budget consistant pour faire tout ce que nous voudrions faire. Par conséquent, on est obligé de sélectionner et d'agir sur les actions prioritaires. »

- Mobilisation de ressources additionnelles auprès de partenaires diversifiés pour les PCV

Le coordonnateur du PNT disait : « Pour les PCV, il faut dire qu'il y'a pas beaucoup de ressources. Même à travers le Fonds Mondial il y'a des fonds spécifiques qu'on appelle fonds catalytiques que nous avons pu mobiliser à la dernière demande de financement 2021-2023. Nous nous orientons vers une nouvelle demande à partir de l'année prochaine pour 3ans mais ce n'est pas très conséquent parce qu'il y'avait u plan quinquennal conjoint de lutte aux obstacles liées aux services de soins, aux droits humains et au genre qui étaient conjoint TB,

VIH, paludisme mais il faut dire qu'avec les fonds catalytiques qui ne représentent pas une grosse somme, une majeure partie des activités qui étaient destinées aux PCV TB n'ont pas été financées. Mais nous verrons comment corriger tout cela à la prochaine planification »

*Selon le **Point focal genre de l'ONG Plan International**, « Je sais que nous personnellement au niveau de Plan, nous avons mobilisé près de 3 milliards par le biais de notre partenaire Plan Canada (CNO) pour appuyer ce projet qu'on est en train de mener. Ce fonds d'appui n'a rien à voir avec le budget alloué par le Fonds mondial. Toutes les activités en rapport au genre que nous faisons sont financées par le budget Plan Canada, nous avons pris des staffs avec ce budget, et tous les stagiaires que nous prenons pour la TB sont payés avec ce budget-là. »*

- Accès universel aux soins de santé au profit des PCV

***Le coordonnateur du PNT** disait : « Oui c'est l'objectif visé mais les ressources sont insuffisantes. C'est ce qu'on veut, on est sur la voie, il y'a toujours des gaps et il y'aura toujours des gaps. Parce que n'oublions pas que les partenaires viennent pour financer ces gaps. Maintenant c'est à nous de voir comment faire pour que ces gaps soient amoindris de telle sorte que si on n'est pas à 100% que l'on soit à 90% au moins d'accessibilité aux soins. »*

❖ **Systemes de données et d'information**

- Révision des instruments/outils de collecte de données conformément à la hiérarchisation des populations clés et vulnérables

***Le coordonnateur du PNT** disait : « pour les derniers outils sont en train d'être utilisés, nous avons révisé pour intégrer cette notion de populations clés. Mais c'est après l'enquête que nous nous sommes rendu compte que ce n'était pas suffisant ce que nous avons apporté comme modification. C'est nécessaire de faire une nouvelle révision pour prendre en compte tous les paramètres qui pourraient nous intéresser dans le cadre de la prise en charge de ces PCV ».*

*Quant au **Point focal genre de l'ONG Plan International**, je cite : « Je pense que c'est en 2021 ou début 2022 que nous avons révisé nos outils pour pouvoir intégrer ces aspects-là. Dans tous nos documents, les populations clés sont pris en compte, il y'a toujours des rubriques qui prévoient ça ».*

- Prise en compte du genre dans les rapports en rapport à la charge de morbidité tuberculeuse

***Le coordonnateur du PNT** disait : « Pour moi oui parce que maintenant il faut qu'on prenne tous ces aspects liés au genre dans l'offre de soins anti TB et ce qui est sûr c'est l'enquête nous*

étayera plus sur les raisons et sur ce qu'il faut faire comme interventions pertinentes et activités liées au genre ».

Selon le point focal genre de l'ONG Plan International : « ...on ne rapporte pas la morbidité, on rapporte juste les cas qui ont été orientés et quelles sont les personnes qui sont revenues positives parmi ces cas-là. D'ailleurs on est attendu sur ça, c'est notre principal indicateur. »

- Amélioration des systèmes de surveillance de la TB pour les PCV

Le coordonnateur du PNT affirmait que : « C'est la raison pour laquelle nous avons commandité cette enquête, donc nous attendons les résultats et les recommandations pour voir comment mieux nous y prendre, nous attendons les conclusions de l'enquête justement pour mieux nous orienter ».

❖ **Information / Connaissances**

- Élaboration de stratégies de communication adaptées et appropriées pour les PCV en français et dans les langues nationales

Le coordonnateur du PNT disait : « que C'est très insuffisant, le bureau de communication a déjà commencé de travailler là-dessus mais dans la planification actuelle nous sommes en train de finaliser le plan stratégique 2023-2030 c'est déjà pris en compte pour mettre en place des outils spécifiques de communication à l'endroit des PCV. Et c'est sur ça sera inclus lors de prochaine demande de financement avec le fond mondial ».

Selon le point focal de l'ONG Plan International, je cite : « Je sais que quand on fait des activités on discute avec eux par exemple si on va à Tambacounda on va discuter avec eux dans leur langue, sinon ils ne vont pas comprendre. Les activités que nous menons c'est en fonction de la zone que les langues sont utilisées. Mais s'il y'a un guide écrit pour les langues nationales ça je ne suis pas au courant, le guide que nous nous avons c'est en français. »

- Mise en œuvre des stratégies de sensibilisation à la TB, aux droits humains ainsi que sur la stigmatisation et la discrimination

Selon le coordonnateur du PNT : « l'intégration de la stigmatisation et de la discrimination dans des messages de sensibilisation aussi bien dans les messages audios que dans les messages virtuels reste timide. C'est pareil pour les droits humains ça ne fait pas longtemps qu'on a commencé en parler mais dans le plan stratégique en cours de finalisation, tous ces aspects sont pris en compte pour mieux renforcer la réponse ».

❖ **Gestion des médicaments antituberculeux**

- Développement et test d'un système d'alerte précoce pour signaler les pénuries de médicaments

Selon le coordonnateur du PNT : «Peut-être avec les techniciens mais pas avec les communautaires, mais il y'a OCASS (Observatoire communautaire de l'accès aux soins) cet organe de veille dans ses missions qui doit sonner l'alerte en cas de tension ou de rupture des médicaments anti TB ».

***Le point focal genre de l'ONG Plan International :** « C'est ça que nous avons avec LOCASS et les acteurs communautaires qui sont sur le terrain on demande par rapport aux ruptures de médicaments s'il réfère quelqu'un et que ce dernier lui dit qu'il ait allé et qu'il n'a pas de médicaments il alerte et nous aussi on les met dans les rapports. »*

- La surveillance à base communautaire, utilisant OneImpact

***Le coordonnateur du PNT disait :** « Oui encore il faudrait qu'on connaisse mieux cet OneImpact TB. Effectivement c'est un projet pour l'association de lutte contre la TB et le programme va les accompagner ».*

***Pour le point focal genre de l'ONG Plan International:** « Oui on n'utilise pas le OneImpact mais il y'a des outils que nous utilisons notamment des grilles et des fiches d'enquête qui sont pratiquement similaires au OneImpact. A chaque fois que nous faisons la collecte, il y'a des rapports rédigés et nous présentons ce rapport au groupe consultatif communautaire qui est composé de l'ensemble des parties prenantes. Nous exposons nos contraintes à ce groupe consultatif communautaire qui se charge de faire le plan de plaidoyer auprès des personnes qui sont habilitées à régler les problèmes que nous avons détectés lors de la collecte donc c'est un suivi qui est dirigé par les communautés. »*

❖ **Offre de service**

- Engagement systématique des PCV dans la conception, la prestation, le suivi et l'évaluation des services TB

***Le coordonnateur du PNT affirmait :** « Oui on s'oriente vers ça comme je dis tantôt ce n'est pas le cas pour le moment, mais c'est prévu il faut que nous soyons beaucoup plus inclusifs, prendre en compte les besoins des principaux concernés en manière d'offre des soins anti TB ».*

***Le point focal genre de l'ONG Plan International :** « C'est ce qu'on essaye de faire, c'est l'objectif de nos activités de sensibilisation que nous menons avec eux, on les met devant leur responsabilité parce qu'on ne peut pas les forcer mais on essaye d'être persuasif pour les*

pousser à prendre leur responsabilité, à s'approprier des actions afin de pouvoir avoir accès de manière équitable et quand ils le souhaitent aux soins antituberculeux ».

- Réalisation d'une étude connaissances, attitudes et pratiques sur la TB auprès des PCV

*Selon le **coordonnateur du PNT** « c'est nouveau pour le programme nous sommes en train de faire l'enquête pour savoir ce que nous devons faire ».*

*Quant au **point focal genre de l'ONG Plan International** : « Moi je pense que ça c'est du ressort du PNT. L'ONG Plan a eu à faire une enquête dans le cadre de LOCASS une enquête de base auprès des populations et structures de santé. Pour l'enquête CAP c'est le PNT qui le fait nous nous venons juste en appui comme j'ai dit tantôt ».*

- Surveillance dirigée par la communauté (community-led monitoring = CLM) OneImpact TB

*Le **coordonnateur du PNT** affirmait : « Tout ce qu'on fait c'est ce que LOCASS est en train de mener. Il y'a des choses qui sont en train d'être faites même si c'est insuffisant avec Plan international qui s'occupe du volet communication »*

*Ainsi, le **Point focal genre de l'ONG Plan International** expliquait : « Oui parce qu'initialement on était dans 7 régions, on a élargi à 11 régions et le RPM+ est en train de voir comment enrôler les 3 autres régions comme ça on sera au niveau national ».*

- Stratégies à mettre en œuvre pour améliorer la qualité des services de soins contre la TB au près des PCV

*Le **coordonnateur du PNT** disait, je cite : « Bonne évaluation de la situation et qu'on puisse définir la priorité en matière de réponse adaptée et que ça soit sanctionné par un plan d'action. Toutes les parties concernées soient sensibilisés dont les acteurs juridiques, la communauté surtout qui est la plus concernée mais aussi les personnels techniques, les prestataires de santé qui interagissent directement avec les malades et le personnel du programme de la région médicale qui font la planification. Il faut vraiment une bonne évaluation des priorités que tout le monde soit sensibilisé pour une bonne prise en compte des aspects liés aux droits humains et au genre dans le cadre de la lutte contre la TB. Que nous essayons de voir comment mobiliser assez de ressources surtout financières qui nous permettent de prendre en compte les interventions que nous jugeons prioritaires, la mobilisation des ressources doit être au cœur des interventions que nous allons proposer. Le constat est malheureusement c'est que avec la TB nous faisons de bon planification mais le manque de mise en œuvre des activités, les résultats escomptés ne sont pas atteints.*

Faudrait que l'on trouve des stratégies pour parer à ce manque de financement de nos plans d'action c'est très important. Il faut qu'il ait un système de suivi et évaluation qui va nous mettre de réajuster correctement ces interventions que mettons en œuvre ou que nous voulons mettre en œuvre. Ce système de suivi et évaluation doit impliquer au premier plan les acteurs concernés (PCV), il faut qu'il soit dans l'action que ça ne soit pas seulement une affaire technique mais plutôt communautaire.»

Selon le point focal juridique disait : « *Il existe une charte des malades qui est l'arrêt de 2002 qui définit à la limite les droits et devoirs des malades qui s'impose même aux médecins aux directeurs des établissements publiques de santé. Il existe également une législation sociale sur la base de laquelle si une personne est malade il y'a des conditions de prise en charge et de traitement prévues à cet effet ».*

Le point focal genre de l'ONG Plan International : « *Moi je pense que la première chose c'est de régler les questions de genre. Les femmes font parties des population clés TB mais elles n'ont pas de droit de décision donc si on veut aller à une structure sanitaire il faut demander la permission et si on a la permission et qu'on n'a pas les moyens financiers, si le mari dit que « je ne veux pas que tu amènes mon enfant dans la structure » je pense que on ne pourra pas le faire alors pour moi si veut y arriver il faut qu'on soit plus à l'aise sur les questions de genre et droits humains. Il faudrait aussi qu'on ait des activités pour permettre à différentes cibles d'avoir des revenus nécessaires. On a eu à mettre en place des stratégies, une que nous appelons le club des maris : c'est une stratégie que nous avons mis en place pour inciter les hommes à appuyer les femmes et les enfants, la famille de manière générale pour qu'ils puissent avoir accès aux services de santé comme ils le voudraient. Ce sont des maris modèles que nous formons et qui vont constituer le club (15 maris) et qui vont sensibiliser leurs pairs maris.*

Il y'a aussi une autre stratégie que nous avons développé que l'on appelle groupe d'appui des femmes présumées ou atteintes de TB qui est composé du CDT, du laborantin et deux relais femmes et les cibles sont les femmes, la fille. On fait des séances de sensibilisation au mari pour qu'il puisse accompagner sa femme dans le traitement et pour qu'elle ne soit pas victime de stigmatisation voilà c'est le rôle de manière synthétique de ce groupe d'appui.

Il y'a une autre stratégie qui est le transport de crachat pour les femmes. Pour ces femmes-là, si la femme est présumée TB, on fait le prélèvement de ces crachats que nous amenons au laboratoire et on lui rend les résultats. Si les résultats sont positifs et que la femme est consentante, on utilise la stratégie DOT avec le relais communautaire. Il y'a d'autres

stratégies qui sont en train d'être développées et de former les relais sur les questions de genre, de stigmatisation et d'accessibilité équitables. Je pense que s'il avait une permanence je ne parle pas des urgences mais au niveau du CDT ça pourra beaucoup aider. Je donne un exemple quelqu'un qui chaque jour prépare le repas donc en principe, elle termine au plutôt à 13 heures, et si à cette heure elle va dans les structures de santé elle n'y trouvera personne au niveau du CDT. Maintenant si on avait une permanence au niveau des CDT, on pourra agir de manière équitable et toucher ce 1/3 manquant là parce que il y'a beaucoup de femmes pour cette raison-là ne vont pas dans les structures sanitaires. Et ça peut arriver aux hommes aussi par exemple les chauffeurs. Il y'a une chose aussi la révision du paquet d'activités parce que pour moi le paquet d'activités que nous sommes en train de dérouler a fait ses preuves notamment les causeries, les VAD et la raison même pour laquelle, on avait initié les VALT (Visite au Lieu de Travail) pour pouvoir toucher les hommes que nous ne pouvons pas sensibiliser.

Maintenant, je pense qu'on gagnerait à mettre en place d'autres stratégies ou bien faire un paquet spécifique pour chaque région, donner un montant et que chacun puisse dire tel paquet est plus approprié à sa zone que tel autre paquet. Il serait bien de contextualiser les interventions que nous menons pour que les acteurs puissent s'appropriée l'accès aux services de soins TB.»

❖ **Recommandations à formuler pour améliorer l'accès aux services de soins chez PCV**

Le coordonnateur du PNT disait : « Nous attendons le plan d'action que vous allez nous proposer après l'enquête, parce que tout ça c'est à discuter en communauté surtout que ça soit un plan validé avec les principaux concernés ou leur représentant pour moi c'est très important que l'élaboration de ce plan d'action soit inclusif que la communauté soit au cœur vraiment de la priorisation des interventions est ma principale recommandation ».

Le Président de l'association des anciens tuberculeux disait : « Le traitement de la TB est long minimum 6mois, il existe un nouveau traitement qui ne dure que 4mois, il faut essayer d'appliquer ça dans notre pays, augmenter les radios mobiles. Ma principale recommandation est surtout d'éviter les ruptures d'intrant, nous avons des appareils à faible intensité le Genexpert et qui est actuellement en panne à Keur Massar, Pikine et Yeumbeul.»

Selon le point focal juridique, «...Les recommandations que je formule c'est surtout à l'endroit du PNT par ce que nous sommes dans un même département ministériel, vous avez une cellule des affaires juridiques à laquelle vous pouvez la saisir pour les questions liées aux

droits des malades TB. Ainsi nous pouvons faire des orientations. Il faut davantage travailler les questions de droits de loi avec les spécialistes. Davantage il faut œuvrer sur la législation pour protéger le patient TB. Dans le cadre des activités du programme il faut que le volet juridique occupe une place de choix. Il est nécessaire de travailler sur une réglementation spécifique à la tuberculose pour protéger le droit des patients TB mais aussi accompagner le programme. Il faut insister sur le droit à la santé, à l'intégrité physique, la lutte contre la discrimination négative. Je pense qu'il faut renforcer la sensibilisation sur le droit des malades en faisant des spots publicitaires, des sketches télévisés etc... »

Tableau IV: Récapitulation des différentes barrières évoquées par les acteurs à tous les niveaux

Barrières liées à l'accès aux soins	Déclinaisons	Manifestations concrètes	Conséquences
Droits humains	Pas de lois ou de politiques qui reconnaissent et protègent spécifiquement le droit à la vie privée des personnes touchées par la tuberculose	Le manque de protection de la vie privée et de la confidentialité	-Problèmes observance du traitement -Manque d'estime de soi
	Non-respect des droits liés au genre, notamment le droit de ne pas subir de discrimination liée au genre et le droit de disposer d'informations adaptées en fonction de son genre	-les hommes sont plus touchés par la tb mais les programmes de sensibilisation enregistrent plus -la présence de femmes que d'hommes -les femmes tb sont souvent répudiées sans une prise en charge de leurs ex maris alors que les hommes tb sont bien entretenus par leurs femmes qui restent avec eux	-Faible niveau de connaissance de la maladie chez les hommes -Problèmes d'arrêt ou de ruptures temporaires du traitement liés au changement de domicile
	Non-respect du droit du travailleur tuberculeux	Perte d'emploi sans indemnisation	-Accentuation des difficultés financière -Problèmes d'estime de soi -Rupture du traitement
	Rejet en milieu professionnel	Que se soit pour un emploi formel ou informel le travailleur tuberculeux est souvent rejeté et	-Abandon de poste du tuberculeux

Barrières liées à l'accès aux soins	Déclinaisons	Manifestations concrètes	Conséquences
		stigmatisé dans son milieu de travail où la peur, part parfois démesurée, d'une contamination des autres s'observe régulièrement	-Perte d'estime de soi -Perte de revenus -Rupture du traitement
Faible connaissance de la maladie	-Informations erronées sur la tuberculose -Connaissances partielles sur la tuberculose	Mis à l'écart du patient pour tout le temps de son traitement stigmatisation	-Auto stigmatisation -Baisse de l'estime de soi -Observance incorrecte du traitement
Barrières liées à l'environnement physique des lieux de traitement	-Espace dédié au traitement considérés comme peu spacieux -Peu de fréquentation des lieux de traitement de la tb par les autres professionnels de la santé	Lieu de traitement dédiés spécifiquement à la tuberculose et connu de tous comme étant le coin des patient tb	-Stratégies d'évitement de la présence sur le lieu de traitement pour ne pas y être vu par une connaissance -Mauvaise observance et une mauvaise relation patient-soignant
Barrières liées aux représentations socioculturelles de la tb	Considérations erronées sur la relation patient-soignant réduite souvent à un monologue alors qu'une approche culturelle des questions liées à l'accès aux soins devrait être prise en compte autour des déterminants socio-culturels liés à l'accès aux soins	Le retard de diagnostic de la tuberculose est lié dans la plus part du temps à une représentation des signes de la maladie qui fait penser à un « socc » (rhume) puis à un « tooy »(asthénie) avant de basculer à un « rax seytane » (aspect mystique avec l'action d'êtres invisibles, surnaturels)	Retard au recours à une structure de santé -Synchrétisme thérapeutique avec une réduction de la perception sur l'efficacité du traitement antituberculeux moderne -Conflit avec les CDT sur la mauvaise observance

Barrières liées à l'accès aux soins	Déclinaisons	Manifestations concrètes	Conséquences
Barrières économiques	Malgré la gratuité du traitement d'autres dépenses sont à la charge du patient qui est souvent dans une certaine précarité et souvent très vulnérable	-Dépenses pour les examens de contrôle -Dépenses pour le transport vers le CDT -Dépenses pour l'amélioration de l'état nutritionnel	Absences aux rendez-vous voire abandon du traitement
Barrières liés aux comportements des professionnels de la santé	-Le manque de considérations des patients tuberculeux surtout les populations clés vulnérables -Le non-respect des horaires de travail avec des retards de démarrage de plus d'une heure parfois -Le manque de considération des CDT par leurs collègues	Longue attente alors que le patient est à jeun	-Non-respect de l'observance -Manque d'estime de soi -Abandon du traitement avant terme

VII. SYNTHÈSE DES FORCES ET DES FAIBLESSES DE LA SITUATION

Les forces et faiblesses sont résumées ci-dessous :

Points forts :

- Existence d'un *observatoire communautaire de l'accès aux services de santé (OCASS)*
- Existence d'un point focal juridique au sein du MSAS
- Participation du point focal juridique aux rencontres sur les droits humains dans le domaine de la santé organisées par le ministère ayant en charge la justice
- Existence d'une charte des malades
- *Existence d'une législation sociale pour la prise en charge des malades*
- Gratuité des soins et prise en charge des patients souffrant de la tuberculose
- Respect scrupuleux du protocole de traitement standardisé et suivi rigoureux du traitement directement observé
- Circuit d'approvisionnement en médicaments antituberculeux de qualité et en intrants de laboratoire maîtrisé par le PNT permettant d'éviter les ruptures de stock
- Bonne collaboration entre le PNT et le CNLS pour une gestion conjointe de la co-infection TB/VIH
- Prise en charge nutritionnelle des patients souffrant de la tuberculose
- Outils communautaires TB standard et validés pour le PNT
- Appuis financier et technique de l'ONG Plan International dans la lutte antituberculeuse auprès des PCV

Points à améliorer :

- Méconnaissance des droits des patients TB par les agents de santé et les patients eux-mêmes
- Méconnaissance des droits des patients TB par les patients eux-mêmes
- Insuffisance dans la révision des outils pour prendre en compte tous les paramètres importants dans la prise en charge des PCV
- Insuffisance dans la communication sur la TB auprès des PCV

- Insuffisance d'activités de sensibilisation sur le droit des malades TB auprès de la communauté
- Insuffisance de collaboration avec organisations de la société civile, prestataires de soins publics et privés et partenaires communautaires
- Faible implication des populations clés et vulnérables dans la lutte contre la TB
- Absence d'enquête sur les coûts catastrophiques
- Absence de partage des données de l'OCASS avec le PNT
- Insuffisance dans la prise en charge nutritionnelle des patients TB
- Rendre fonctionnels et disponibles le CDT 24h/24
- Insuffisance dans la formation des relais sur les questions de genre, de stigmatisation et d'accessibilité équitables
- Panne de certains outils de Genexpert pour le dépistage de la tuberculose
- Insuffisance de stratégies de dépistage TB parmi les PCV
- Inexistence d'une réglementation spécifique à la tuberculose pour protéger le droit des patients TB
- Insuffisance dans la mise œuvre multisectorielle des actions pour permettre d'agir efficacement sur les déterminants sociaux de la maladie.
- Faible implication des décideurs dans la lutte contre la tuberculose.
- Faible appui aux activités communautaires TB (Faible prise en compte des activités communautaires dans les axes prioritaires programmatiques).
- Capacités techniques limitées des OSC ou organisations communautaires intervenants dans la prise en charge de la TB.

VIII. RECOMMANDATIONS

❖ Environnement juridique

- Sensibiliser les agents de santé sur les droits des patients TB
- Sensibiliser les patients TB sur leurs droits humains
- Sensibiliser les décideurs, les législateurs, les juristes sur les l'intégration des approches de la tuberculose fondées sur les droits de l'homme dans les lois, les politiques et les pratiques au Sénégal

❖ Partenariat

- Renforcer la collaboration avec les organisations de la société civile, les prestataires de soins publics et privés et les partenaires communautaires
- Promouvoir la multisectorialité dans la mise en œuvre des actions pour s'attaquer aux déterminants sociaux qui augmentent la vulnérabilité à l'infection et à la maladie de la tuberculose et qui limitent l'accès aux services de tuberculose
- Impliquer les décideurs dans la lutte contre la tuberculose auprès des PCV

❖ Système de santé

○ Gouvernance

- Mettre en place une réglementation spécifique à la tuberculose pour protéger le droit des patients TB

○ Système d'information des données

- Réviser les outils pour prendre en compte tous les paramètres importants dans la prise en charge des PCV
- Partager les données de l'OCASS avec le PNT

○ Prestations de services

- Mener une enquête sur les coûts catastrophiques en rapport à la tuberculose
- Renforcer la prise en charge nutritionnelle des patients TB chez les PCV
- Rendre fonctionnels et disponibles les CDT 24h/24
- Renforcer les stratégies de dépistage TB parmi les PCV

- **Ressources humaines en santé**
 - Former des relais sur les questions de genre, de stigmatisation et d'accessibilité équitables
- **Médicaments et produits médicaux**
 - Assurer la maintenance des appareils de Genexpert pour le dépistage de la tuberculose
- **Financement de la santé**
 - Mobiliser suffisamment de ressources financières pour la lutte antituberculeuse auprès des PCV
 - Élaborer et mettre en œuvre des stratégies de protection financière et sociale innovantes pour protéger le droit des populations clés à la santé.

IX. PLAN D'ACTION

IX.1. But

Ce plan d'action vise à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la tuberculose auprès des populations clés vulnérables.

IX.2. Objectifs

IX.2.1 Objectif général

L'objectif général est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose par la levée des barrières d'accès aux soins antituberculeux au Sénégal.

IX.2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques du plan d'action s'alignent sur les 3 piliers de la stratégie End TB de l'OMS.

Pilier 1 : Soins et prévention intégrés et centrés sur le patient pour garantir à tous l'accès universel aux soins et aux services de soutien pour le traitement de la TB.

- **Objectif 1.1:** Amener les populations clés et vulnérables à s'impliquer dans la lutte antituberculeuse
- **Objectif 1.2 :** Amener les chargés de traitement à prendre en compte les aspects de genre et droits humains dans la prise en charge de la tuberculose

Pilier 2 : Des politiques audacieuses et systèmes de soutien, et collaboration renforcée des communautés, de la société civile et du secteur privé pour assurer l'accès universel à des soins TB intégrés et centrés sur le patient et à la prévention pour tous

- **Objectif 2.1:** Amener le PNT à prendre en compte des aspects de genre et droits humains dans la prise en charge de la tuberculose
- **Objectif 2.2:** Assurer la protection financière et sociale innovantes pour protéger le droit des populations clés à la santé

Pilier 3 : Intensification de la recherche et l'innovation

- **Objectif 3.1** : Promouvoir le partenariat avec les autres ministères pour discuter et identifier des solutions pour lutter contre les déterminants en amont (égalité de genre, accès à l'éducation pour tous, inclusion sociale, etc.) qui conduisent l'endémie de TB
- **Objectif 3.2** : Renforcer la documentation et le partage des meilleures pratiques autour des droits humains concernant la TB

IX.3 PLAN OPERATIONNEL CRG TB

Pilier 1 : Soins et prévention intégrés et centrés sur le patient pour garantir à tous l'accès universel aux soins et aux services de soutien pour le traitement de la TB									
Objectif 1.1 : Amener 50% des populations clés et vulnérables à s'impliquer dans la lutte antituberculeuse									
Interventions	Résultats attendus	Activités	Indicateurs	Sources de vérification	Années de mise en œuvre			Responsable	Budget (FCFA)
					An 1	An 2	An 3		
1.1.1. Renforcement des connaissances des PCV sur la tuberculose	Connaissances des PCV renforcées	Organiser en 2 sessions d' 1 journée d'orientation de 30 participants sur la tuberculose dans les 14 régions à l'endroit des PCV (PVVIH, diabétiques, prisonniers, pêcheurs, CDI...)	Nombre de PCV orientées sur la tuberculose	Rapport d'atelier d'orientation		X		PNT	7000000
		Mettre à la disposition des PCV orientées des supports d'information (Flyers, dépliants, boîtes à images, affiches...) pour sensibiliser sur la tuberculose auprès de leurs pairs	Nombre de PCV détentrices de supports d'information (Flyers, dépliants, boîtes à images, affiches...)	Fiches de réception		X		PNT	3000000
1.1.2 Intégration des PCV dans les associations nationale de lutte antituberculeuse	Les PCV sont bien représentées au niveau des associations nationales de lutte antituberculeuse	Organiser 5 ateliers d'une journée de plaidoyer auprès de 30 PCV chacun en impliquant les responsables nationaux	Nombre d'atelier de plaidoyer organisé	Rapport d'atelier de plaidoyer		X		PNT	2500000
		Recruter un consultant d'une durée de 3 semaines	Nombre de modules de	Contrat de recrutement et	X			PNT	

1.1.3 Développement de modules de formation sur la TB-genre et TB droits et devoirs du patient	Les modules de formation sont disponibles	pour l'élaboration de modules	formation sur la TB-genre et TB-droits et devoir du patient élaborés	draft des modules					2100000
		Organiser un atelier de pré-validation de 3 jours regroupant 25 personnes des modules de formation sur la TB-genre et TB-Droits et devoirs du patient	Atelier de pré-validation des modules de formation organisé	Rapport d'atelier de pré-validation	X			PNT	1500000
		Organiser 1 atelier d'une journée regroupant 25 participants pour la validation des modules de formation	Atelier de validation des modules de formation organisé	Rapport d'atelier de validation	X			PNT	750000
Appui aux patients TB appartenant aux PCV	Engagement des autorités à appuyer Les patients TB appartenant aux PCV	Mener une mission de plaidoyer auprès du Ministère du Développement Communautaire, de la solidarité nationale, de l'équité sociale et territoriale pour dégager un fonds d'appui aux patients TB des PCV	Nombre de mission organisée	Rapport de la mission	X				0
		Doter mensuellement 30% des patients TB/PCV des kits alimentaires dans chaque CDT	Nombre de kits alimentaires mis à la disposition des patients TB/PCV	Rapport d'activités du CDT		X	X	PNT	23500000
Renforcement de la communication de masse	Les connaissances des PCV sont	Organiser 1 caravane de sensibilisation sur la TB dans chaque district	Nombre de caravane organisé	Rapport d'activité		X	X	PNT	19750000

	renforcées sur la TB	Contractualiser avec 1 radio par district pour l'organisation d'émission interactive et de diffusion de spots sur la TB	Nombre de contrat établi	Rapport d'activité		X	X	PNT	27650000
		Contractualiser avec les réseaux cablés pour la sensibilisation sur la TB	Nombre de contrat établi	Rapport d'activité		X	X	PNT	3950000
Total objectif 1.1									91700000
Objectif 1.2 : Objectif 1.2 : Amener 100% des chargés de traitement à prendre en compte les aspects de genre, droits et devoirs du patient Tuberculeux									
Interventions	Résultats attendus	Activités	Indicateurs	Sources de vérification	Années de mise en œuvre			Responsable	Budget
					An 1	An 2	An 3		
1.2.1. Renforcement des compétences des CDT sur la TB genre et TB - droits et devoir du patient	Les aspects genre, droits et devoirs du patient sont respectés dans la prise en charge	Organiser 1 atelier par région d'une durée de 3 jours regroupant les acteurs intervenant dans la lutte anti-tuberculeuse (CDT, Assistant CDT, Médecin de PEC, Responsable Laboratoire) sur la TB-genre et TB - droits et devoirs du patient	Nombre prestataires formés sur le genre, les droits et devoirs du patient TB	Rapport d'atelier de formation	X			PNT	28000000
		Mettre à la disposition des CDT des supports de communication (Flyers, dépliants, boîtes à images, affiches, guide psychosocial...) sur la PEC de la Tuberculose	Nombre de Centre de Traitement dotés de supports de communication (Flyers, , dépliants, boîtes à images,	Fiches de réception		X	X	PNT	7900000

			affiches, guide psychosocial...)						
Total objectif 1.2									35900000
Total pilier 1									127600000
Pilier 2 : Des politiques audacieuses et systèmes de soutien, et collaboration renforcée des communautés, de la société civile et du secteur privé pour assurer l'accès universel à des soins TB intégrés et centrés sur le patient et à la prévention pour tous									
Objectif 2.1 : Amener le PNT à prendre en compte des aspects de genre et droits humains dans la prise en charge de la tuberculose									
Interventions	Résultats attendus	Activités	Indicateurs	Sources de vérification	Années de mise en œuvre			Responsable	Budget
					An 1	An 2	An 3		
2.1.1. Intégration des aspects genre, droits et devoirs du patient dans la lutte antituberculeuse	Prise en compte de la dimension genre, droits et devoirs du patient dans la	Nommer un point focal genre et Droits humains au PNT	Point focal nommé	Note de nomination	X			PNT	0
		Recruter un consultant d'une durée de 15 jours pour l'élaboration du guide TB-genre	Guide TB – genre élaboré et validé	Contrat de recrutement		X		PNT	1500000
		Organiser un atelier de 03 jours impliquant 25 participants pour l'élaboration de guide TB-genre		Rapport d'atelier d'élaboration		X		PNT	2000000
		Organiser un atelier d'une journée regroupant 30 participants pour la validation du guide TB-genre		Rapport d'atelier de validation		X		PNT	2500000
		Reproduire 1000 guides TB-genre		Nombre d'exemplaires de guides TB-	Fiche d'inventaire		X		PNT

	lutte antituberculeuse		genre disponibles						
		Recruter un consultant d'une durée de 15 jours pour l'élaboration de guide TB-droits humains	Guide TB – droits humains élaboré et validé	Contrat de recrutement		X		PNT	1500000
		Organiser un atelier d'une journée regroupant 30 participants pour la validation du guide TB-droits humains		Rapport d'atelier de validation		X		PNT	2500000
		Reproduire 1000 guides TB-droits humains		Fiche d'inventaire		X		PNT	2 500 000
2.1.2 Promotion de loi pour la protection des personnes affectées par la tuberculose au Sénégal	Loi pour la protection des personnes affectées par la tuberculose au Sénégal disponible	Organiser un atelier regroupant 20 participants d'une durée de 05 jours pour la rédaction d'un avant – projet de Loi portant protection des personnes affectées par la tuberculose au Sénégal	Nombre d'avant-projet de loi portant protection des personnes affectées par la tuberculose disponible au Sénégal	Rapport d'avant-projet de loi	X		PNT	2 500 000	

Total objectif 2.1							1600000		
Objectif 2.2 : Assurer la protection financière et sociale innovantes pour protéger le droit des populations clés à la santé									
Interventions	Résultats attendus	Activités	Indicateurs	Sources de vérification	Années de mise en œuvre			Responsable	Budget
					An 1	An 2	An 3		
2.2.1 Promotion de l'autonomisation économique des PCV pour améliorer leurs conditions de vie en mettant l'accent sur la TB	Initiatives pour l'autonomisation économique des PCV prennent en compte la TB	Mener une mission de plaidoyer au niveau du Ministère du Développement Communautaire, de la solidarité nationale, de l'équité sociale et territoriale pour l'autonomisation économique des PCV pour améliorer leurs conditions de vie en mettant l'accent sur la TB	Nombre de mission organisée	Rapport de la mission	X				0
		Organiser un atelier national de 30 personnes pour une durée de 3 jours pour la conception d'un document portant sur l'autonomisation économique des PCV pour améliorer leurs conditions de vie en mettant l'accent sur la TB	Nombre de document portant sur l'autonomisation économique des PCV pour améliorer leurs conditions de vie en mettant l'accent sur la TB élaboré	Rapport d'atelier pour la conception			X	PNT	2 500 000

Total objectif 2.2								2500000	
Total pilier 2								18500000	
Pilier 3 : Intensification de la recherche et l'innovation									
Objectif 3.1 : Promouvoir le partenariat avec les autres ministères pour discuter et identifier des solutions pour lutter contre les déterminants en amont (égalité de genre, accès à l'éducation pour tous, inclusion sociale, etc.) qui conduisent l'endémie de TB									
Interventions	Résultats attendus	Activités	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Années de mise en œuvre			Responsable	Budget
					An 1	An 2	An 3		
3.1.1 Mise en place d'un cadre multisectoriel de lutte contre la tuberculose	Existence d'un cadre multisectoriel fonctionnel proposant de solutions pour agir sur les déterminants sociaux	Élaborer un document de plaidoyer pour la création cadre multisectoriel fonctionnel pour la LAT	Nombre de document de plaidoyer pour la création cadre multisectoriel élaboré	Document de plaidoyer	X			PNT	1500 000
		Réunir les membres du cadre multisectoriel 4 fois dans l'année	Nombre de réunions tenues	Rapport de réunion	X	X	X	PNT	3 000 000
3.1.2 Recherche sur les coûts catastrophiques	PCV TB supportant des dépenses catastrophiques	Faire l'enquête sur les coûts catastrophiques de la prise en charge de la tuberculose	Nombre d'enquête réalisés	Rapport d'enquête	X			PNT	50 000 000

Total objectif 3.1									57000000
Objectif 3.2 : Renforcer la documentation et le partage des meilleures pratiques autour des droits humains									
Interventions	Résultats attendus	Activités	Indicateurs	Sources de vérification	Années de mise en œuvre			Responsable	Budget
					An 1	An 2	An 3		
3.2.1 Documentation des meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB	Identification des meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB	Recruter un consultant national d'une durée de 15 jours pour documenter les meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB	Nombre de rapport portant sur la documentation portant sur les meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB élaboré	Contrat de recrutement			X	PNT	2 500 000
		Organiser un atelier d'une journée pour la validation du document portant sur les meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB regroupant 50 personnes	Nombre de rapport portant sur la documentation portant sur les meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB validé	Rapport sur la documentation			X	PNT	1500 000
		Organiser un atelier de dissémination du document portant sur les meilleures pratiques	Nombre d'atelier tenu pour la dissémination	Rapport d'atelier de dissémination			X	PNT	1500 000

3.2.2 Partage des meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB	Information sur les meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB	autour du genre et des droits humains concernant la TB	du document portant sur les meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB						
		Reproduire en 200 exemplaires le document portant sur les meilleures pratiques autour du genre et des droits humains concernant la TB	Nombre d'exemplaires reproduits	Fiche d'inventaire			X	PNT	2 000 000
3.2.3 Renforcement de l'utilisation des données sur la TB chez les PCV	Décisions prises à partir des informations avérées issues de l'analyse des données TB chez les PCV	Organiser une rencontre avec la DSISS pour la mise en place d'un Tracker PCV patients TB dans la plateforme DHIS2	Nombre de rapport d'analyse de données individuelles des PV TB disponible	Rapport de la rencontre	X			PNT	1500 000
		Organiser un atelier trimestriel de partage des données sur la TB chez les PCV de l'OCASS avec le bureau suivi et évaluation du PNT	Nombre de rencontres de partage des données sur la TB chez les PCV organisées par année	Rapport d'atelier de partage	X	X	X	PNT / PLAN	1 500 000
Total objectif 3.2									10500000
Total pilier 3									67500000
Suivi et évaluation du plan									
Objectif 4 : Assurer le suivi et l'évaluation du plan d'action									

4.1 Mise en place d'un comité de suivi des activités du plan d'action	Comité de suivi fonctionnel	Rédiger une note pour la mise en place d'un comité de suivi des activités du plan d'action	Nombre de note rédigée	Note disponible	X					0
		Assurer une supervision trimestrielle des activités du plan d'action	Nombre de missions de supervision réalisées	Rapport de supervision	X	X	X			6 000 000
4.2. Suivi des activités du plan	Mise en œuvre des activités du plan	Organiser des réunions trimestrielles pour discuter de l'état d'avancement des activités	Nombre de réunions organisées	Rapport de réunion	X	X	X	PNT		6 000 000
4.3. Évaluation du plan d'action	Plan d'action efficace	Évaluer le plan d'action	Nombre de mission d'évaluation réalisée	Rapport d'évaluation			X	PNT		20 000 000
Total suivi et évaluation										32 000 000
TOTAL										245 600 000

IX.4. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

Les partenaires sont essentiels pour la mise en œuvre du plan d'action CRG TB. Le PNT sera chargé de coordonner le plan d'action, de suivre les activités du plan et de l'évaluer. Dans cette coordination, le programme sera assisté par le Plan International et surtout le Fonds Mondial pour assurer la soutenabilité financière du plan d'action. Par ailleurs, une contribution financière sera attendue de la part des différents ministères pour la réalisation des activités nécessitant une approche multisectorielle dans la lutte antituberculeuse auprès des PCV.

IX.5. BUDGET

Le budget global pour la mise en œuvre de ce plan d'action est estimé à 245 600 000 FCFA. Ce montant est réparti comme suit : 127 600 000 FCFA pour le pilier 1 ; 18 500 000 FCFA pour le pilier 2, 67 500 000 FCFA pour le pilier 3 et 32 000 000 FCFA pour le suivi et l'évaluation du plan d'action. Plus de la moitié du budget (51,9%) est destinée pour la mise en œuvre des activités du pilier 1. Les activités les plus coûteuses sont en rapport à la dotation de kits alimentaires au niveau des CDT, la sensibilisation, et l'enquête sur les coûts catastrophiques chez les patients tuberculeux.

X. ANNEXES

Questionnaire pour les prestataires

DISTRICT :

AGE

SEXE

PROFESSION : MEDECIN. INFIRMIER SAGE FEMME ACS/RELAIS

ANCIENNETE DANS LA PROFESSION : /...../

I. Barrières liées au droit de la santé

1. Combien de patients tuberculeux suivez-vous actuellement ? /...../

2. Connaissez-vous les populations clés vulnérables ?

Oui Non

3. Parmi ces patients, combien sont ?

- De sexe féminin

- Diabétiques

- VIH

- Des étudiants

- Des prisonniers

- Autres population clé vulnérable (préciser) /...../

A. Disponibilité

A1_ Les données sur les populations clés et vulnérables sont-elles systématiquement collectées ?

Oui Non

A2_ Si oui, sont-elles renseignées dans le DHIS2 ?

Oui Non

A3_ Confrontez-vous à des ruptures de stock de médicaments antituberculeux ?

Oui Non

A4_ Si oui, à quelle fréquence ?

Très fréquent Moyennement fréquent pas du tout fréquent

A5_ Le traitement antituberculeux est-il gratuit ?

Oui Non

A6_ Les médicaments complémentaires en cas de besoin sont-ils payants ?

Oui Non

A7_ Existe-t-il de mécanisme de gestion des plaintes pour que les personnes touchées par la TB et les PCV signalent les problèmes préoccupants ?

Oui Non

A8_ Si oui, ces problèmes concernent quel aspect ?

Les ruptures de stock de médicaments

L'insuffisance ou la mauvaise qualité de soutien alimentaire

L'étroitesse des locaux des patients TB hospitalisés

Le rejet en milieu familial

Le rejet en milieu professionnel

Autres (préciser) /...../

A9_Y'a-t-il une vulgarisation d'informations sur la TB ?

Oui Non

A10_Si oui, à quelle fréquence :

Elevée Moyenne Faible

B. Accessibilité

B1. Les réalités socio-culturelles empêchent-elles les patients TB d'avoir convenablement accès aux soins TB ?

Oui Non

B2_Etes-vous au courant de l'existence de lois qui protègent les patients TB ?

Oui Non

B5_La distance éloignée entre les domiciles et les centres de santé constitue-t-elle une des causes de manque de rendez-vous pour l'approvisionnement en médicaments ?

Oui Non

B6_Limitation des capacités financières de certains patients TB rend-t-elle parfois leurs prise en charge globale difficile ?

Oui Non

B7 Avez-vous des patients ayant abandonné le traitement antituberculeux ?

Oui Non

B8- Quelle a été la durée moyenne du traitement avant l'abandon ?

o /...../ jours

B9- Quelles ont été les cause des abandons ?

- o Incarcération
- o Peur de perte d'emploi
- o Stigmatisation
- o Intolérance aux médicaments anti TB
- o Difficultés financières
- o Eloignement de la structure
- o Autres (préciser) /...../

C. Qualité

C1_Y'a t- il des formations sanitaires qui n'ont pas de cadre de traitement bien aménagé pour les soins de la TB (contrôle d'infection) au sein du district ?

Oui Non

Si oui, préciser /...../

C2_ L'hospitalisation des patients TB se fait – elle dans les salles restreintes ?

Oui Non

C3_Si oui, y'a-t-il un manque de lits ?

Oui Non

Questionnaire pour le PNT

I. Obstacles à l'environnement juridique

- X.1 Les communautés judiciaires et juridiques ont-elles des connaissances sur les liens entre la TB et les droits humains ?
- X.2 Selon vous, les Populations clés vulnérables (PCV) connaissent-elles les liens entre la TB et les droits humains?
- X.3 Y'a-t-il un mécanisme de responsabilisation à la disposition de patients TB pour signaler les obstacles à l'atteinte du meilleur état de santé dans le contexte de la TB ?
- X.4 Y'a t-il des assistants juridiques pour fournir un soutien immédiat aux personnes affectées par la TB dont les droits ont été violés ?

II. Obstacles au système de santé

A. Environnement politique – Leadership

A1_Le guide TB du PNT doit-il inclure des sections spécifiques sur la nécessité de transformer la réponse TB ?

A2_Si oui, ces réponses doivent-elles être :

Equitable fondée sur les droits centrée sur les patients

A3_ Les interventions en matière de droits humains et de genre sont- elles développées et incluses dans le guide TB du PNT ?

Si oui comment ?

A4_Des stratégies de recherche actives de cas sont- elles élaborées et incluses dans le guide TB du PNT pour les populations clés vulnérables priorisées ?

A5_Des stratégies de gestion de cas sont- elles élaborées et incluses dans le guide TB du PNT pour les populations clés vulnérables priorisées ?

A6_La stratégie DOT est-elle revue pour maintenir les PCV en soins et pour atteindre les populations qui vivent loin des services de santé ?

B. Financement de la lutte antituberculeuse

B1_ le budget alloué à la TB est-elle suffisant ? (Etat)

B2_Mobilisez-vous des ressources additionnelles auprès de partenaires diversifiés pour les PCV? si oui comment ?

B3_Si oui, ces ressources contribuent-elles à l'accès universel aux soins de santé au profit des PCV ?

C. Systèmes de données et d'information

C1_ Les instruments/outils de collecte de données sont-ils révisés conformément à la hiérarchisation des populations clés et vulnérables ?

C2_ Des rapports inclusifs sur le genre (hommes, femmes) et sensibles au genre de la charge de morbidité doivent-ils être inclus ?

C3_ Améliorez-vous les systèmes de surveillance de la TB pour les PCV ?

D. Information / Connaissances

D1_ Élaborez vous des stratégies de communication adaptées et appropriées pour les PCV en français et dans les langues nationales ?

D2_ Mettez -vous en œuvre des stratégies de sensibilisation à la TB, aux droits humains ainsi que sur la stigmatisation et la discrimination ?

E. Gestion des médicaments antituberculeux

E1_ Avez vous développé et testé un système d'alerte précoce pour signaler les pénuries de médicaments ?

E2_ La surveillance à base communautaire, utilisant OneImpact TB doit – elle faire partie de ce système de plaidoyer et d'action ?

F. Offre de service

F1_ Assurez-vous l'engagement systématique des PCV dans la conception, la prestation, le suivi et l'évaluation des services TB ?

F2_ Avez-vous mené une étude connaissances, attitudes et pratiques sur la TB auprès de chaque PCV ? F 3- Si oui, lesquelles ?

F3_ Avez-vous élargi et systématisé l'utilisation de la surveillance dirigée par la communauté (community-led monitoring = CLM) OneImpact TB ?

F4_ Si oui, l'élargissement et la systématisation servent-ils pour surveiller :

La disponibilité L'accessibilité L'acceptabilité la qualité des services TB

I. Barrières liées au droit de la santé

1. Connaissez-vous les liens entre la tuberculose et les droits humains ?
2. Quels sont ces droits humains ?
3. Êtes-vous une fois victime d'une violation des Droits humains ?
4. Pouvez-vous expliquer les circonstances de cette violation ?
5. Avez-vous bénéficié d'une assistance juridique ?
6. Pouvez-vous expliquer cette assistance ?

II. Obstacles au système de santé

7. Avez-vous des difficultés lors de votre prise en charge au niveau de la structure sanitaire ?
8. Si oui, pouvez-vous les décrire ?
9. Avez-vous été une fois stigmatisé par un prestataire de santé ?
10. Pouvez-vous expliquer l'histoire de cette stigmatisation ?
11. Des solutions ont-elles été proposées pour faire face à ces obstacles ?
12. Si oui, expliquez ?
13. Si non, expliquez ?
14. Est-ce que vous êtes impliqué dans les stratégies de lutte contre la TB ?
15. Bénéficiez-vous d'un appui financier dans le cadre de votre prise en charge médicale ?
16. Si oui, expliquez ?
17. Si non, expliquez ?

III. Acceptabilité

18. Comment jugez-vous du comportement des agents de santé ?
Expliquez ?
19. La perception de l'entourage familial vis-à-vis de la maladie est-elle bonne ?
Expliquez ?
20. La perception de l'entourage professionnel vis-à-vis de la maladie est-elle bonne ?
Expliquez ?
21. Comment votre entourage vous soutient-il à la maladie ?
22. Y'a-t-il une perte des amis à la suite du partage du statut TB ?
Expliquez ?
23. Y'a-t-il un arrêt de travail à la suite du partage du statut TB ?
Expliquez ?
24. Y'a-t-il une perte de travail à la suite du partage du statut TB ?
Expliquez ?
25. Si oui, y'a-t-il souvent de l'auto-distanciation sociale après la phase intensive ?

IV. Qualité

26. Etes-vous satisfait de la qualité des services offerts lors de vos RV ?
Si oui, Pourquoi ?
Si non, pourquoi ?

Focus group avec la communauté

V. Barrières liées au droit de la santé

1. Connaissez -vous les liens entre la tuberculose et les droits humains ?
2. Quels sont ces droits humains ?
3. Avez-vous une fois soutenu un patient TB dans le cadre de la violation de ses droits humain ?
4. Comment l'avez-vous soutenu ?

VI. Obstacles au système de santé

5. Pouvez-vous expliquer les difficultés que rencontre les patients TB lors de votre prise en charge au niveau de la structure sanitaire ?
6. Avez-vous trouvé des solutions pour les surmonter ?
7. Si oui comment avez fait ?
8. Est-ce que vous êtes impliqué dans les stratégies de lutte contre la TB ?

VII. Acceptabilité

9. Accepterez-vous de vivre avec un patient TB ?
Pourquoi ?
10. Avez-vous vécu avec un patient TB ?
Expliquez vos comportements envers le patient TB?