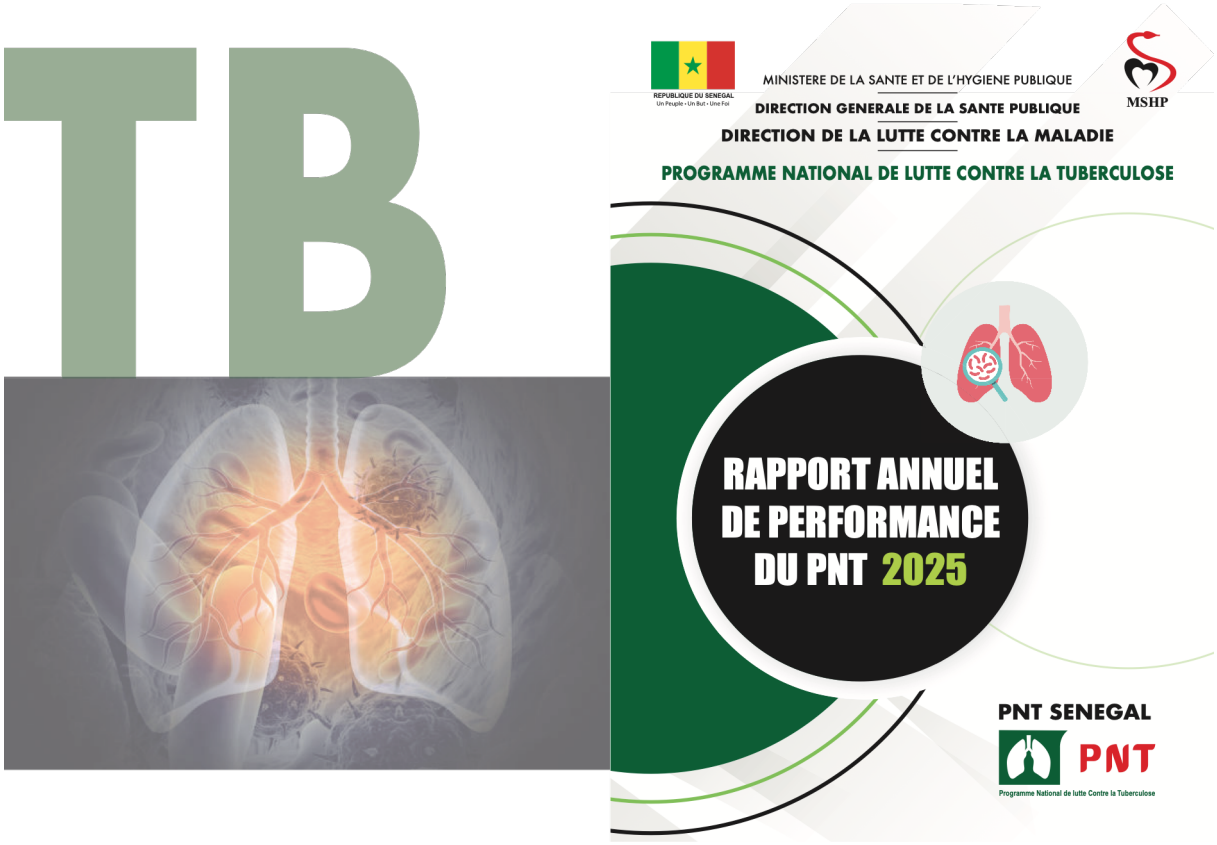


Dakar, mai 2026

LISTE DES ABREVIATIONS

APSR : Approche pratique de Santé respiratoire

ARV : Antirétroviraux

BAAR : Bacilles acido-alcoolo-résistants

CD4 : Cellule lymphocyte (cluster de différenciation 4)

CDT : Centre de traitement de la tuberculose

DHIS2 : District Health Information Software 2

DLSI : Division de lutte contre le SIDA et les IST

DOTS : Directly Observed Treatment Short Course

DPL : Direction de la Pharmacie et des Laboratoires

FM : Fonds Mondial

GDF : Global drug facility

IDA : Association internationale de Développement

IHS : Institut d'hygiène sociale

INH : Isoniazide

ISAARV : Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux

ISED : Institut Santé et Développement

LAT : Lutte antituberculeuse

LNCM : Laboratoire National de Contrôle des Médicaments

LNR : Laboratoire National de Référence des Mycobactéries

MSH : Management Sciences for Health

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action sociale

NC : Nouveaux cas

OCB : Organisation communautaire de base

ODD : Objectifs de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des Nations unies

PEC : Prise en charge

PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

PNT : Programme National de lutte contre la Tuberculose

PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

PvVIH : Personne vivant avec le VIH

RH : Association Rifampicine Isoniazide

RHZ : Association Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide

RHZE : Association Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide Ethambutol

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquis

TB : Tuberculose

TB/SSRP : Subvention combinant la TB et le système de santé résilient et pérenne

TB/VIH : Association Tuberculose – VIH

TB-MR : Tuberculose multi résistante

TDO : Traitement directement observé

TPBC : Tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée

TPCD : Tuberculose pulmonaire cliniquement diagnostiquée

TEP : Tuberculose extra pulmonaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

WARN TB : Réseau ouest africain de lutte contre la Tuberculose

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS 2

LISTE DES TABLEAUX 7

LISTE DES FIGURES 8

PRÉAMBULE 10

1 MISSIONS DU PNT 11

2 EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE AU SÉNÉGAL DE 2016 À 2025 11

2.1 ÉVOLUTION DES CAS ATTENDUS, ENROLES ET CAS MANQUANTS DE TUBERCULOSE AU SENEGAL, 2016–2025 12
2.2 COUVERTURE EN TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE (2016–2025) 13
2.3 INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE ET DECLARATION (2016–2025) 14
2.4 SUCCES AU TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET DECES LIES A LA TUBERCULOSE 15
2.5 TAUX DE REALISATION DU TEST VIH CHEZ LES TUBERCULEUX AU SENEGAL DE 2016 A 2025 16
2.6 EVOLUTION DU TAUX DE CO-INFECTION TB/VIH AU SENEGAL 17
2.7 MISE SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL DES MALADES CO-INFECTES TB-VIH 18

3 DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE EN 2025 LNR 18

3.1 DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC AU LABORATOIRE 18
3.1.1 MICROSCOPIE 18
3.1.2 LE RESEAU DE GENEXPERT 20
3.1.3 TESTS TRUENAT 21
3.1.4 CULTURES 22
3.1.5 TESTS DE SENSIBILITE 23
3.1.6 GESTION DE LA QUALITE AU NIVEAU DU LNR 24
3.2 DEPISTAGE ACTIF PAR LA RADIOGRAPHIE NUMERIQUE 25
3.2.1 ACTIVITÉS RÉALISÉES 25

4 RÉSULTATS DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN 2025 28

4.1 PROMPTITUDE ET COMPLETUDE DES RAPPORTS TRIMESTRIELS AU NIVEAU NATIONAL EN 2025 28
4.2 PROMPTITUDE DES RAPPORTS TRIMESTRIELS PAR REGION EN 2025 29
4.3 COMPLETUDE DES RAPPORTS TRIMESTRIELS PAR REGION EN 2025 31
4.4 ANALYSE DE LA DETECTION DES CAS DE TUBERCULOSE SELON LES REGIONS 32
4.5 ANALYSE DES RESULTATS THERAPEUTIQUES TB : COUVERTURE, SUCCES ET ISSUES (2025) 34
4.6 ANALYSE DES CAS DE TB SELON LE SEXE ET PAR REGION EN 2025 36
4.7 PROFIL DES CAS DE TB SELON L'AGE AU SENEGAL EN 2025 36
4.8 COUVERTURE EN TRAITEMENT DES CAS DE TUBERCULOSE EN 2025 PAR REGION 37
4.9 SUCCES TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE EN 2025 PAR REGION 38
4.10 DECES DES PATIENTS LIES A LA TB PHARMACO SENSIBLES PAR DRS EN 2025 39
4.11 DECLARATION DES CAS DE TUBERCULOSE EN 2025 PAR DISTRICT 40
4.12 COUVERTURE EN TRAITEMENT DES CAS DE TUBERCULOSE 41

5 TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ET SOUTIEN AUX PATIENTS 42

5.1 SUCCES THERAPEUTIQUE TB EN 2025 42
5.2 DECES DES PATIENTS LIES A LA TB PHARMACO SENSIBLES PAR DS EN 2025 43
5.3 SOUTIEN AUX PATIENTS ATTEINTS DE TB PHARMACO SENSIBLE 44
5.3.1 TRAITEMENT PREVENTIF DE LA TUBERCULOSE 44
5.3.2 TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PHARMACO SENSIBLE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT ET SOUTIEN AUX PATIENTS 45
5.3.3 TAUX DE DECLARATION DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT PAR REGION – SENEGAL, 2025 46
5.4 TRAITEMENT DES MALADES TB MR 46
5.4.1 SITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TB MR EN 2025 47
5.4.2 DIGITALISATION DES VAD TBMR 48

6 TUBERCULOSE ET CO MORBIDITES 49

6.1 TAUX DE REALISATION DU TEST VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX 49
6.2 TAUX DE CO-INFECTION TBVIH 50
6.3 TUBERCULOSE ET DIABETE 51
6.4 REPARTITION DES PATIENTS TB-DIABETE SELON LEUR PORTE D'ENTREE ET LA REGION 52
6.5 TUBERCULOSE ET MALNUTRITION 53
6.6 TUBERCULOSE ET TABAGISME 53

7 FORMATION ET RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE 54

7.1 VOLET FORMATION DES ACTEURS SUR LA TUBERCULOSE 54
7.2 VOLET « RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE » 55
7.3 ÉTUDES APPROUVEES PAR LE CNERS 56

8 INFORMATION EDUCATION ET COMMUNICATION 57

8.1 LA COMMUNICATION DE MASSE 57
8.2 COMMUNICATION DIGITALE 57
8.3 ACTIVITES DE COMMUNICATION DURANT LES EVENEMENTS SPECIAUX 58
8.4 PARTICIPATION AU SALON INTERNATIONAL DE LA SANTÉ ET DU MATÉRIEL MÉDICAL (SISDAK) 58
8.5 CAMPAGNE DE SENSIBILISATION LORS DE LA COUPE D'AFRIQUE DES NATIONS (CAN) 2025. 59
8.6 IEC / CCC 59
8.7 ACTIVITES DE PARTENARIAT 59

9 REPONSE COMMUNAUTAIRE À LA TUBERCULOSE 60

10 SITUATION DES STOCKS ET APPROVISIONNEMENTS 62

10.1 PRODUITS DE DIAGNOSTIC 62
10.2 MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX 63
10.2.1 MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX DE PREMIERE LIGNE (FLD) 64
10.2.2 MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX DE SECONDE LIGNE (SLD) 65
10.3 SLD PEDIATRIQUE 67
10.4 REALISATION DES ACTIVITES GAS 68
10.5 RECEPTION DES COMMANDES 70

11 ÉVALUATION PTA 2025 PNT 70

12 FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE 72

12.1 LES RESSOURCES FINANCIERES 72
12.2 LE FINANCEMENT DU PSN TB /ANNEE 2025 72
12.3 EXECUTION FINANCIERE PAR SOURCES DE FINANCEMENT 73

12.4 SYNTHESE DE L'EXECUTION BUDGETAIRE DES ACTIVITES GAS EN 2025 74
12.4.1 REPARTITION DE L'EXECUTION FINANCIERE PAR INTERVENTIONS EN 2025 75
12.5 LE FINANCEMENT DE LA RIPOSTE CONTRE LE COVID-19 76
12.6 LA GESTION DU PERSONNEL 76

13 SYNTHÈSE DES POINTS FORTS, POINTS À AMÉLIORER ET RECOMMANDATIONS 77

13.1 POINTS FORTS 77
13.2 POINTS A AMELIORER 77
13.3 PERSPECTIVES 2026 78
13.4 LEÇONS APPRISES 80

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Performance des unités de microscopie par région du Sénégal en 2025 20
Tableau II : Tableau récapitulatif de l'utilisation des appareils TrueLabs au Sénégal durant les trois premiers trimestres de 2025 22
Tableau III : Résultats des cultures au Sénégal en 2025 23
Tableau IV : Répartition des résultats de test de sensibilité obtenus au cours de l'année 2025 .. 24
Tableau V : Tableau de synthèse des campagnes de dépistage actif TB de l'UMRN en 2025 26
Tableau VI : Tableau de synthèse des campagnes spécifiques de l'UMRN réalisées dans les établissements pénitentiaires en 2025 27
Tableau VII : Promptitude et Complétude des rapports trimestriels au niveau national en 202529
Tableau VIII : Promptitude des rapports par DRS en 2025 30
Tableau IX : Niveau de complétude des formulaires TB en 2025 au Sénégal 32
Tableau X : Répartition des cas attendus, notifiés et cas manquants par région en 2025 au Sénégal 33
Tableau XI : Performance régionale des indicateurs clés de prise en charge de la tuberculose 2025 35
Tableau XII : Issue du traitement des cas de tuberculose multirésistante (TBMR) au Sénégal en 2025 47
Tableau XIII : Synthèse de la phase pilote de digitalisation des visites à domicile (VAD) pour la TB-MR au Sénégal en 2025 49

Tableau XIV : Tableau récapitulatif des thématiques de formation et des catégories d'acteurs formés en 2025 55
Tableau XV : Tableau de disponibilité des produits de diagnostic, risques identifiés et actions d'atténuation en 2025 au Senegal. 63
Tableau XVI : Bilan des activités de renforcement de la gestion des intrants du bureau GAS de la subvention GC7 69
Tableau XVII : Mobilisation des financements du Programme TB en 2025 73
Tableau XVIII : Synthèse de l'exécution financière 2025 par sources de financement 74
Tableau XIX : Synthèse de l'exécution budgétaire des activités GAS en 2025 75
Tableau XX : Répartition des dépenses par domaine d'activités en 2025 76

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution des cas attendus, enrôlés et cas manquants de tuberculose au Sénégal de 2016 à 2025 13
Figure 2 : Couverture en traitement de la Tuberculose (2016–2025) 14
Figure 3 : Évolution de l'incidence de la tuberculose et la déclaration des cas au Sénégal de 2016 à 2025 15
Figure 4 : Évolution du succès thérapeutique et des décès liés à la tuberculose au Sénégal de 2016 à 2025 16
Figure 5 : Évolution du taux de dépistage VIH chez les patients tuberculeux au Sénégal (2016–2025) 17
Figure 6 : Évolution du taux de coïnfection TB/VIH au Sénégal (2016–2025) 17
Figure 7 : Taux de mise sous traitement antirétroviral des patients TB-VIH au Sénégal (2016–2025) 18
Figure 8 : La répartition des cas selon le profil des patients TB résistants diagnostiqués au Sénégal en 2025 21
Figure 9 : Répartition des cas de tuberculose par sexe et par région 2025 au Sénégal 36
Figure 10 : Répartition des cas de tuberculose selon le groupe d'âge et la région en 2025 au Sénégal 37

Figure 11 : Taux de couverture des cas en traitement antituberculeux par région au Sénégal en 2025 38
Figure 12 : Taux de succès thérapeutique du traitement antituberculeux par région au Sénégal en 2025 39
Figure 13 : Taux de décès des cas de tuberculose par région au Sénégal en 2025 40
Figure 14 : Répartition selon la déclaration des cas de tuberculose par district sanitaire au Sénégal, 2025 41
Figure 15 : Taux de couverture des cas en traitement antituberculeux par district – Sénégal, 2025 42
Figure 16 : Taux de succès thérapeutique par DS en 2025 au Sénégal 43
Figure 17 : Taux de mortalité des cas de tuberculose par district au Sénégal en 2025 44
Figure 18 : Tendances des cas de tuberculose chez l'enfant au Sénégal entre 2020 et 2025 45
Figure 19 : Taux de déclaration de la tuberculose chez l'enfant par région ,Sénégal, 2025 46
Figure 20 : Taux de réalisation du test VIH chez les patients tuberculeux par district au Sénégal en 2025 50
Figure 21 : Taux de co-infection tuberculose/VIH par district du Sénégal en 2025 51
Figure 22 : Taux de réalisation du test glycémique chez les patients tuberculeux au Sénégal en 2025 52
Figure 23 : Répartition des patients TB-Diabète selon leur porte d'entrée et la région, Sénégal, 2025 53
Figure 24 : Évolution trimestrielle de la performance des indicateurs communautaires de la subvention GC7 en 2025 au Sénégal. 61
Figure 25 : Évolution de la disponibilité des médicaments antituberculeux de première ligne (FLD) en 2025 65
Figure 26 : Analyse des SLD forme adulte en début et fin d'année de 2025 66
Figure 27 : Analyse des SLD pédiatrique en début et fin d'année de 2025 68
Figure 28 : Plan d'approvisionnement antituberculeux au Senegal en 2025 70

PRÉAMBULE

L'année 2025 marque une étape déterminante pour la lutte contre la tuberculose au Sénégal, dans un contexte de consolidation des acquis, d'innovations programmatiques et de renforcement des partenariats multisectoriels. Elle s'inscrit dans la continuité des engagements nationaux et internationaux visant à accélérer la riposte contre la tuberculose, conformément au Plan Stratégique National Intégré TB 2026-2030, aux orientations de la stratégie END-TB de l'OMS et aux Objectifs de Développement Durable.

Au cours de cette année, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) a poursuivi la mise en œuvre de ses missions fondamentales : améliorer le dépistage précoce, renforcer la qualité du diagnostic, optimiser la prise en charge des patients, intensifier les interventions communautaires et assurer la disponibilité continue des intrants essentiels. L'année 2025 a également été marquée par une dynamique accrue de mobilisation des ressources, notamment à travers la subvention GC7 du Fonds mondial, les contributions des partenaires techniques et financiers, ainsi que l'engagement croissant du secteur privé et des collectivités territoriales.

Les performances enregistrées témoignent d'avancées significatives, notamment dans l'amélioration de la complétude des données, l'expansion du réseau de diagnostic moléculaire, la montée en puissance des stratégies de dépistage actif et le renforcement de la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante. Toutefois, des défis persistent, en particulier dans la recherche des cas manquants surtout chez les enfants, la disponibilité des équipements, la gestion des stocks, la mise sous traitement préventif et la réduction des disparités régionales.

Ce rapport annuel présente de manière détaillée les progrès réalisés, les résultats obtenus, les contraintes rencontrées et les perspectives pour l'année 2026. Il met en lumière les efforts conjoints du PNT, des districts sanitaires, des acteurs communautaires, des partenaires techniques et financiers, ainsi que des secteurs public et privé, qui ont contribué à renforcer la riposte nationale contre la tuberculose.

À travers ce document, le PNT réaffirme son engagement à poursuivre la transformation du programme, à renforcer la qualité des services, à promouvoir l'innovation et à mobiliser l'ensemble des acteurs pour atteindre l'objectif ultime : réduire de manière significative la charge de la tuberculose au Sénégal et progresser vers son élimination.

1 MISSIONS DU PNT

Elles découlent de l'arrêté N°019159 du 1er 2015 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement du PNT :

- Veiller à la mise en œuvre des directives internationales relatives à la lutte contre la tuberculose ;
- Concevoir et mettre en œuvre toutes stratégies aptes à lutter contre la tuberculose ;
- Mobiliser les ressources humaines, techniques et financières nécessaires à la lutte contre la tuberculose ;
- Promouvoir l'information, la sensibilisation et la communication en matière de lutte contre la tuberculose ;
- Coordonner les stratégies, les moyens et les activités de renforcement des capacités des ressources humaines ;
- Assurer le suivi et l'évaluation de la politique nationale de lutte contre la tuberculose ;
- Promouvoir le développement du partenariat technique et financier ;
- Assurer une assistance technique et financière aux structures sanitaires et communautaires dans leurs tâches d'administration, de gestion, de formation, de planification, de suivi, et d'évaluation des activités de lutte contre la tuberculose.

2 EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE AU SÉNÉGAL DE 2016 À 2025

L'évolution de la tuberculose au Sénégal entre 2016 et 2025 montre des **progrès réels**, mais encore insuffisants pour atteindre les cibles de la stratégie End TB. Selon le Profil pays OMS 2024, l'incidence est estimée à 132 cas pour 100 000 habitants (≈24 000 cas), soit une réduction de 20 % depuis 2015, en deçà de l'objectif de 50 %. La mortalité a diminué de 25 %, mais reste élevée, avec 3 700 décès estimés chez les personnes séronégatives et 340 chez les PvVIH.

Sur la période, la couverture en traitement s'est améliorée, atteignant un pic de 81 % en 2023 avant de retomber à 77 % en 2025, en cohérence avec l'estimation OMS de 68 % en 2024. Le succès thérapeutique demeure élevé (87–91 %), atteignant 90 % en 2025, mais la persistance de cas manquants (23 % en 2025) continue d'alimenter la transmission communautaire.

La co-infection TB/VIH poursuit sa baisse structurelle, passant de 6 % en 2016 à 3–4 % depuis 2022, en ligne avec l'estimation OMS de 4,5 % en 2024. Le dépistage VIH reste performant (95 %

des cas testés). Parallèlement, l'utilisation des tests rapides a progressé (60 % en 2024), soutenant l'expansion du diagnostic moléculaire.

La TB-MR demeure un défi : l'OMS estime 430 cas en 2024, dont 88 mis sous traitement en 2025. Malgré les efforts de renforcement du réseau GeneXpert, la détection précoce et la couverture thérapeutique restent à améliorer.

Dans l'ensemble, la période 2016–2025 montre une dynamique positive, mais marquée par des défis persistants : cas manquants, mortalité élevée, disparités régionales et couverture thérapeutique insuffisante. Le renforcement du dépistage actif, du diagnostic moléculaire et de la prise en charge des formes résistantes demeure essentiel pour progresser vers l'élimination de la tuberculose au Sénégal.

2.1 Évolution des cas attendus, enrôlés et cas manquants de tuberculose au Sénégal, 2016–2025

L'incidence de la tuberculose au Sénégal a diminué de 122 à 112 cas pour 100 000 habitants entre 2016 et 2025, selon le profil OMS. Pour 2025, 20 984 cas étaient attendus. Malgré cette baisse, la proportion de cas manquants est restée élevée entre 2016 et 2021 (≈30 %), révélant des limites persistantes dans la détection précoce. Une amélioration notable est observée en 2022 (27 %) puis en 2023 (19 %), grâce au renforcement du dépistage actif et à l'expansion du test Xpert. Toutefois, cette dynamique s'est inversée en 2024 (21 %) et 2025 (23 %), indiquant la persistance de poches de transmission silencieuse. Ces tendances montrent que les cas manquants demeurent le principal moteur de la transmission communautaire. Pour inverser durablement cette situation, il est essentiel de renforcer l'investigation autour des cas index, la digitalisation des visites à domicile, l'usage accru du diagnostic moléculaire et la mobilisation communautaire.

La figure ci-dessous montre l'écart entre le nombre de cas attendus et le nombre de cas enrôlés sur les dix dernières années :

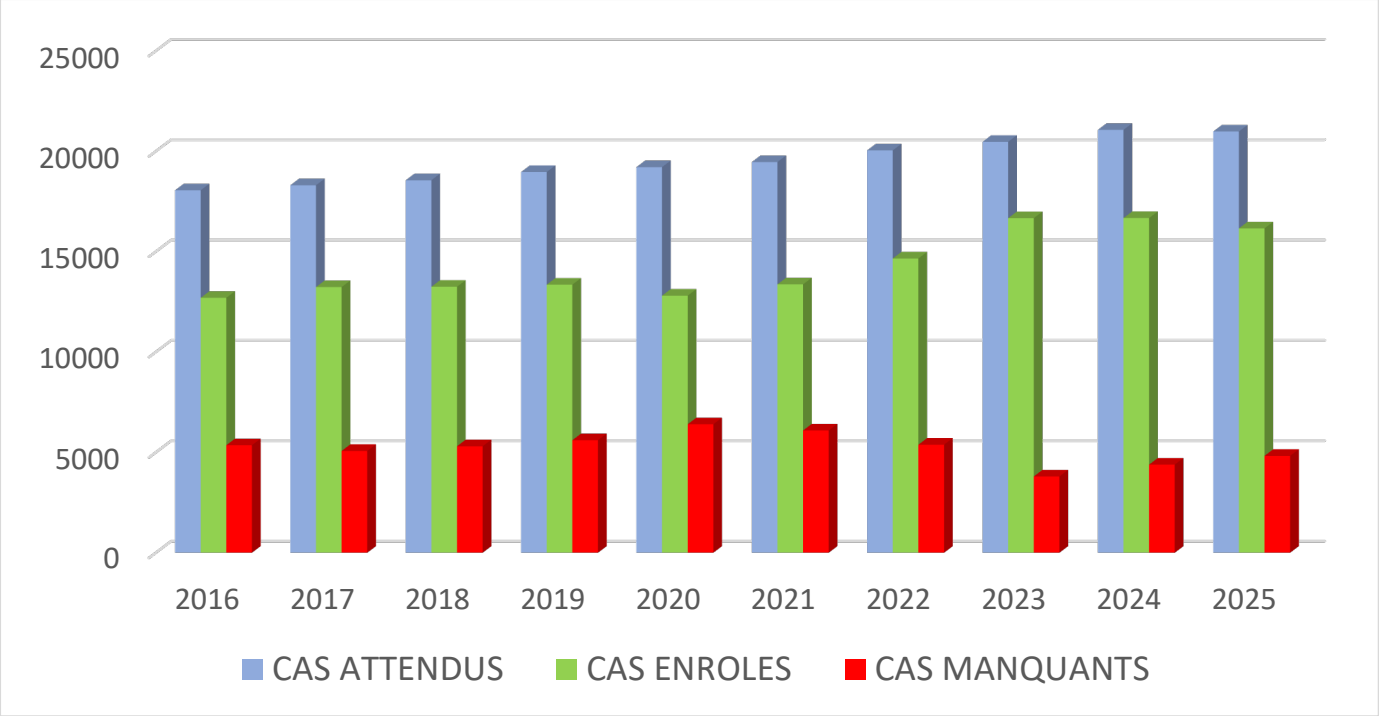


Figure 1 : Évolution des cas attendus, enrôlés et cas manquants de tuberculose au Sénégal de 2016 à 2025

2.2 Couverture en traitement de la Tuberculose (2016–2025)

L'évolution de la couverture en traitement de la tuberculose au Sénégal révèle **une** progression globale mais irrégulière sur la période 2016–2025. Après une phase de stagnation entre 2016 et 2021, oscillant entre 67 % et 72 %**,** une amélioration notable est observée à partir de 2022, culminant à 81 % en 2023. Cette hausse traduit les effets combinés du dépistage actif, de l'expansion du test Xpert et du renforcement de la notification électronique. Toutefois, la tendance positive s'essouffle légèrement en 2024 (79 %) et 2025 (77 %), indiquant un ralentissement de la couverture thérapeutique. Cette fluctuation souligne la nécessité de consolider les acquis, d'assurer la disponibilité continue des intrants et de renforcer la coordination entre les niveaux opérationnels pour maintenir une couverture optimale et durable.

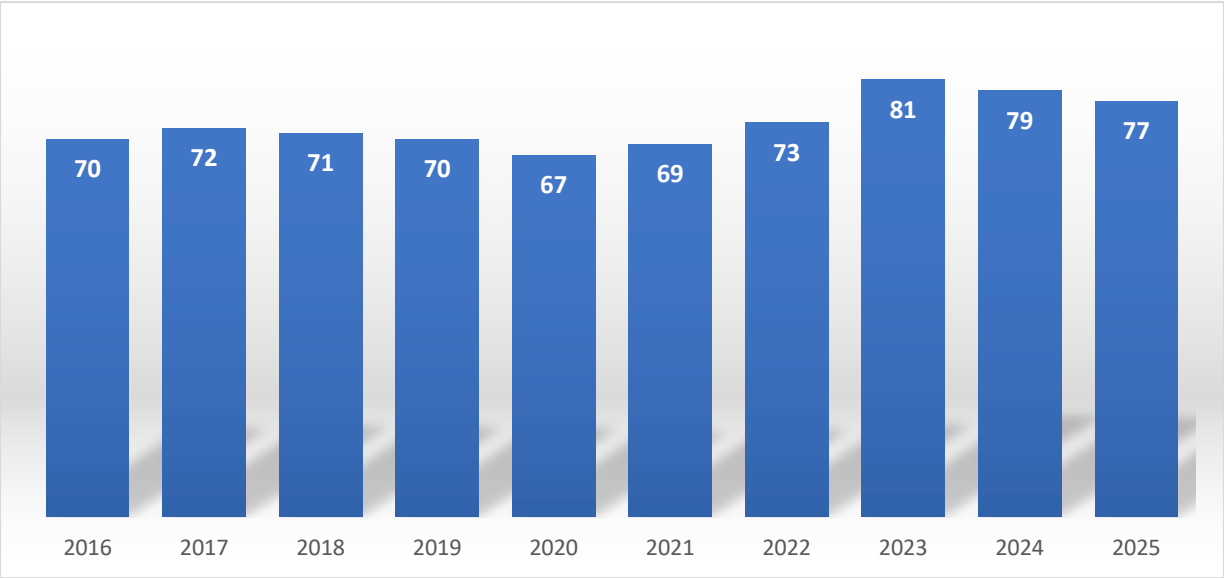


Figure 2 : Couverture en traitement de la Tuberculose (2016–2025)

2.3 Incidence de la tuberculose et déclaration (2016–2025)

L'analyse des données sur dix ans montre une discordance persistante entre l'incidence estimée et les cas déclarés de tuberculose au Sénégal. L'incidence est passée de 122 à 112 cas pour 100 000 habitants entre 2016 et 2025, tandis que les cas notifiés sont restés nettement inférieurs, autour de 77–89 cas pour 100 000 habitants**.** En 2025**,** 20 984 cas étaient attendus mais seuls 16 158 ont été déclarés, laissant 4 826 cas manquants (23 %). Après une amélioration en 2023 (19 %), les cas manquants ont de nouveau augmenté en 2024 (21 %) et 2025 (23 %). Cette situation révèle des failles dans la détection précoce, l'enrôlement et la notification communautaire. Le déficit de couverture compromet la traçabilité et la planification. Le renforcement du dépistage actif**,** de l'observance thérapeutique et la réduction des cas manquants restent essentiels pour interrompre la transmission communautaire.

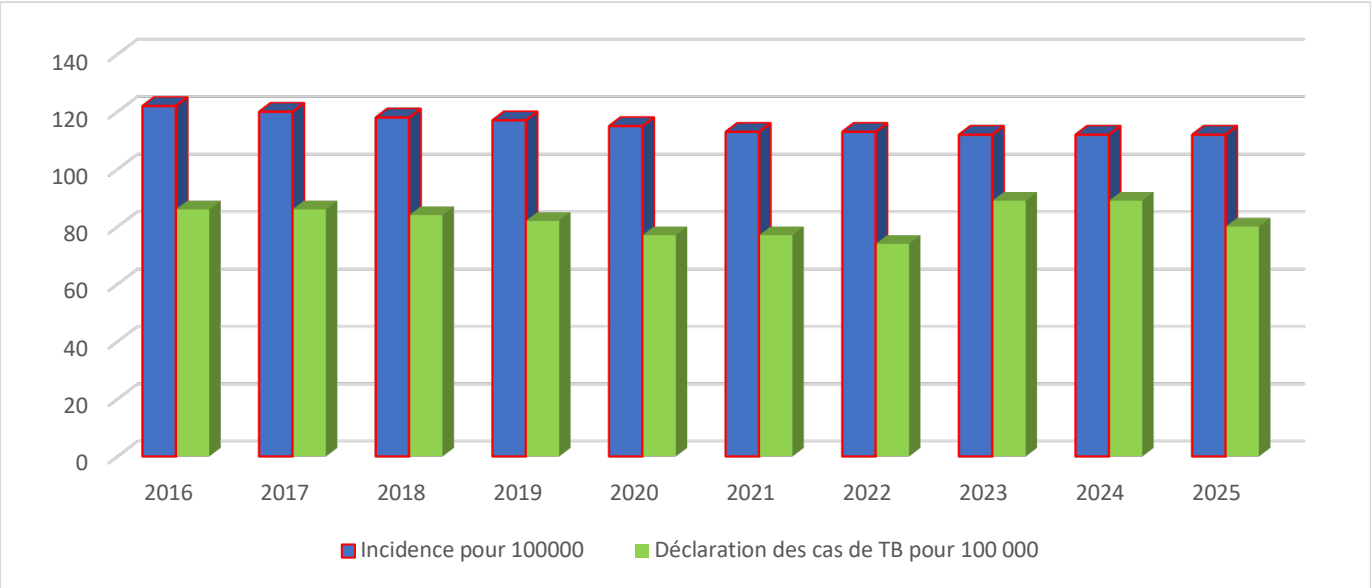


Figure 3 : Évolution de l'incidence de la tuberculose et la déclaration des cas au Sénégal de 2016 à 2025

2.4 Succès au traitement antituberculeux et décès liés à la tuberculose

Le taux de succès thérapeutique reste élevé, oscillant entre 87 % et 91 %**,** atteignant 90 % en 2025, signe d'une amélioration continue de la qualité de la prise en charge et de l'observance. Après une légère baisse en 2018, la performance s'est redressée grâce au renforcement du suivi et à la disponibilité des intrants. En parallèle, le taux de décès demeure stable entre 3 % et 4 %**,** mais reste supérieur à la cible mondiale de <1 % fixée par la stratégie End TB. Cette stabilité traduit la persistance de décès évitables, notamment chez les patients TB/VIH et les groupes vulnérables. L'analyse conjointe montre que la performance thérapeutique est solide, mais que la réduction de la mortalité exige un diagnostic précoce**,** un suivi clinique rigoureux et une meilleure gestion des comorbidités.

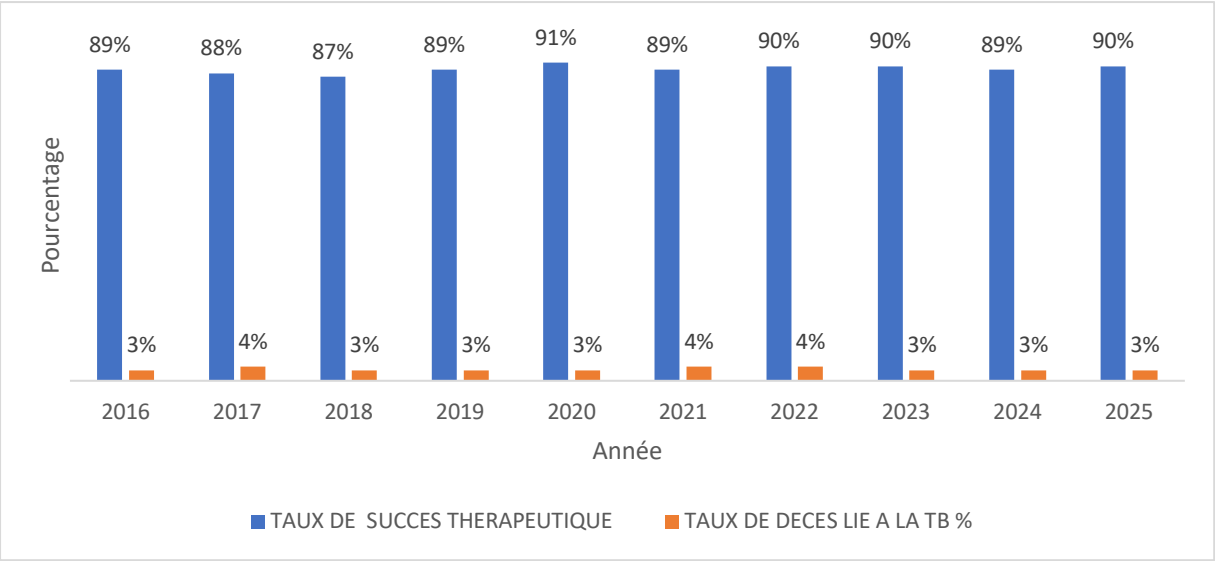


Figure 4 : Évolution du succès thérapeutique et des décès liés à la tuberculose au Sénégal de 2016 à 2025

2.5 Taux de réalisation du test VIH chez les tuberculeux au Sénégal de 2016 à 2025

Le taux de dépistage VIH progresse régulièrement de 86 % en 2016 à 99 % en 2020, traduisant une meilleure intégration des services TB/VIH et une disponibilité accrue des tests. Après ce pic, une baisse modérée est observée entre 2021 et 2023 (96 % → 93 %), probablement liée aux perturbations dues à la pandémie de Covid-19. En 2025, le taux remonte à 98 %, signe d'un redressement des performances et d'un renforcement des stratégies d'intégration. Globalement, le dépistage VIH chez les tuberculeux demeure élevé et satisfaisant, confirmant la bonne mise en œuvre des directives nationales. Les fluctuations observées rappellent la nécessité de maintenir les efforts de supervision, de formation et de disponibilité des tests pour garantir un dépistage systématique et de qualité résumé sur le graphique ci-dessous.

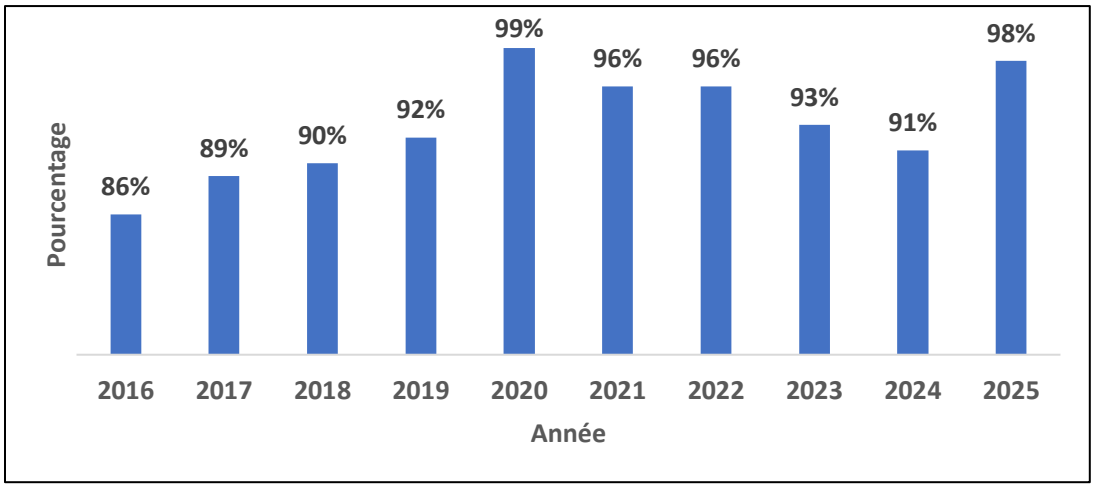


Figure 5 : Évolution du taux de dépistage VIH chez les patients tuberculeux au Sénégal (2016–2025)

2.6 Evolution du taux de co-infection TB/VIH au Sénégal

Cette diminution progressive traduit les efforts soutenus d'intégration des services TB-VIH, l'amélioration du dépistage VIH chez les tuberculeux et l'accès élargi au traitement antirétroviral. À partir de 2022, le taux se stabilise entre 3 % et 4 %**,** avec de légères fluctuations jusqu'en 2025. Cette stabilité suggère que la co-infection reste maîtrisée**,** mais qu'elle persiste dans certaines zones ou populations à risque, nécessitant un suivi continu et des interventions ciblées.

Le graphique montre une tendance générale à la baisse du taux de co-infection TB/VIH entre 2016 et 2022, passant de 6 % à 3 %**.**

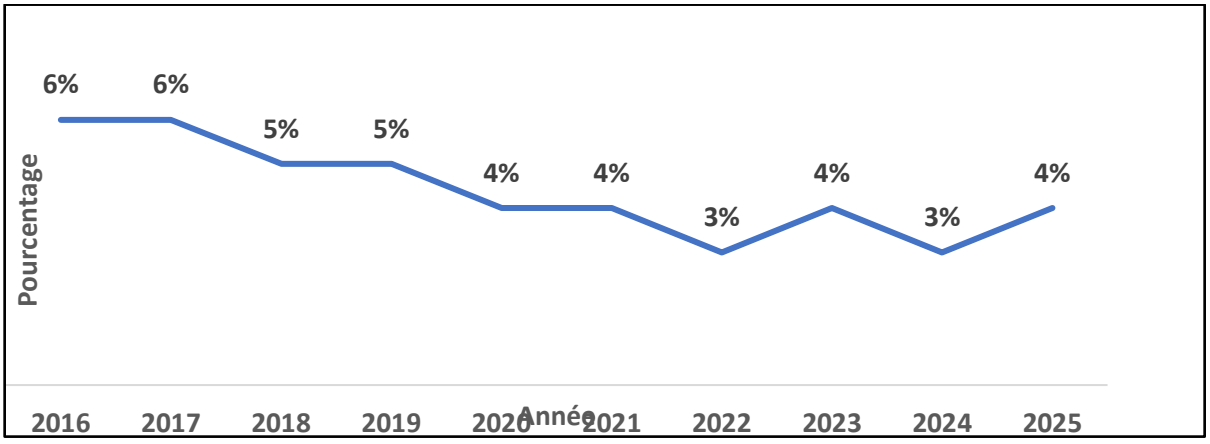


Figure 6 : Évolution du taux de coïnfection TB/VIH au Sénégal (2016–2025)

2.7 Mise sous traitement antirétroviral des malades co-infectés TB-VIH

Les performances sont globalement bonnes, avec un taux supérieur à 85 % sur la majorité de la période. Après une phase stable entre 2016 et 2020 (87–91 %), une progression notable est observée en 2023 (99 %), traduisant une meilleure intégration des services TB/VIH et une application rigoureuse des directives nationales. Toutefois, une chute marquée à 73 % en 2024 révèle des difficultés opérationnelles, notamment des ruptures d'intrants et des retards de référencement. En 2025, le taux remonte à 91 %, signe d'un redressement des performances et d'un renforcement de la coordination. Malgré ces variations, le niveau global reste satisfaisant mais doit tendre vers la cible de 100 %, afin de réduire la mortalité et d'améliorer le succès thérapeutique chez les patients co-infectés.

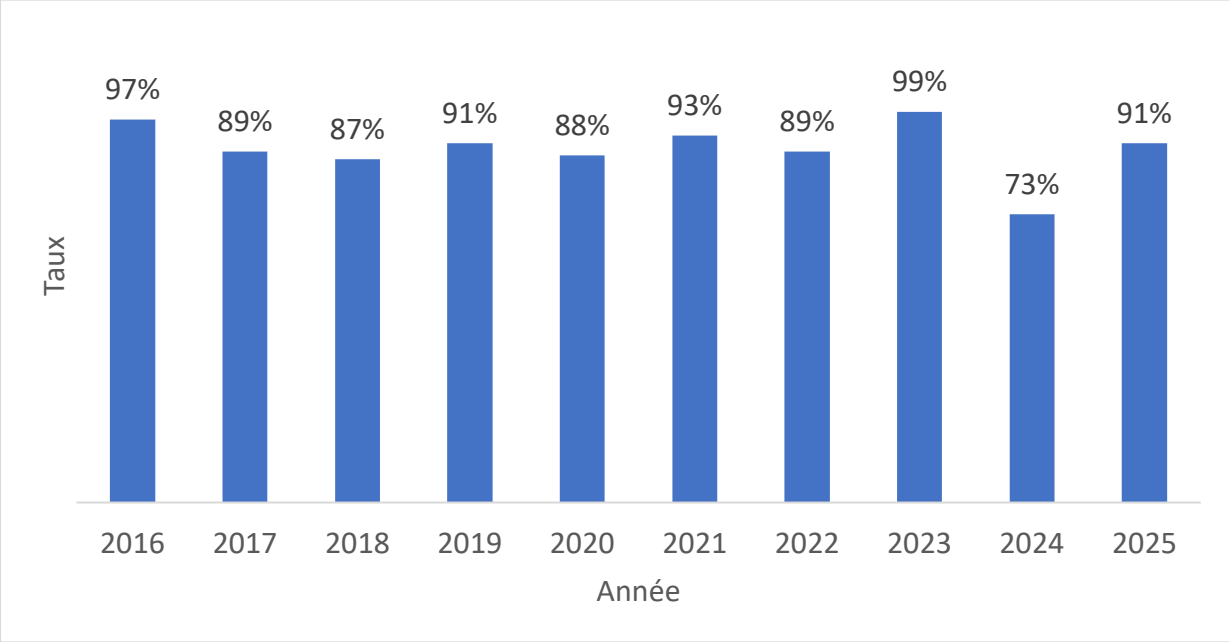


Figure 7 : Taux de mise sous traitement antirétroviral des patients TB-VIH au Sénégal (2016–2025

3 DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE EN 2025 LNR

3.1 Dépistage et diagnostic au laboratoire

3.1.1 Microscopie

En 2025, **87 564 examens microscopiques** ont été réalisés, soit une baisse de **10 %** par rapport à 2024, en lien avec l'augmentation du recours au **diagnostic moléculaire**. Le taux de

positivité est de 12,8 %**,** conforme à la norme mais en baisse de 20 %. L'évaluation externe de qualité a porté sur 6 591 lames provenant de 140 unités, avec un taux global d'erreurs de 1,3 %. Les régions Fatick, Kaffrine, Kédougou, Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Ziguinchor affichent **0** % d'erreurs, tandis que Dakar (2,92 %) et Matam (1,74 %) présentent les performances les plus faibles. Les erreurs de type FPE plus fréquentes que les FNE indiquent un besoin de formation et un renforcement du contrôle interne. Ces résultats soulignent la nécessité d'une supervision ciblée, d'une meilleure standardisation des pratiques et d'un suivi rapproché des unités non performantes.

Sur les 14 régions sanitaires, 7 abritent les 17 unités non performantes identifiées en 2025. Les erreurs critiques (FNE et FPE) sont principalement observées dans les régions de Dakar, Matam, Saint-Louis et Thiès. Les unités les plus concernées sont CS Gaspard Kamara, CS Thilogne, PS Deggo, PS Ndioum et le laboratoire municipal de Mbour. Les erreurs relevées traduisent des insuffisances dans la lecture des frottis, le contrôle interne et la supervision. Ces unités nécessitent un accompagnement prioritaire, incluant formation, supervision renforcée et standardisation des pratiques, afin d'améliorer la qualité du diagnostic microscopique et réduire les risques de sous- ou surdiagnostic.

Tableau I : Performance des unités de microscopie par région du Sénégal en 2025

Région	Positif	Faibl. pos	Négatif	Total relus	FPE	FPF	FNE	FNF	Total erreurs	Taux d'erreur (%)	Performance
Dakar	160	53	987	1200	1	2	7	25	35	2,92	Faible
Diourbel	49	2	356	407	0	0	2	1	3	0,74	Moyenne
Fatick	84	5	379	468	0	0	0	0	0	0,00	Bonne
Kaffrine	35	3	200	238	0	0	0	0	0	0,00	Bonne
Kaolack	33	5	243	281	1	0	1	0	2	0,71	Moyenne
Kédougou	13	1	130	144	0	0	0	0	0	0,00	Bonne
Kolda	46	0	409	455	0	0	0	0	0	0,00	Bonne
Louga	78	3	488	569	1	1	2	0	4	0,70	Moyenne
Matam	46	1	241	288	5	0	0	0	5	1,74	Faible
Saint-Louis	122	6	709	837	1	0	2	4	7	0,84	Moyenne
Sédhiou	58	1	229	288	0	0	0	0	0	0,00	Bonne
Tamba	67	1	316	384	0	0	0	0	0	0,00	Bonne
Thiès	138	7	551	696	2	0	2	0	4	0,57	Moyenne
Ziguinchor	51	0	285	336	0	0	0	0	0	0,00	Bonne

3.1.2 Le réseau de GeneXpert

En 2025, le parc GeneXpert compte 79 appareils, dont 53 sous garantie. Trois missions de maintenance ont permis de remplacer 90 modules défectueux. L'activité diagnostique a augmenté de 39,2 %, avec 71 816 tests réalisés. Toutefois, 3 410 cartouches ont été perdues en raison d'erreurs et de résultats invalides, reflétant des insuffisances de maintenance préventive. L'enquête nationale montre une résistance primaire de 1,83 % et une résistance acquise de 3,9 %, en nette amélioration par rapport à 2014. En 2025, 88 cas de TB-RR ont été détectés. Ces résultats confirment le renforcement du diagnostic moléculaire, mais appellent à une meilleure gestion du parc et des consommables.

Les nouveaux cas de TB-RR sont majoritaires, avec 50 cas, soit 56,2 % de l'ensemble des cas. Ils sont suivis par les échecs de traitement**(**14 cas**)** et les rechutes **(**11 cas**).**

Cette situation souligne la nécessité de renforcer la prise en charge des cas contacts et de promouvoir le dépistage précoce de la TB-RR, notamment par l'extension des tests moléculaires rapides à tous les centres de santé. Il est également important de mieux investiguer les patients classés comme "nouveaux cas" présentant une résistance à la rifampicine.

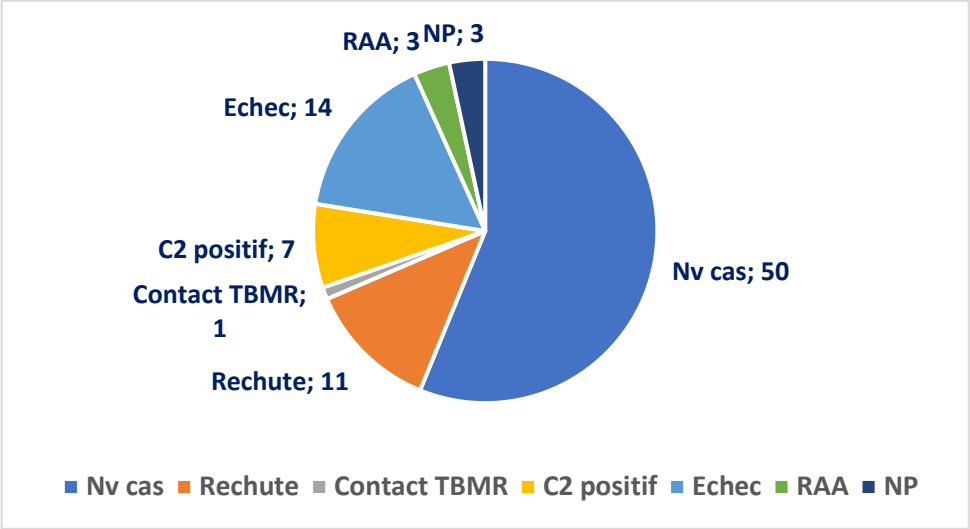


Figure 8 : La répartition des cas selon le profil des patients TB résistants diagnostiqués au Sénégal en 2025

3.1.3 Tests Truenat

Au cours des trois premiers trimestres de 2025, les appareils TrueLabs mis en service dans sept structures sanitaires réparties dans les régions de Dakar, Thiès, Ziguinchor et Diourbel ont permis de réaliser un total de 2 556 tests, pour une capacité prévisionnelle globale de 37 800 tests. Le taux moyen d'utilisation des équipements sur cette période s'établit ainsi à 7 %, ce qui traduit une faible exploitation globale des appareils par rapport à leur potentiel. L'analyse par site montre des niveaux d'utilisation variables. Les meilleures performances sont observées à CS Keur Massar avec 11 %, suivi de PNEUMO/FANN avec 10 % et CS Mbour avec 8 %. À l'inverse, plusieurs structures présentent des niveaux d'utilisation particulièrement faibles, notamment LNR-PNT et CS Thiès (4 % chacun), ainsi que CHR de Ziguinchor (3 %), ce qui suggère des difficultés dans la montée en charge de l'utilisation des équipements. Pour y remédier, un redéploiement des appareils a été effectué vers des sites ne disposant pas d'appareils GeneXpert.

Tableau II : Tableau récapitulatif de l'utilisation des appareils TrueLabs au Sénégal durant les trois premiers trimestres de 2025

N°	Région	Structure	Année de mise en service	Source de Financement	Nombre de tests réalisés	Capacité prévisionnelle pour les 3 Trimestres de 2025	Taux d'utilisation des appareils TrueLabs durant les 3 trimestres 2025
1	DAKAR	PNEUMO/FANN	2025	FM	516	5400	10%
2	DAKAR	LNR-PNT	2025	FM	228	5400	4%
3	DAKAR	CS KEUR MASSAR	2025	FM	619	5400	11%
4	THIES	CS THIES	2025	FM	241	5400	4%
5	THIES	CS MBOUR	2025	FM	405	5400	8%
6	ZIGUINCHOR	CHR DE ZIGUINCHOR	2025	FM	170	5400	3%
7	DIOURBEL	CS DAROU KHOUDOSS	2025	FM	377	5400	7%
	TOTAL				**2556**	**37800**	**7%**

3.1.4 Cultures

Le LNR a réalisé 661 cultures sur milieu solide de Löwenstein-Jensen. Ces cultures sont principalement destinées au suivi bactériologique du traitement de la TBMR. Le taux de contamination se situe à 3% dans la norme internationale : (un taux de contamination ≤ 5 % est considéré comme acceptable), traduisant une amélioration dans le transport des échantillons vers le LNR. Le système semi-automatisé de cultures des mycobactéries sur milieu liquide (BD Bactec MGIT ™) n'est toujours pas encore disponible au LNR.

Tableau III : Résultats des cultures au Sénégal en 2025

Résultats des frottis	Résultats des cultures -Année 2025							
	Cas présumés				Suivis (malades en traitement)			
	Contaminé	Négatif	Positif	Total	Contaminé	Négatif	Positif	Total
Négatif	2	3	0	5	12	424	12	448
Positif	0	1	4	5	3	47	78	128
Faibles Positifs	0	0	0	0	6	50	19	75
Non Précisé	0	0	0	0	0	0	0	0
Sous-Total	2	4	4	10	21	521	109	651
Total	661							

3.1.5 Tests de sensibilité

En 2025, 61 patients sur 88 (69,3%) présentant une résistance à la rifampicine ont eu des résultats de tests Xpert MTB/XDR interprétables et 6 (9,8%) ont présenté un résultat négatif (« MTB non détecté ») représentant tandis que les erreurs restent limitées à 5 cas (4 %). Les autres profils de résistance, comme INH + ETH ou Low INH + ETH, sont observés à des fréquences plus faibles.

Tableau IV : Répartition des résultats de test de sensibilité obtenus au cours de l'année 2025

Molécule	Nombre total de tests valides	Cas résistants (R)	Cas sensibles (S)	% de résistance
INH (isoniazide)	61	37	24	60,66%
FLQ (fluoroquinolones)	61	3	58	4,92%
AMK (amikacine)	61	1	60	1,64%
KAN (kanamycine)	61	1	60	1,64%
CAP (capréomycine)	61	1	60	1,64%
ETH (éthionamide)	61	11	50	18,03%

La résistance à l'isoniazide prédomine avec un taux de 60,66% suivie de la résistance à l'éthionamide (18,03%). Par contre la résistance aux fluoroquinolones, aminosides reste inférieure à 5%.

La résistance à l'isoniazide parmi les nouveaux cas de TB-RR reste élevée 17/30 soit une prévalence de 56,7%.

3.1.6 Gestion de la qualité au niveau du LNR

Le LNR a obtenu l'accréditation du SOAC en mars 2025 pour l'ensemble des activités couvrant la microscopie à fluorescence et les tests Xpert MTB/RIF Ultra, conformément aux exigences de la norme ISO 15189:2012. Par la suite, une évaluation consécutive a été réalisée afin d'assurer une transition réussie vers la version 2022 de cette norme avant l'échéance fixée par l'ILAC en décembre 2025. Cette évaluation a permis de confirmer le maintien de l'accréditation du LNR selon les exigences de la nouvelle version de la norme ISO 15189. En outre, la revue de direction conduite dans le cadre de l'évaluation du système de management de la qualité (SMQ) a conduit à l'élaboration d'un plan d'action assorti d'échéances précises et de responsables désignés, en vue de soutenir l'amélioration continue du SMQ au cours de l'année 2026.

3.2 Dépistage actif par la radiographie numérique

L'Unité mobile de radiographie numérique ne dispose actuellement que d'un seul appareil fonctionnel. Au cours de l'année 2025, en raison de la programmation d'activités concomitantes, le Programme a bénéficié du prêt provisoire d'un appareil de radiographie mis à disposition par l'Hôpital Général Idrissa Pouye (HOGGY). Par ailleurs, aucun nouvel appareil n'a été acquis dans le cadre de la subvention CG7, ce qui a eu un impact sur la mise en œuvre des activités planifiées.

3.2.1 Activités réalisées

3.2.1.1 Activités de l'UMRN au sein de la communauté

En 2025, 54 campagnes de dépistage actif TB ont permis d'identifier 202 cas de tuberculose pulmonaire, principalement dans les régions de Kaolack, Dakar, Thiès et Diourbel**.** Kaolack s'est distinguée par la meilleure performance grâce à une bonne coordination entre les acteurs sanitaires, communautaires et administratifs. Malgré ces acquis, la mise en œuvre reste confrontée à des défis de coordination et d'appropriation au niveau régional, district et communautaire.

L'analyse trimestrielle met en évidence une progression continue des activités de dépistage radiologique tout au long de l'année, avec un pic au quatrième trimestre. Le volume de radiographies est passé de 2 171 au 1er trimestre **à** 4 293 au 4e trimestre, accompagné d'une augmentation des cas présumés et des cas confirmés, notamment des TPBC**.**

Le **second semestre** se démarque par une intensification marquée des activités et un meilleur rendement en détection, ce qui peut refléter une amélioration de la couverture des campagnes ainsi qu'un ciblage plus efficace des populations à risque. Les zones les plus actives incluent Dakar Sud, Saint-Louis, Mbour, Guinguinéo et Keur Massar.

Tableau V : Tableau de synthèse des campagnes de dépistage actif TB de l'UMRN en 2025

Dates	Directions régionales de la santé	Districts sanitaires	Nombre de radiographies réalisées	Nombre de cas présumés TB
T1_2025	2 171	142	42	0
T2_2025	2 842	156	16	0
T3_2025	3 840	309	42	6
T4_2025	4 293	360	95	1
TOTAL_2025	**13 146**	**967**	**195**	**7**

3.2.1.2 Activités de l'UMRN au niveau des MAC

Au total**,** 2 764 détenus ont bénéficié d'un dépistage radiologique lors des campagnes menées en milieu pénitentiaire, permettant d'identifier 113 cas présumés de tuberculose. Parmi eux, 14 cas de tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive (TPBC) ont été confirmés, tandis **qu'**aucun cas de TPCD n'a été détecté.

La MAC Reubeuss (phase 1) a enregistré le plus grand nombre de radiographies avec 872 personnes examinées**,** devant Diourbel (491) et Bambey/Mbacké (448)**.** Reubeuss phase 1 présente aussi le plus grand nombre de cas présumés (48)**,** traduisant la plus forte charge de suspicion. Les cas confirmés de TPBC sont répartis entre plusieurs sites, notamment Mbour (3 cas)**,** Sébikotane (3 cas)**,** Diourbel (2 cas) et Bambey/Mbacké (3 cas)**.**

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que le dépistage actif en prison est essentiel pour assurer une détection précoce et une prise en charge rapide de la tuberculose.

Tableau VI : Tableau de synthèse des campagnes spécifiques de l'UMRN réalisées dans les établissements pénitentiaires en 2025

Dates	DRS	DS	Établissement pénitentiaires	Nombre de cas radiographiés	Nombre cas présumés	TPBC	TPCD
Du 14 au 18 janvier	Thiès	Mbour	MAC Mbour	289	9	3	0
Du 07 au 12 avril	Dakar	Dakar Sud	MAC Reubeuss Phase 1	872	48	2	0
			MAC Reubeuss Phase 2	386	22	1	0
Du 21 au 26 avril	Dakar	Diamniadio	MAC Sébikotane	208	10	3	0
		Rufisque	MAC Rufisque (femmes)	70	0	0	0
Du 12 au 16 mai	Diourbel	Diourbel	MAC Diourbel	491	17	2	0
Du 19 au 24 mai		Bambey Mbacké	MAC Bambey MAC Mbacké	448	7	3	0
TOTAL				**2764**	**113**	**14**	**0**

4 RÉSULTATS DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN 2025

4.1 Promptitude et Complétude des rapports trimestriels au niveau national en 2025

Dans l'ensemble, la complétude est bonne pour tous les formulaires, avec un taux uniforme de 100 %, ce qui montre que tous les rapports attendus ont été transmis. En revanche, la promptitude reste variable selon les formulaires. Les meilleures performances sont observées pour le Rapport trimestriel de déclaration des cas de TB MR (77,4 %) et les activités de dépistage actif par l'UMRN (75,5 %), traduisant une meilleure soumission dans les délais. À l'opposé, des retards plus marqués sont notés pour le rapport trimestriel de déclaration des cas TB, TB/VIH, TB/Diabète (51,5 %), le suivi trimestriel des stocks (57,7 %) et les activités communautaires des OCB (62,4 %). Ces résultats indiquent que si la disponibilité des données est assurée, des efforts doivent être renforcés pour améliorer la transmission à temps des formulaires, en particulier pour les rapports programmatiques et logistiques.

Tableau VII : Promptitude et Complétude des rapports trimestriels au niveau national en 2025

Indicateurs Formulaires	Promptitude %	Complétude %
R20_TB : Rapport trimestriel de déclaration des cas TB, TB/VIH, TB/Diabete	51.5	100
R20_TB : Rapport Trimestriel Laboratoire	66.3	100
R20_TB : Suivi trimestriel des Stocks de Médicaments et Intrants de Labo Traceurs	57.7	100
R20_TB : Activités trimestrielles de dépistage actif par l'Unité mobile de Radiographie numérique (UMRN) du PNT	75.5	100
R20_TB : Activités communautaires de lutte contre la tuberculose des OCB	62.4	100
R20_TB : Rapport Trimestriel de déclaration des cas de TB MR	77.4	100

4.2 Promptitude des rapports trimestriels par région en 2025

En 2025, la promptitude des rapports TB varie fortement selon les régions et les formulaires. Les meilleures performances sont observées à Kaffrine, Louga, Kaolack et Kédougou, tandis que Dakar, Saint-Louis, Tambacounda et Sédhiou restent en dessous de la moyenne nationale. Les formulaires TB-MR et UMRN affichent les taux les plus élevés (≈ 80 %), alors que la déclaration des cas TB et le suivi des stocks sont les plus faibles (< 60 %). Ces écarts traduisent des retards de saisie et des faiblesses de supervision. Le renforcement de la digitalisation, de la formation et du suivi trimestriel automatisé est essentiel pour améliorer la promptitude nationale.

Tableau VIII : Promptitude des rapports par DRS en 2025

PROMPTITUDE PAR FORMULAIRE ET PAR REGION EN 2025														
Formulaires/Régions	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kedougou	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Sedhiou	Tambacounda	Thies	Ziguinchor
R20_TB : Rapport trimestriel de declaration des cas TB, TB/VIH, TB/Diabete	55.4	85	53.1	75	50	66.7	66.7	65.6	31.3	39.3	**0**	25	40	60
R20_TB : Rapport Trimestriel Laboratoire	60.6	60	62.5	93.8	70	91.7	56.3	93.8	55	71.9	66.7	53.6	57.5	75
R20_TB : Suivi trimestriel des Stocks de Médicaments et Intrants de Labo Traceurs	56.7	65	59.4	37.5	56.3	66.7	91.7	93.8	56.3	42.9	41.7	32.1	45	80
R20_TB : Activités trimestrielles de dépistage actif par l'Unité mobile de Radiographie numérique (UMRN) du PNT	72.8	93.8	90.6	93.8	87.5	75	83.3	100	62.5	71.4	58.3	46.4	58.3	80
R20_TB : Activités communautaires de lutte contre la tuberculose des OCB	63	60	90.6	68.8	56.3	75	33.3	90.6	37.5	57.1	8.3	46.4	77.8	35
R20_TB : Rapport Trimestriel de déclaration des cas de TB MR	80.4	85	90.6	93.8	87.5	66.7	75	100	75	78.6	25	53.6	55.6	90

4.3 Complétude des rapports trimestriels par région en 2025

En 2025, la complétude des rapports R20_TB atteint 100 % dans toutes les régions et pour tous les formulaires, couvrant la déclaration des cas TB, TB-VIH, TB-diabète, les rapports de laboratoire, le suivi des stocks, les activités UMRN, les activités communautaires et la TB-MR. Cette performance exceptionnelle reflète une excellente organisation du système de données, une coordination efficace entre les niveaux, et une appropriation totale des outils de reporting. La complétude parfaite constitue un atout majeur pour la qualité du suivi-évaluation et renforce la fiabilité des analyses nationales.

Tableau IX : Niveau de complétude des formulaires TB en 2025 au Sénégal

COMPLETUDE PAR FORMULAIRE ET PAR REGION EN 2025														
FORMULAIRES	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor
R20_TB : Rapport trimestriel de declaration des cas TB, TB/VIH, TB/Diabete	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
R20_TB : Rapport Trimestriel Laboratoire	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
R20_TB : Suivi trimestriel des Stocks de Médicaments et Intrants de Labo Traceurs	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
R20_TB : Activités trimestrielles de dépistage actif par l'Unité mobile de Radiographie numérique (UMRN) du PNT	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
R20_TB : Activités communautaires de lutte contre la tuberculose des OCB	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
R20_TB : Rapport Trimestriel de déclaration des cas de TB MR	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

4.4 Analyse de la détection des cas de Tuberculose selon les régions

En 2025, le Sénégal enregistre 23 % de cas manquants, soit 4 826 cas non détectés sur 20 984 attendus. Les régions les plus touchées sont Sédhiou (37 %), Kolda (31 %), Matam (27 %) et Dakar (26 %). Les meilleures performances sont observées à Diourbel (14 %), Saint-Louis (17 %) et Fatick (17 %). Les écarts reflètent des insuffisances dans le dépistage, la notification et l'orientation des présomptifs. Les régions à forte population contribuent au volume absolu de cas manquants,

tandis que les régions périphériques présentent des taux proportionnels élevés. Le renforcement du dépistage actif, du diagnostic moléculaire et du suivi communautaire est essentiel pour réduire ces écarts et améliorer la couverture nationale. Ceux-ci est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau X : Répartition des cas attendus, notifiés et cas manquants par région en 2025 au Sénégal

Régions	Nombre de cas attendus	Nouveaux cas et rechutes toute forme confondue	Nombre de cas manquants	Pourcentage Cas Manquants
Dakar	8393	6196	2197	26%
Ziguinchor	1049	809	240	23%
Thiès	3148	2558	590	19%
Tambacounda	420	309	111	26%
Sédhiou	525	332	193	37%
Saint-Louis	1049	866	183	17%
Matam	420	305	115	27%
Louga	839	666	173	21%
Kolda	734	507	227	31%
Kédougou	210	168	42	20%
Kaolack	1154	874	280	24%
Kaffrine	315	250	65	21%
Fatick	630	522	108	17%
Diourbel	2098	1796	302	14%
Sénégal	**20984**	**16158**	**4826**	**23%**

4.5 Analyse des résultats thérapeutiques TB : couverture, succès et issues (2025)

Les indicateurs TB de 2025 montrent une performance nationale globalement satisfaisante, mais avec de fortes disparités régionales. La couverture thérapeutique varie de 63 % à 87 %, avec des gaps importants à Sédhiou, Kolda et Tambacounda. Le taux de succès est élevé (90 %), mais des régions comme Kolda et Kédougou restent en dessous des standards. Les interruptions de traitement sont préoccupantes dans plusieurs régions (jusqu'à 12 %). Les décès restent faibles mais plus élevés à Kédougou et Tambacounda. Les co-infections TB/VIH sont particulièrement élevées à Kolda (21 %). Les co-morbidités TB/diabète sont plus fréquentes dans les régions urbaines. Ces résultats appellent à un renforcement ciblé du dépistage, du suivi et de l'intégration TB/VIH et TB/diabète.

Tableau XI : Performance régionale des indicateurs clés de prise en charge de la tuberculose 2025

Région	Couverture des traitements antituberculeux	Taux de succès chez les patients TB pharmaco sensibles	Taux d'interruption du traitement chez les patients TB pharmacosensibles	Taux de décès chez les patients TB pharmacosensibles	Taux de co-infection TB/VIH	Taux de co-morbidité TB/diabète
Dakar	75	94	3	2	2	5
Ziguinchor	78	84	9	5	10	4
Thiès	83	86	7	4	4	7
Tambacounda	74	81	9	6	8	2
Sédhiou	63	95	2	2	6	1
Saint-Louis	84	93	3	2	1	5
Matam	73	100	0	0	0	0
Louga	81	92	2	3	2	3
Kolda	69	76	12	5	21	5
Kédougou	81	77	11	7	6	3
Kaolack	76	88	6	3	4	3
Kaffrine	79	89	2	8	3	4
Fatick	85	90	3	4	4	1
Diourbel	87	89	5	3	2	4
Sénégal	**78**	**90**	**5**	**3**	**4**	**4**

4.6 Analyse des cas de TB selon le sexe et par région en 2025

En 2025, la tuberculose touche davantage les hommes **(≈ 65 %)** que les femmes **(≈ 35 %)** dans toutes les régions du Sénégal. Les régions de Dakar (6 196 cas)**,** Thiès (2 558 cas) et Diourbel (1 796 cas) concentrent la majorité des notifications. Les régions périphériques comme Kédougou**,** Kaffrine et Sédhiou enregistrent moins de 350 cas chacune. Cette disparité hommes/femmes traduit des différences d'exposition et d'accès aux soins. Le renforcement du dépistage communautaire et de la prise en charge équitable est essentiel pour réduire les écarts et améliorer la couverture diagnostique nationale.

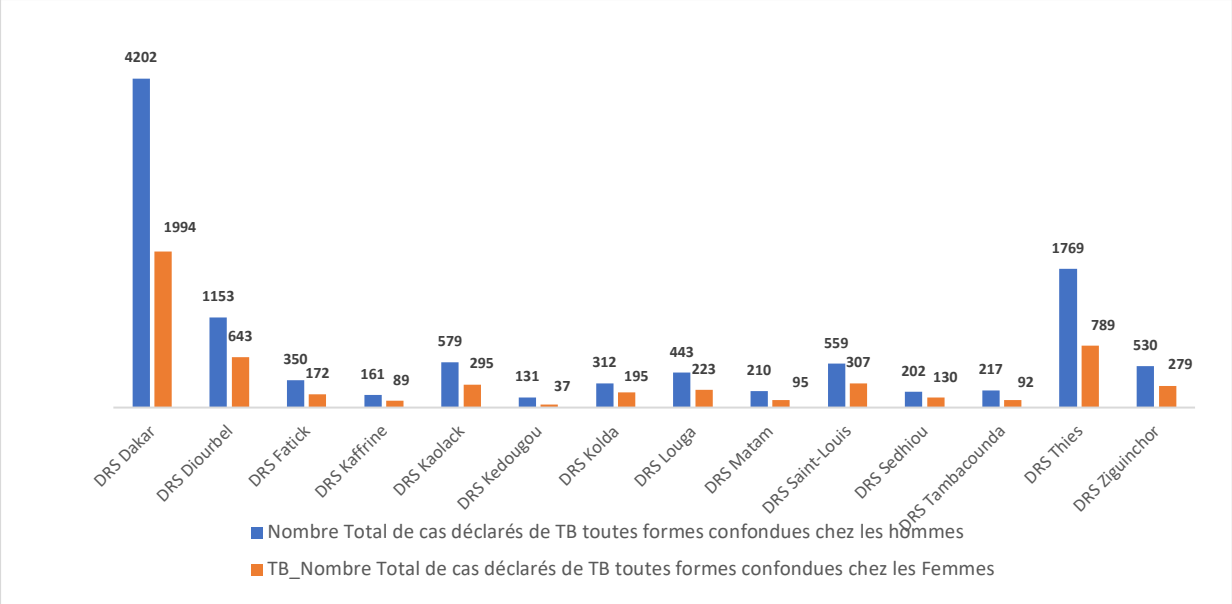


Figure 9 : Répartition des cas de tuberculose par sexe et par région 2025 au Sénégal

4.7 Profil des cas de TB selon l'âge au Sénégal en 2025

En 2025, la tuberculose touche principalement les adultes (≥ 15 ans), représentant plus de 95 % des cas dans toutes les régions. Dakar (5 907 cas adultes, 289 enfants), Thiès (2 464, 94), Diourbel (1 709, 87) et Kaolack (830, 44) concentrent la majorité des notifications. Les cas pédiatriques restent faibles (< 5 %), traduisant des difficultés de diagnostic et de détection chez l'enfant. Les régions périphériques (Kédougou, Kaffrine, Sédhiou, Tambacounda) enregistrent les plus faibles volumes. Ces résultats appellent à un renforcement du dépistage pédiatrique**,** de la formation des prestataires et de la surveillance active pour une détection plus équitable entre les groupes d'âge.

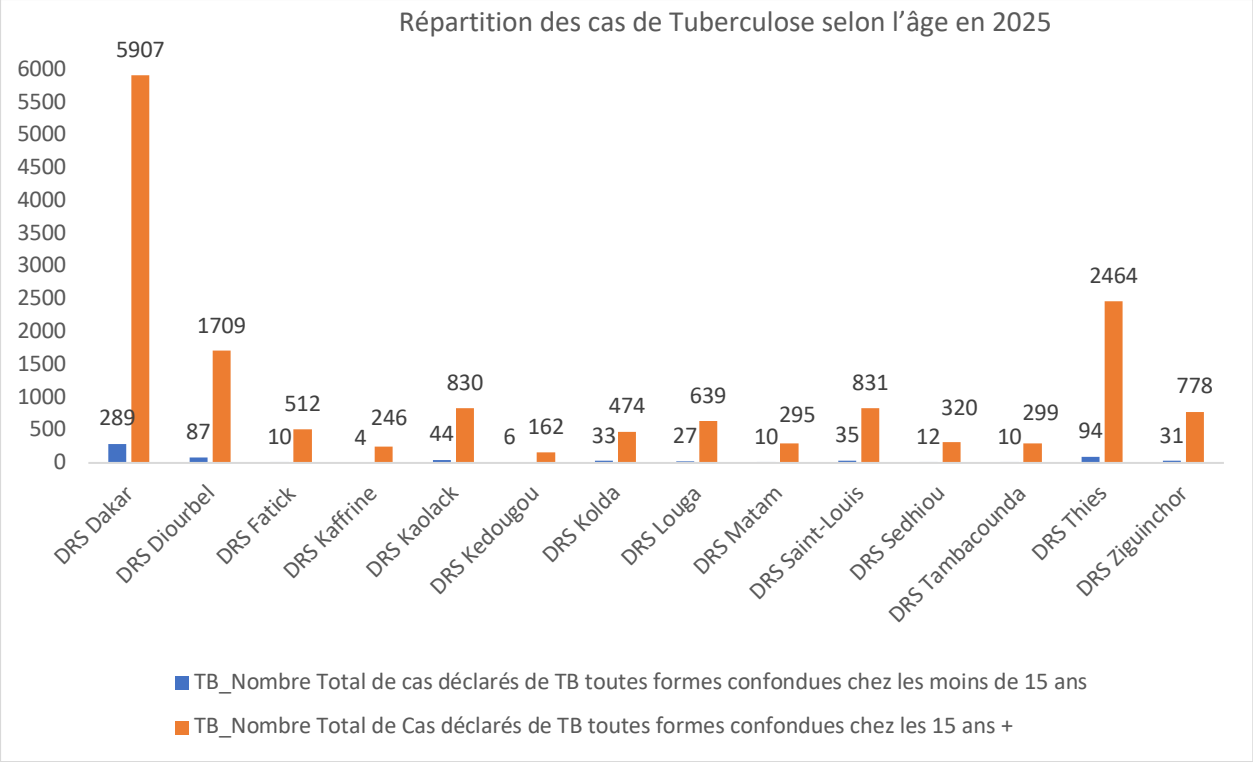


Figure 10 : Répartition des cas de tuberculose selon le groupe d'âge et la région en 2025 au Sénégal

4.8 Couverture en traitement des cas de tuberculose en 2025 par région

En 2025, le Sénégal atteint une couverture moyenne nationale de 78 % des cas en traitement antituberculeux. Les régions les plus performantes sont Diourbel (87 %), Fatick (85 %), Saint-Louis (84 %), et Thiès (83 %). Les zones à faible couverture, Kolda (69 %) et Sédhiou (63 %), nécessitent un appui prioritaire. Les régions à couverture moyenne, dont Dakar (70 %) et Kaolack (76 %), doivent consolider le suivi des cas et la disponibilité des intrants. Ces résultats traduisent une bonne dynamique nationale, mais appellent à une action ciblée dans le sud du pays pour atteindre une couverture optimale.

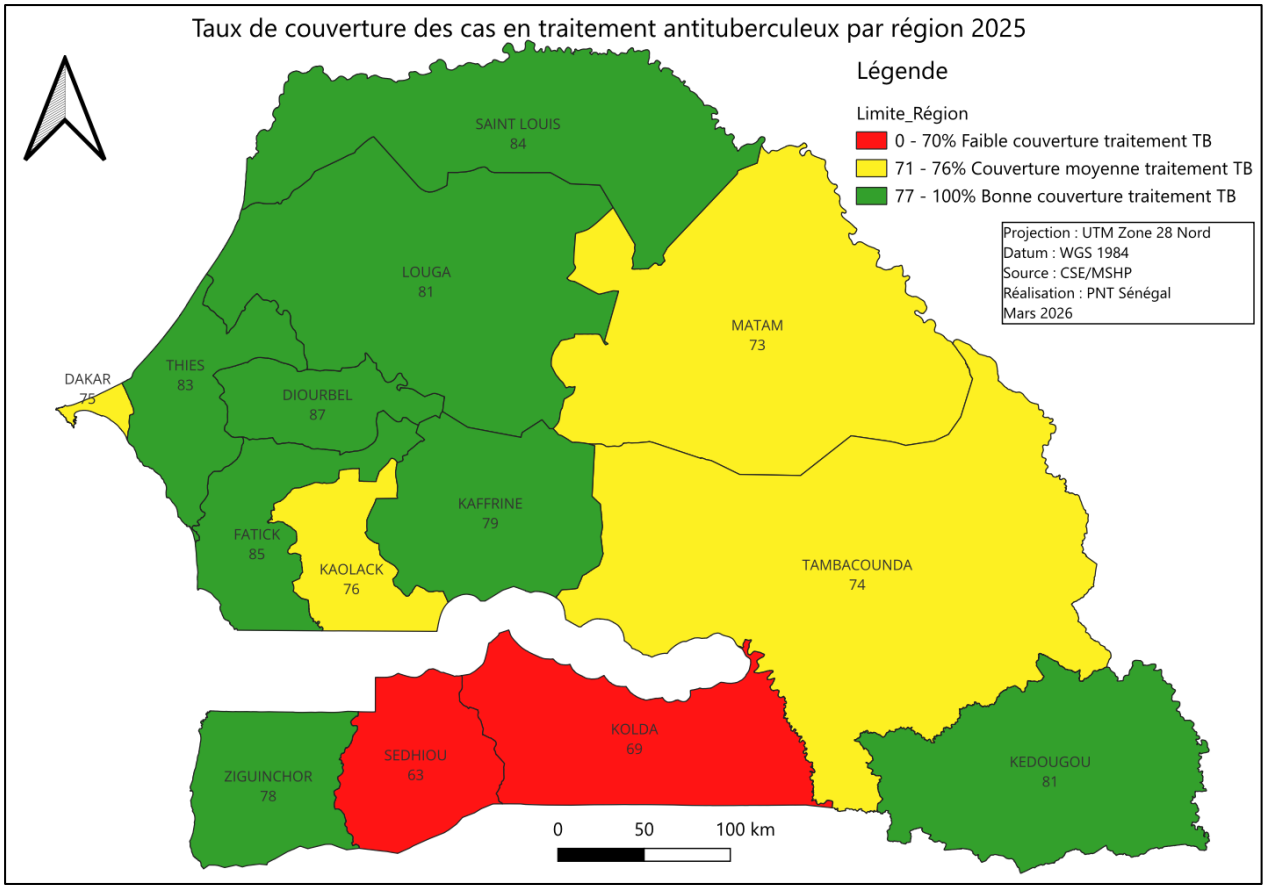


Figure 11 : Taux de couverture des cas en traitement antituberculeux par région au Sénégal en 2025

4.9 Succès traitement de la tuberculose en 2025 par région

En 2025, le Sénégal atteint un taux moyen de succès thérapeutique de 88 %. Les régions les plus performantes sont Matam (100 %), Sédhiou (95 %), Saint-Louis (93 %), et Dakar (94 %). Les zones à faible succès, Kolda (76 %) et Kédougou (77 %), nécessitent un appui prioritaire. Les régions à succès intermédiaire, dont Thiès (86 %) et Kaolack (88 %), doivent consolider le suivi et la motivation des patients. Ces résultats traduisent une bonne dynamique nationale, mais appellent à une action ciblée dans le sud-est pour atteindre une couverture thérapeutique optimale.

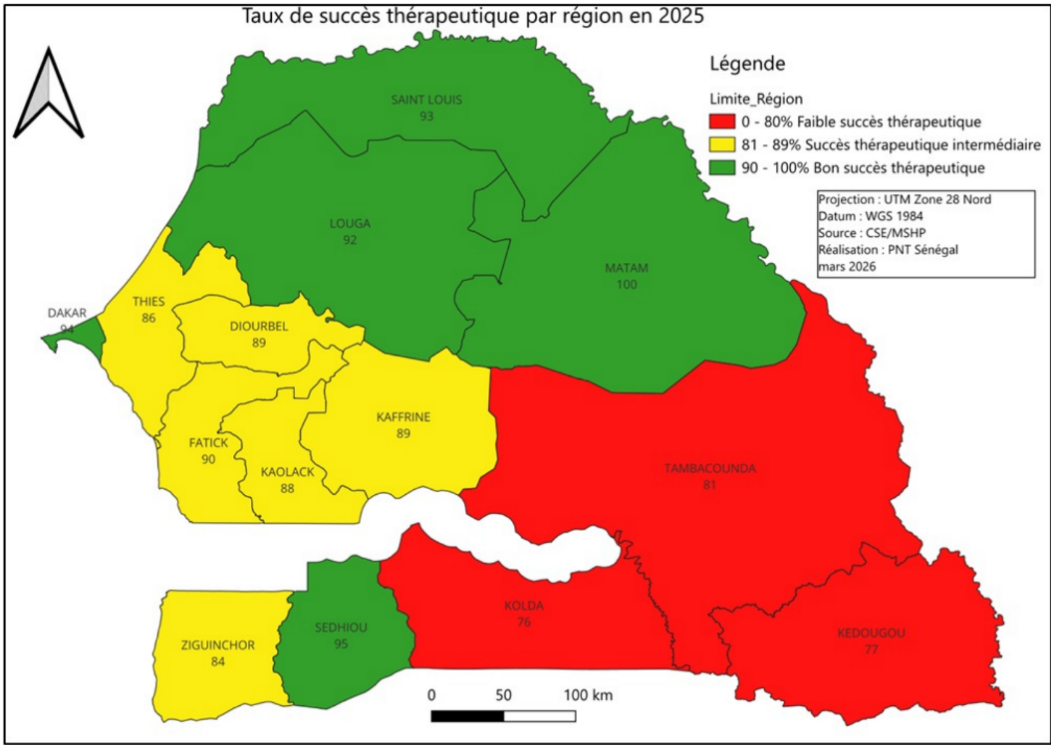


Figure 12 : Taux de succès thérapeutique du traitement antituberculeux par région au Sénégal en 2025

4.10 Décès des patients liés à la TB Pharmaco sensibles par DRS en 2025

En 2025, le Sénégal enregistre un taux moyen de décès de 4 % parmi les cas de tuberculose. Les régions les plus performantes sont Matam (0 %), Saint-Louis (2 %), et Sédhiou (2 %), tandis que les plus préoccupantes sont Kaffrine (8 %), Kédougou (7 %), et Tambacounda (6 %). Les régions à forte densité urbaine comme Dakar (4 %) et Thiès (4 %) présentent des taux intermédiaires. Ces disparités régionales appellent à un renforcement ciblé du suivi thérapeutique, de la supervision clinique, et de la coordination TB/VIH pour réduire la mortalité liée à la tuberculose.

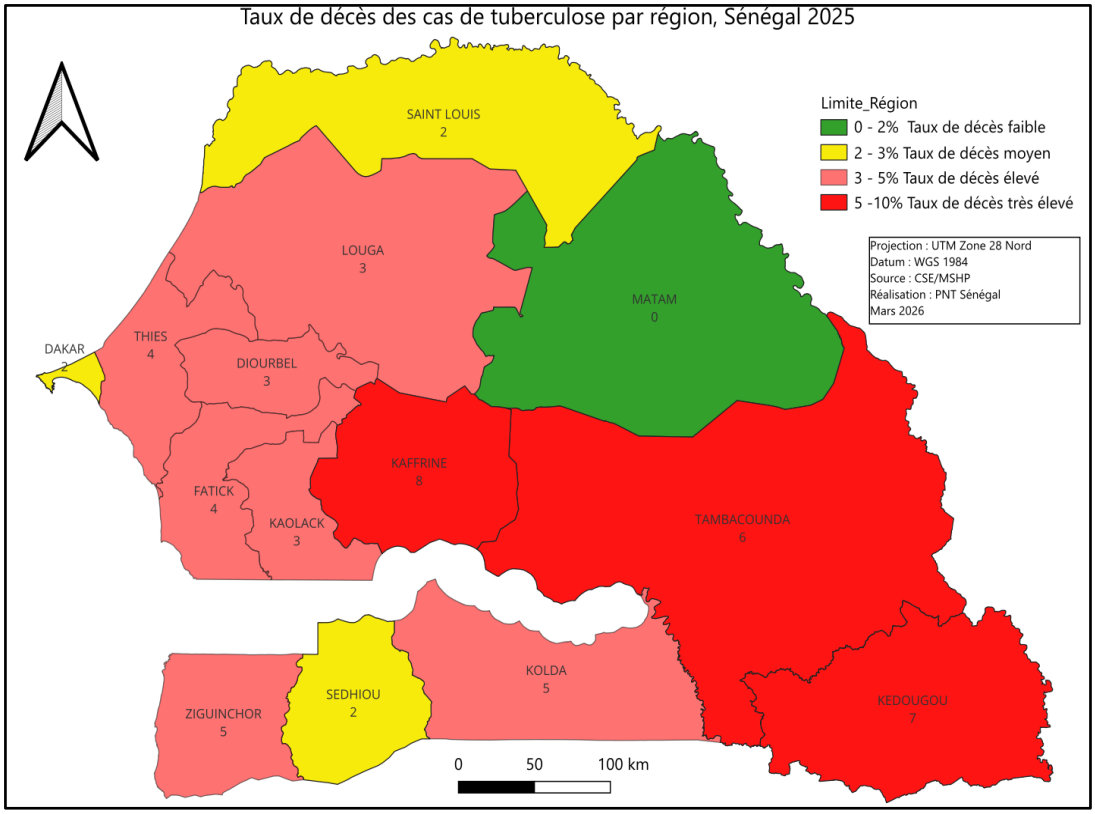


Figure 13 : Taux de décès des cas de tuberculose par région au Sénégal en 2025

4.11 Déclaration des cas de tuberculose en 2025 par district

En 2025, la tuberculose demeure fortement concentrée dans les zones urbaines et frontalières du Sénégal, où la densité humaine et la mobilité favorisent la transmission. Les districts de Dakar-Sud (275), Thiès (108), Rufisque (115),

Ziguinchor (140) et Oussouye (120) enregistrent les taux de déclaration les plus élevés, confirmant leur statut de foyers majeurs. À l'inverse, les districts du centre et du nord, tels que Podor, Dahra, Ranérou et Kanel, affichent des niveaux faibles, souvent inférieurs à 50 cas pour 100 000 habitants. Cette disparité géographique met en évidence une corrélation directe entre urbanisation et incidence tuberculeuse. Les zones à forte charge nécessitent une intensification du dépistage actif, notamment auprès des populations mobiles et vulnérables. La prise en charge rapide des cas détectés reste essentielle pour réduire la durée de contagiosité. Une coordination inter-régionale renforcée est indispensable pour harmoniser les interventions et limiter les transmissions transfrontalières. Les districts à faible charge doivent maintenir une surveillance épidémiologique robuste pour éviter les résurgences. Globalement, la carte souligne la nécessité d'une stratégie différenciée, adaptée aux profils épidémiologiques locaux.

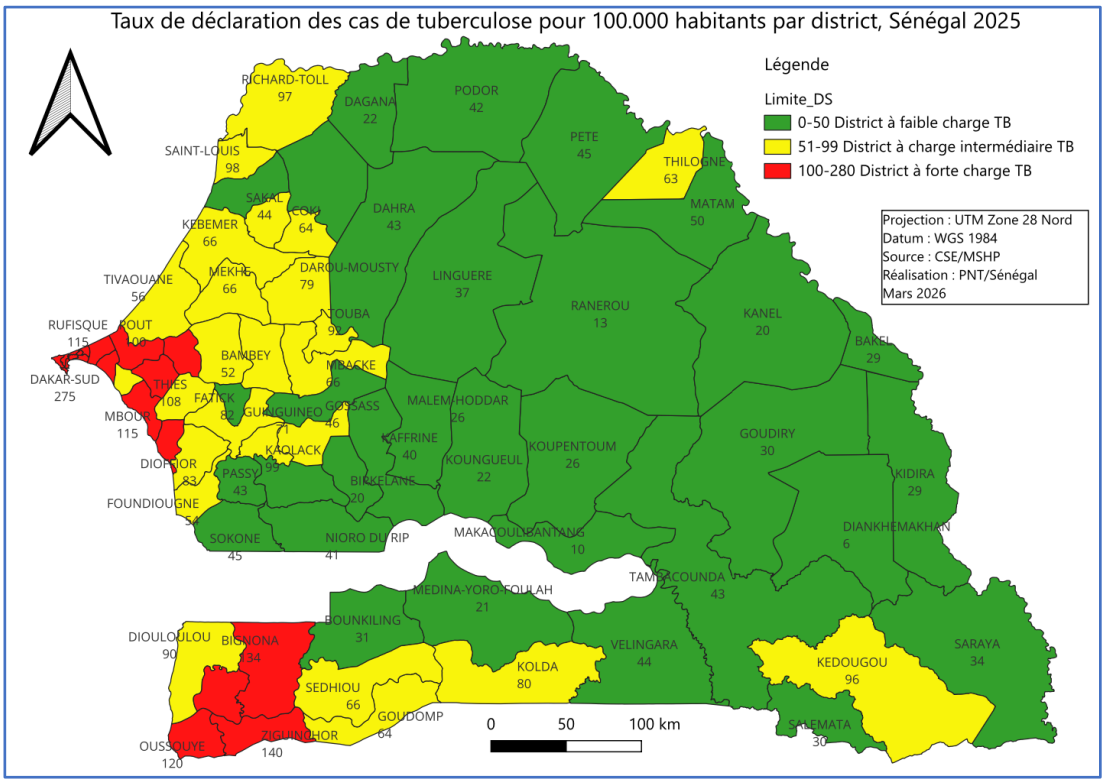


Figure 14 : Répartition selon la déclaration des cas de tuberculose par district sanitaire au Sénégal, 2025

4.12 Couverture en traitement des cas de tuberculose

En 2025, la couverture du traitement antituberculeux au Sénégal présente une forte hétérogénéité géographique. Les districts urbains et frontaliers, tels que Dakar-Sud et Ranérou, affichent des taux faibles (< 70 %), traduisant des défis d'accès et de suivi. Les zones intermédiaires comme Kédougou et Tambacounda montrent une progression encourageante mais encore insuffisante. Les districts performants, notamment Touba, Richard-Toll, et Koumpentoum, atteignent une couverture optimale (≥ 90 %), témoignant d'une bonne coordination locale. Les taux supérieurs à 100 % observés à Podor, Kaffrine, et Kidira appellent une vérification des données. Globalement, la carte met en évidence la nécessité de renforcer la surveillance, d'harmoniser les pratiques de notification, et d'améliorer la qualité des données pour garantir une couverture thérapeutique équitable et durable.

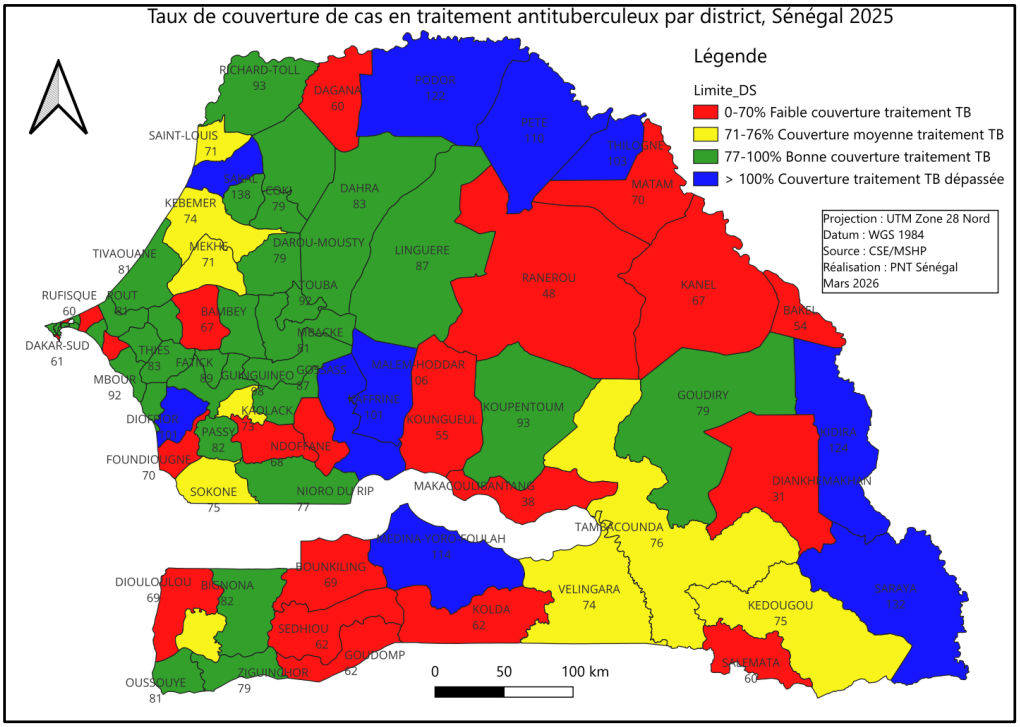


Figure 15 : Taux de couverture des cas en traitement antituberculeux par district – Sénégal, 2025

5 TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ET SOUTIEN AUX PATIENTS

5.1 Succès Thérapeutique TB en 2025

En 2025, la majorité des districts sénégalais atteignent un taux de succès thérapeutique supérieur à 90 %, confirmant la bonne efficacité du traitement antituberculeux. Les districts performants, tels que Podor (97 %), Linguère (91 %), Ziguinchor (97 %), et Sédhiou (100 %), illustrent une gestion optimale du suivi et de l'observance. Cependant, des zones comme Dagana (81 %), Kidira (76 %), Kolda (76 %), et Saraya (65 %) restent en dessous du seuil critique, exposant à un risque de transmission continue et de résistance. Les districts intermédiaires (Salémata 88 %, Passy 88 %, Ranérou 83 %) doivent intensifier leurs efforts pour franchir la barre des 90 %. Globalement, la carte met en évidence la nécessité de renforcer la supervision, d'améliorer l'observance thérapeutique, et de cibler les zones à faible performance pour consolider les acquis du programme national.

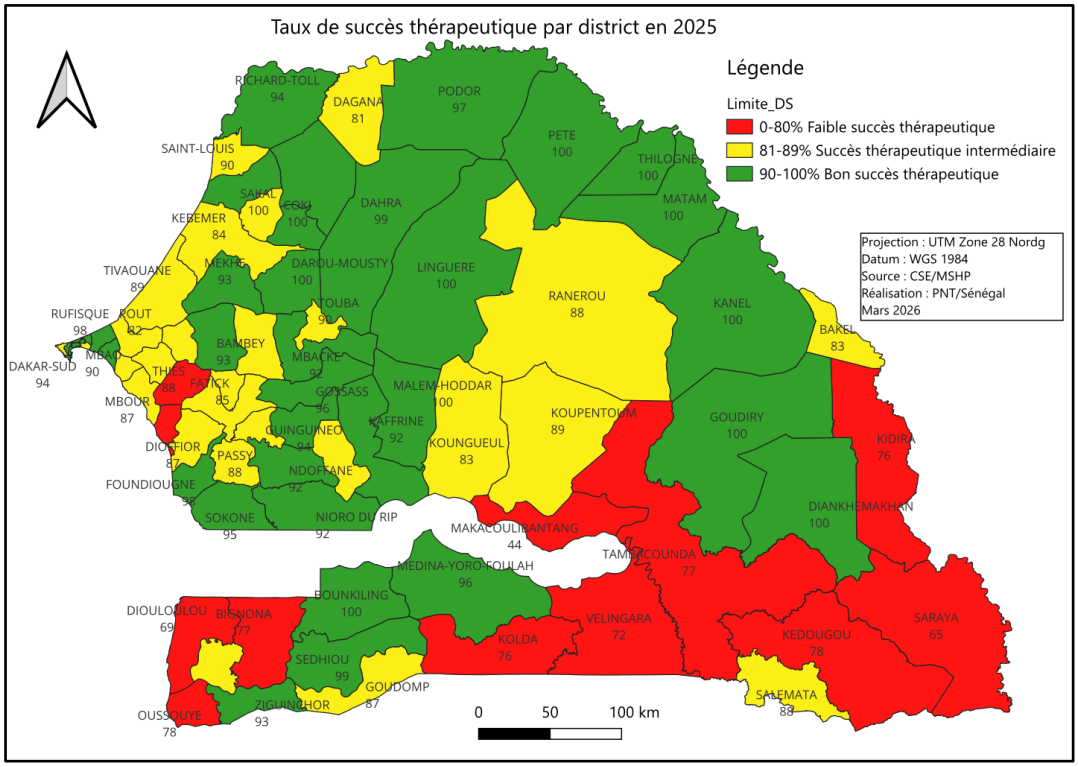


Figure 16 : Taux de succès thérapeutique par DS en 2025 au Sénégal

5.2 Décès des patients liés à la TB Pharmaco sensibles par DS en 2025

En 2025, la mortalité liée à la tuberculose au Sénégal révèle une situation contrastée. Les districts de Matam (0 %), Saint-Louis (1 %), et Thiès (2 %) affichent une maîtrise exemplaire de la maladie. Les zones intermédiaires, comme Tambacounda (3 %) et Tivaouane (2,5 %), nécessitent une vigilance accrue pour éviter une aggravation. Les foyers critiques, notamment Saraya (5 %), Bounkiling (4 %), et Dagana (6 %), concentrent les défis majeurs : abandon de traitement, diagnostic tardif et faiblesse du système de soins. Ces disparités appellent à des interventions ciblées, un renforcement du suivi thérapeutique, et une mobilisation communautaire pour réduire durablement la mortalité et consolider les acquis du programme national.

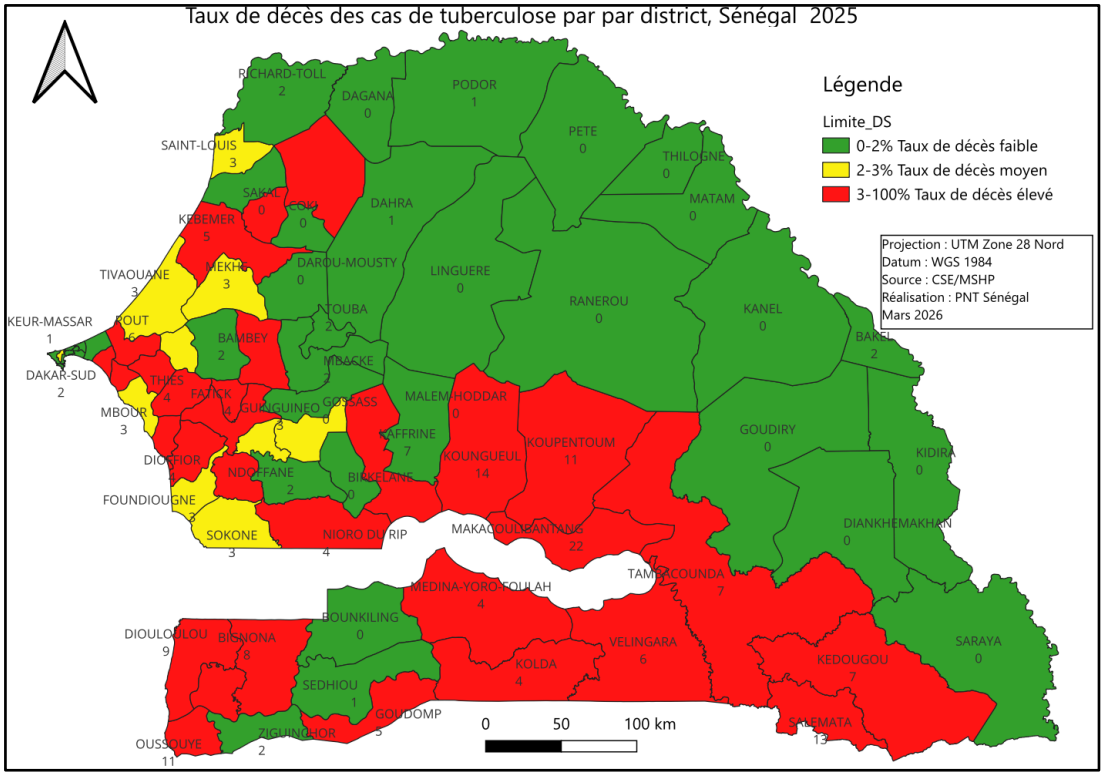


Figure 17 : Taux de mortalité des cas de tuberculose par district au Sénégal en 2025

5.3 Soutien aux patients atteints de TB pharmaco sensible

5.3.1 Traitement préventif de la tuberculose

En 2025, les adultes de 15 ans et plus restent les principaux bénéficiaires du TPT, tandis que le nombre d'enfants mis sous traitement préventif diminue en raison d'une rupture de RH pédiatrique. Les régions de Kédougou (133), Matam (223) et Fatick (226) enregistrent les plus faibles performances, soulignant la nécessité d'intensifier la recherche active des enfants contacts. L'Approche ACE sera déployée pour combler ces lacunes. Chez les PvVIH, une légère amélioration de la mise sous INH est observée, mais l'application des directives reste insuffisante. L'adoption du protocole TPT de trois mois par le programme VIH devrait renforcer l'harmonisation et améliorer la couverture préventive dans ce groupe prioritaire.

5.3.2 Traitement de la tuberculose pharmaco sensible chez l'enfant et l'adolescent et soutien aux patients

5.3.2.1 Tuberculose de l'enfant

La tuberculose pédiatrique a augmenté entre 2020 et 2023, passant de 359 à 795 cas, avec une prédominance des nouveaux cas, signe d'une transmission active. Les formes extra-pulmonaires restent fréquentes et l'augmentation des cas confirmés reflète une amélioration du diagnostic, malgré une sous-détection persistante. La stratégie ACE, mise en œuvre dans plusieurs districts, a montré son utilité mais aussi ses limites, avec un taux de détection très faible (0,21 %). Le décès d'un enfant diagnostiqué tardivement illustre la gravité du retard diagnostique. Les faiblesses identifiées concernent la sous-identification des suspects, le dépistage tardif et l'activation insuffisante des outils ACE. Une intégration systématique de la radiographie et du Xpert dans les activités de routine est recommandée. Le taux de succès thérapeutique pédiatrique atteint 88 %, inférieur à la moyenne nationale. Les nouveaux protocoles pour traitements plus courts feront l'objet d'une phase pilote pour améliorer la prise en charge.

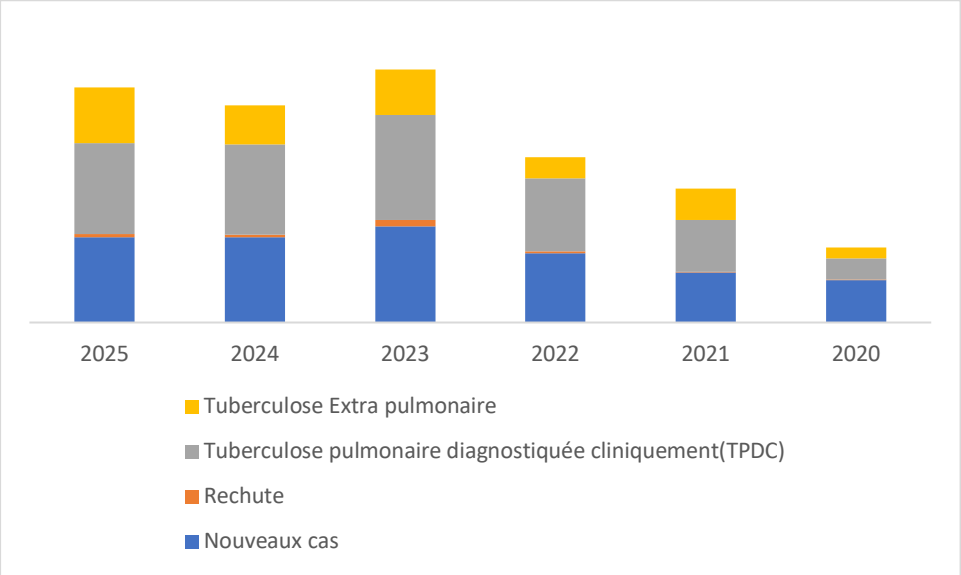


Figure 18 : Tendances des cas de tuberculose chez l'enfant au Sénégal entre 2020 et 2025

5.3.3 Taux de déclaration de la tuberculose chez l'enfant par région – Sénégal, 2025

En 2025, la détection de la tuberculose chez l'enfant reste faible dans la majorité des régions du Sénégal, avec des taux variant entre 2 % et 7 %. Les régions de Diourbel (5 %), Kaolack (5 %), et Kolda (7 %) montrent des performances intermédiaires, tandis que les autres restent en dessous du seuil de 4 %. Cette situation traduit une sous-identification des cas pédiatriques et une faible intégration du dépistage dans les soins de routine. L'absence de régions à détection élevée souligne la nécessité de renforcer la stratégie ACE, la formation du personnel, et la mobilisation communautaire pour améliorer la détection précoce et la prise en charge des enfants atteints de tuberculose.

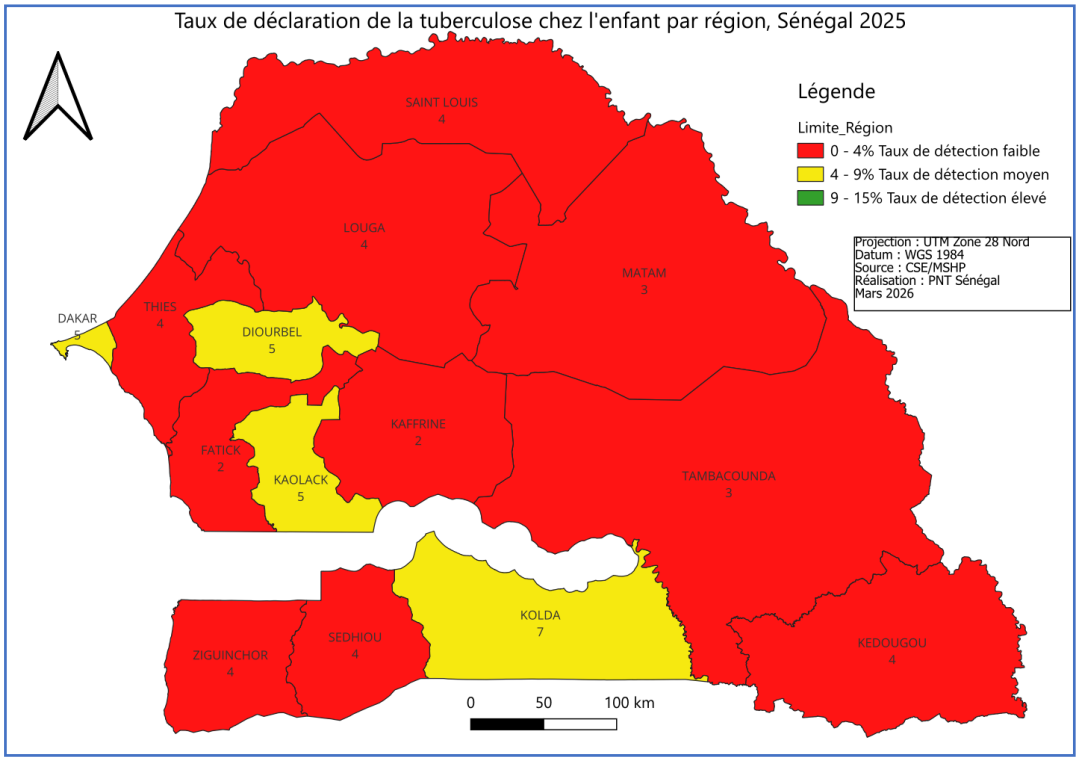


Figure 19 : Taux de déclaration de la tuberculose chez l'enfant par région ,Sénégal, 2025

5.4 Traitement des malades TB MR

En 2025, 89 cas de TB-MR/RR ont été diagnostiqués, dont 80 ont effectivement démarré le traitement de deuxième ligne, traduisant une bonne initiation thérapeutique. Ces cas sont majoritairement des hommes (59 cas, sexe-ratio 2,8), confirmant leur forte exposition aux formes résistantes. L'âge moyen était de 36 ans (12–73 ans), avec une prédominance marquée

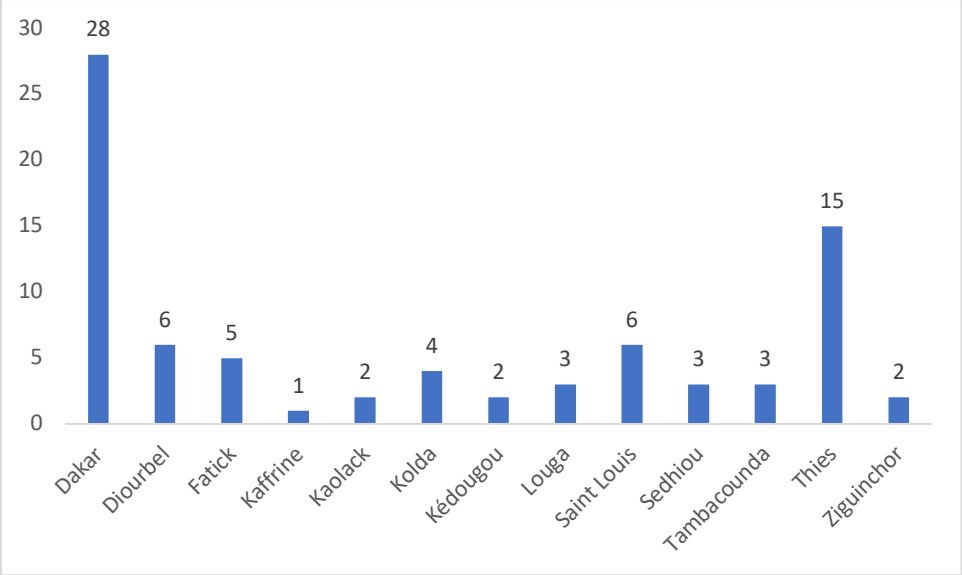
de la tranche 25–34 ans (34 %), indiquant une transmission active chez les jeunes adultes. Au total, La majorité (88 %) a reçu le régime court de 9 mois, tandis que 9 patients ont été mis sous régime long de 20 mois, conformément aux protocoles oraux en vigueur depuis 2018. Le PNT prévoit une phase pilote du protocole BPaL/BPaLM de 6 mois pour optimiser la prise en charge. Pour la cohorte 2023, le succès thérapeutique atteint 80,5 %, mais le taux de décès a fortement augmenté (2,5 % en 2024 à 12,5 % en 2025). En revanche, le taux d'abandon s'est amélioré, passant de 12 % à 7 %.

Tableau XII : Issue du traitement des cas de tuberculose multirésistante (TBMR) au Sénégal en 2025

RÉGIME THÉRAPEUTIQUE	SUCCÈS	DCD	ABANDON	ÉCHEC	TOTAL
Long	1	4	3	0	**8**
Court	82	9	4	0	**95**
Total	83	13	7	0	**103**
Pourcentage	80,5 %	12,5 %	7 %	0 %	

5.4.1 Sites de prise en charge des patients TB MR en 2025

En 2025, le Sénégal compte 51 sites de traitement TB-MR, soit une progression notable par rapport à 2024. Les régions de Dakar, Thiès et Diourbel concentrent 61 % des cas, confirmant leur rôle central dans la prise en charge. Cette concentration traduit une inégalité territoriale persistante, malgré les efforts de décentralisation. Les régions périphériques comme Matam, restée silencieuse, nécessitent un renforcement du dépistage actif. L'expansion des sites témoigne d'une volonté programmatique forte du PNT pour rapprocher les soins des populations. Le défi reste de garantir l'équité géographique et la qualité du suivi thérapeutique à l'échelle nationale.



5.4.2 Digitalisation des VAD TBMR

Les visites à domicile menées dans cinq régions ont permis de renforcer les compétences de 117 prestataires et acteurs communautaires, grâce à l'appui d'Action Damien. La phase pilote révèle une forte dynamique de suivi thérapeutique, avec 65 % de VAD dédiées au traitement et une bonne intégration des nouveaux cas (20 %). Les régions de Fatick, Thiès et Saint-Louis concentrent près de 70 % des activités, tandis que Dakar, Tambacounda et Diourbel restent faiblement représentées. Les CDT et leurs assistants réalisent plus de la moitié des visites, suivis des superviseurs communautaires (25 %) et des Bajenu Gox (10 %). Au total, 70 contacts ont été enregistrés, majoritairement des adultes, avec une légère prédominance féminine (54 %). La disponibilité des familles est élevée : 88 % des contacts étaient présents lors des VAD. Parmi eux, 23 % présentaient des symptômes évocateurs, mais seuls 10 % ont bénéficié d'un prélèvement documenté. Trois cas de tuberculose ont finalement été confirmés positifs, soulignant l'importance du dépistage actif au sein des ménages.

Tableau XIII : Synthèse de la phase pilote de digitalisation des visites à domicile (VAD) pour la TB-MR au Sénégal en 2025

Indicateur	Effectif	Proportion
Total contacts	70	100 %
Présents lors de la visite	61	88 %
Absents	9	12 %
Contacts avec symptômes	16	23 %
Non présumés TB	54	77 %
Prélèvements documentés	7	10 %

6 TUBERCULOSE ET CO MORBIDITES

6.1 Taux de réalisation du test VIH chez les patients tuberculeux

La carte ci-dessous montre le taux de réalisation du test VIH chez les patients tuberculeux au Sénégal en 2025, révélant une performance globalement satisfaisante mais inégale selon les régions. Les zones en bleu (taux > 100 %) traduisent une surperformance, notamment à Kolda, Tambacounda, Bakel, Dahra, Sokone et Bounkiling, où la couverture dépasse les objectifs fixés. Les districts en vert (100 %) indiquent une bonne conformité programmatique, avec une exécution complète du protocole TB/VIH. Les régions en jaune (96–99 %) affichent une performance moyenne, suggérant des marges d'amélioration dans la coordination des tests. En revanche, les zones en rouge (0–95 %), comme Richard-Toll, Goudiry, Kidira, Diankhemakhan, Ranérou ou Médina-Yoro-Foulah, montrent une faible intégration du dépistage VIH dans la prise en charge TB. Globalement, la carte illustre une progression encourageante du dépistage intégré TB/VIH, mais souligne la nécessité de renforcer les capacités dans les districts du Nord et du Sud-Est pour atteindre une couverture homogène à l'échelle nationale.

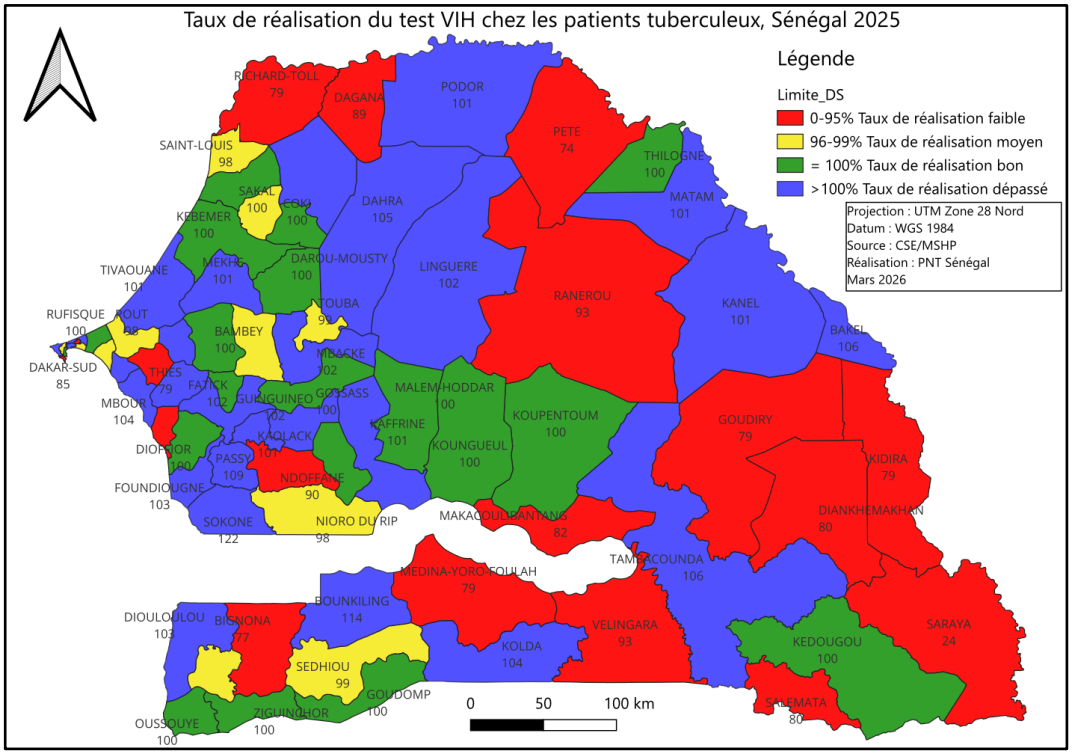


Figure 20 : Taux de réalisation du test VIH chez les patients tuberculeux par district au Sénégal en 2025

6.2 Taux de co-infection TBVIH

En 2025, la carte de la co-infection tuberculose/VIH au Sénégal révèle une situation contrastée entre zones maîtrisées et foyers critiques. Les districts du Nord comme Matam et Louga affichent des taux faibles (0–1 %), témoignant d'une bonne intégration du dépistage VIH dans la prise en charge TB. Les zones moyennes (1–3 %), notamment Kaolack et Nioro du Rip, traduisent des fragilités dans le diagnostic et le suivi thérapeutique. Les districts à co-infection élevée (3–7 %), tels que Tambacounda et Tivaouane, indiquent une vulnérabilité accrue des patients TB face

au VIH. Les foyers très élevés (7–30 %), concentrés à Saraya, Ziguinchor, Kolda et Dakar-Sud, appellent des interventions ciblées et urgentes. Cette distribution géographique souligne la nécessité d'un renforcement du dépistage systématique, de l'accompagnement communautaire et de l'accès aux soins. La carte met en évidence une corrélation entre vulnérabilité sociale et prévalence VIH, particulièrement dans les zones frontalières et urbaines. Globalement, elle traduit une progression du contrôle, mais aussi des disparités régionales persistantes à corriger pour atteindre l'équité sanitaire. La co-infection TB/VIH a concerné 760 patients en 2025, dont 620 ont terminé leur traitement, soit un taux de succès

de 81,6 %, encore en dessous des standards attendus. Cette performance limitée s'explique en grande partie par une mortalité élevée de 10 % chez les patients co-infectés, révélant leur forte vulnérabilité clinique. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer l'intégration TB/VIH, d'améliorer le suivi thérapeutique et de consolider l'accompagnement communautaire pour réduire les décès et améliorer les issues de traitement.

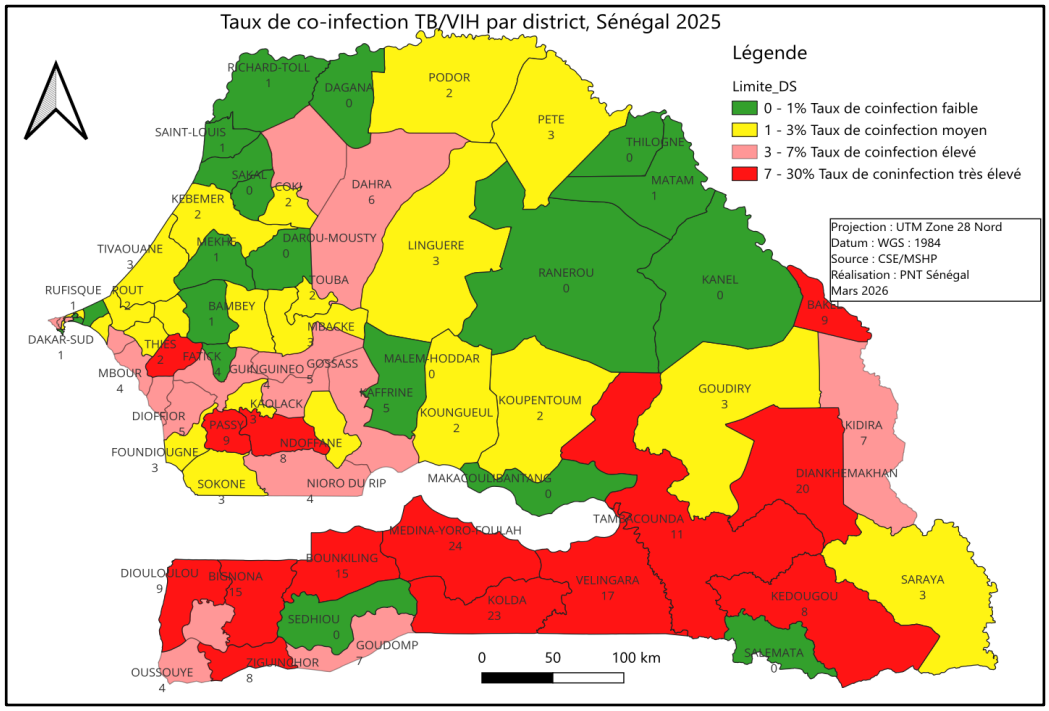


Figure 21 : Taux de co-infection tuberculose/VIH par district du Sénégal en 2025

6.3 Tuberculose et diabète

Le graphique ci-dessous montre une forte progression du dépistage du diabète chez les patients tuberculeux au Sénégal en 2025, avec une couverture nationale de 89 %. Les régions de Matam (100 %), Kaolack (99 %), Kaffrine (98 %) et Diourbel (97 %) se distinguent par une excellente performance, traduisant une intégration efficace du dépistage glycémique dans la prise en charge TB. En revanche, Sédhiou (69 %) et Ziguinchor (71 %) restent en retrait, principalement à cause de la non-gratuité des tests, qui limite l'accès des patients. Cette disparité régionale souligne la nécessité d'une harmonisation nationale des politiques de gratuité pour garantir une équité dans le dépistage. Le taux de comorbidité TB-Diabète, stable à 4 % (727 cas), indique que l'extension du dépistage n'a pas révélé une hausse de cas, mais confirme la présence constante de cette comorbidité. Globalement, ces résultats traduisent

une amélioration du dépistage, mais appellent à un renforcement ciblé dans les régions à faible couverture pour consolider la lutte intégrée contre la TB et le diabète.

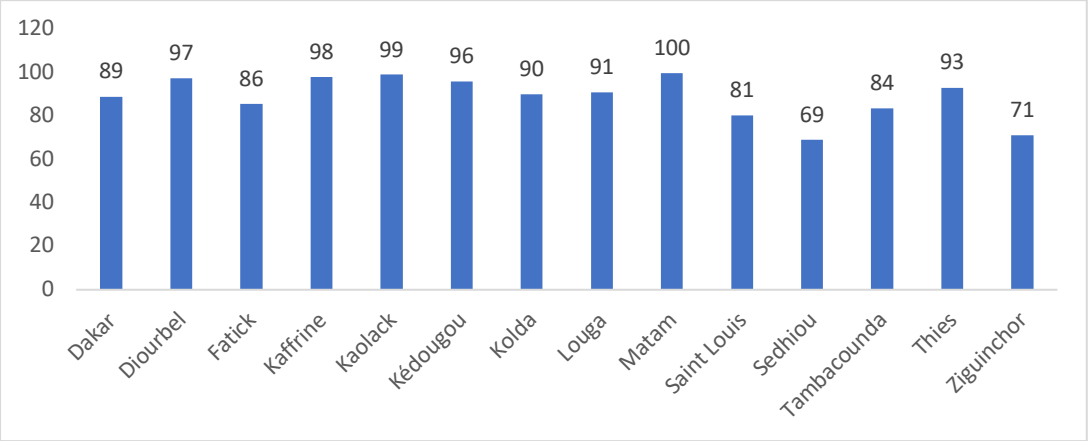


Figure 22 : Taux de réalisation du test glycémique chez les patients tuberculeux au Sénégal en 2025

6.4 Répartition des patients TB-Diabète selon leur porte d'entrée et la région

La tuberculose joue un rôle de porte d'entrée stratégique, révélant 239 cas de diabète jusque-là méconnus, soit 32,8 % des patients TB-Diabète dépistés via le système TB. Parallèlement, 488 patients TB ont été identifiés à partir du circuit diabète, confirmant l'importance d'un dépistage bidirectionnel renforcé pour réduire les disparités régionales.

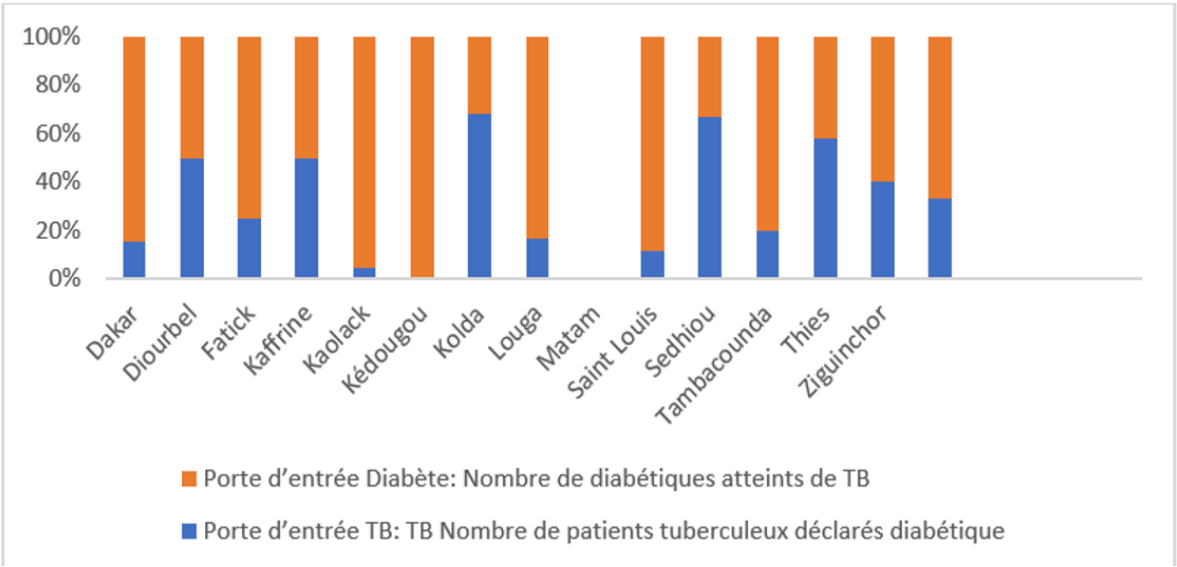


Figure 23 : Répartition des patients TB-Diabète selon leur porte d'entrée et la région, Sénégal, 2025

6.5 Tuberculose et malnutrition

La malnutrition demeure un facteur aggravant majeur dans la lutte contre la tuberculose au Sénégal, en affaiblissant la réponse immunitaire des patients et en augmentant leur vulnérabilité, particulièrement dans les zones rurales et défavorisées. Selon l'OMS, en 2024, 20 % des patients tuberculeux présentaient

une malnutrition, confirmant l'importance de cette comorbidité et la nécessité d'une prise en charge intégrée. En 2025, cette association a été formellement intégrée dans le nouveau dossier médical TB, permettant un suivi clinique et nutritionnel plus structuré. Le PNT prévoit également un plaidoyer renforcé auprès des prestataires pédiatriques pour l'application stricte du dépistage systématique de la TB chez les enfants malnutris, une mesure essentielle pour réduire la mortalité. En partenariat avec la DSME, des activités conjointes de suivi et d'évaluation seront mises en œuvre afin d'améliorer la coordination inter-programmes, d'assurer une surveillance continue et d'adapter les interventions aux réalités locales.

6.6 Tuberculose et tabagisme

Le tabagisme constitue un facteur de risque majeur de la tuberculose, en altérant les mécanismes de défense respiratoire, en endommageant les poumons et en favorisant la progression de l'infection latente vers la maladie. Il augmente également le risque de transmission, de rechute et de décès, faisant du contrôle du tabac un enjeu essentiel dans la lutte antituberculeuse. Dans cette perspective, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT), en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT), a engagé une intégration systématique du statut tabagique dans les outils de suivi et d'évaluation. Cette innovation permet de mieux documenter l'association TB-Tabac, d'orienter les interventions de prévention et de renforcer la prise en charge des patients exposés. Cette approche intégrée constitue une étape clé pour améliorer la qualité des soins et réduire l'impact du tabagisme sur l'évolution de la tuberculose au Sénégal.

7 FORMATION ET RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE

7.1 Volet Formation des acteurs sur la tuberculose

En 2025, la mise en œuvre des activités de soutien a connu un ralentissement en raison des restrictions budgétaires liées à la priorisation de la subvention GC7 du Fonds mondial. Malgré ce contexte contraignant, le PNT a réussi à organiser plusieurs sessions de formation destinées aux différentes catégories socioprofessionnelles impliquées dans la lutte contre la tuberculose. Ces sessions ont porté sur l'ensemble des composantes de la prise en charge, incluant le diagnostic, le traitement, la gestion des comorbidités et l'intégration TB/VIH. Elles ont permis de renforcer les compétences des acteurs de terrain et d'améliorer la qualité des interventions, contribuant ainsi à une meilleure performance du programme. Malgré les contraintes financières liées à la priorisation de la subvention GC7, le PNT a réussi en 2025 à maintenir un effort soutenu de renforcement des capacités en formant des acteurs de santé sur des thématiques essentielles à la lutte antituberculeuse. Certaines sessions prévues pour les étudiants en fin de cycle ainsi que pour les prestataires du secteur parapublic et privé n'ont toutefois pas pu être tenues en raison des limitations budgétaires. Le programme a néanmoins enregistré des avancées majeures, notamment le déploiement de **l'**Approche Qualité (AQ) dans sept centres de santé pilotes de la DRS de Dakar, contribuant à l'amélioration continue des pratiques de dépistage et de prise en charge. Par ailleurs, la digitalisation a été intégrée dans les outils de suivi et de gestion programmatique, grâce à l'utilisation de plateformes telles que Kobocollect et QGIS, renforçant ainsi la fiabilité des données et l'efficacité opérationnelle du programme.

Tableau XIV : Tableau récapitulatif des thématiques de formation et des catégories d'acteurs formés en 2025

Thématiques	Cible(s) formée(s)
Reconnaissance des signes évocateurs et orientation des cas présumés TB	37 infirmiers des services médicaux pénitentiaires ; 25 agents de comptoirs des officines privées
Approche Qualité (AQ) des soins de dépistage TB	32 Formateurs 177 prestataires de soins des 7 centres de santé pilotes
Gestion du paquet de services intégrés TB/VIH/Hépatites/IST	25 médecins de PEC VIH 25 membres du staff de l'ANCS ;
Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent	25 prestataires de soins infantiles EPS Diamniadio; 13 Étudiants en Master Santé/Survie de l'Enfant IPS de Pikine
Reconnaissance des signes radiologiques en faveur de la TB	27 Médecins de PEC TB/VIH de centres de santé
Prise en charge de la tuberculose multi-résistante	Membres des équipes des nouveaux sites TB-MR
Enseignements postuniversitaires (EPU) au Service des maladies infectieuses et tropicales	25 médecins en spécialisation
Coaching sur site	35 membres des équipes soignantes (EPS Ndamatou, districts de Touba et Mbour)
Droits humains et Genre dans la lutte contre la TB	15 membres des Secteurs DRS de Fatick
Digitalisation (Kobocollect, QGIS)	40 membres du staff PNT, Partenaires et équipes des districts de Dakar

7.2 Volet « Recherche sur la Tuberculose »

En 2025, le PNT a poursuivi la mise en œuvre de plusieurs activités de recherche opérationnelle visant à améliorer la compréhension des déterminants de la tuberculose et à optimiser les stratégies de dépistage, de prise en charge et de prévention. Ces travaux ont été conduits à travers différents protocoles nationaux et multicentriques, couvrant plusieurs régions et thématiques prioritaires.

Le projet POMA-Tub, mené conjointement au Sénégal, au Niger et en RCA, a été déployé dans 18 sites des DRS de Dakar, Thiès et Ziguinchor. Les résultats ont mis en évidence des occasions manquées de diagnostic, avec 13 cas confirmés identifiés, ainsi que des itinéraires

de soins fortement influencés par des facteurs culturels, économiques et organisationnels, soulignant la nécessité d'approches plus adaptées aux réalités locales.

L'étude CONTACT-TB**,** conduite à Guédiawaye et Keur Massar, a démontré l'importance du dépistage ciblé en révélant plusieurs cas de TB parmi les contacts familiaux et voisins des cas index, confirmant la pertinence des stratégies de recherche active autour des patients.

Une étude nationale sur les déterminants des décès liés à la tuberculose a montré que la mortalité reste fortement associée à un suivi insuffisant du traitement (TDO) et à la co-infection TB/VIH. Les recommandations issues de ce travail appellent à une prise en charge différenciée et intégrée, notamment pour les patients les plus vulnérables.

Par ailleurs, une activité de dépistage actif de la TB et des séquelles post-TB a été menée dans les districts de Ziguinchor, Pikine et Yeumbeul. Elle a permis de dépister 590 personnes via l'UMRN, d'identifier 217 cas index, 23 cas confirmés et 20 séquelles pulmonaires invalidantes. Les résultats plaident pour une extension de cette stratégie à d'autres districts à forte charge.

Enfin, une étude pilote sur l'Approche Qualité (AQ) du dépistage TB dans sept centres de santé de Dakar a révélé plusieurs insuffisances : faible investigation des cas présumés, implication limitée des services hors CDT/laboratoire, absence d'outils de documentation et formation insuffisante du personnel. Ces constats orientent les axes d'amélioration pour renforcer la qualité du dépistage.

7.3 Études approuvées par le CNERS

En 2025, plusieurs protocoles de recherche ont reçu l'approbation du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS), témoignant de la volonté du PNT de renforcer la production de données probantes pour orienter les politiques et stratégies nationales de lutte contre la tuberculose. Parmi ces études figure l'extension du suivi des patients tuberculeux par traitement en vidéo-observation (VOT) dans les 15 districts à défis sanitaires, une approche innovante visant à améliorer l'observance thérapeutique grâce au numérique. Le CNERS a également validé une enquête nationale sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) relatives à la tuberculose, destinée à mieux comprendre les perceptions communautaires et à adapter les stratégies de communication. Enfin, l'enquête nationale sur les coûts supportés par les patients et leurs familles a été approuvée, permettant d'évaluer l'impact économique de la maladie et d'orienter les mesures de protection sociale pour réduire les dépenses catastrophiques liées à la TB.

8 INFORMATION EDUCATION ET COMMUNICATION

L'Information, l'Éducation et la Communication (IEC) jouent un rôle central dans la lutte contre la tuberculose en améliorant les connaissances, en réduisant la stigmatisation et en favorisant le recours précoce aux services. En mobilisant les communautés, les prestataires et les médias, le PNT adopte une approche participative pour renforcer la prévention, encourager le dépistage et soutenir l'adhésion au traitement.

8.1 La Communication de masse

La Journée mondiale de lutte contre la tuberculose (JMT) a été célébrée cette année dans la région de Thiès, avec une forte mobilisation institutionnelle et communautaire. Un comité national de pilotage a coordonné les préparatifs, incluant un plan média complet et la production de supports de communication. La bande-annonce a été largement diffusée dans les principaux médias nationaux pour toucher l'ensemble des publics. En amont de la cérémonie, le district de Thiès a organisé plusieurs activités : orientation des acteurs communautaires, rencontres avec la presse, émissions radios, caravanes et dépistage actif avec l'URMN. La cérémonie officielle du 24 mars, présidée par le gouverneur, a réuni autorités administratives, élus locaux, partenaires techniques et financiers, ainsi que les équipes sanitaires. Les allocutions ont insisté sur la nécessité d'une mobilisation collective pour mettre fin à la tuberculose. Un moment fort a été la décoration des agents s'étant distingués dans la lutte antituberculeuse. La forte participation des communautés et de la population Thiessoise a marqué cette édition comme un succès majeur.

8.2 Communication digitale

En 2025, le PNT a considérablement renforcé sa stratégie de communication digitale, notamment grâce à la production hebdomadaire de vidéos de sensibilisation générées avec l'intelligence artificielle**.** Cette innovation a permis d'enrichir les contenus diffusés, d'améliorer l'engagement des internautes et d'accroître la visibilité des messages de prévention sur l'ensemble des plateformes numériques du programme. Le site web du PNT a enregistré une progression notable, avec 11 130 impressions**,** 535 clics et 302 317 actions serveur, soit près du triple des performances de 2024. Cette hausse témoigne d'un intérêt croissant pour les contenus liés à la tuberculose. Sur Facebook, le nombre d'abonnés est passé de 2 388 à 2 765, accompagné d'une augmentation des interactions et d'un pic de 36 414 personnes touchées en juillet. La plateforme LinkedIn a connu une évolution remarquable, doublant presque son

audience, de 674 à **1 456 followers**, renforçant la visibilité institutionnelle du programme. Sur **Instagram**, la communauté atteint **2 119 abonnés.**

8.3 Activités de communication durant les évènements spéciaux

Les grands évènements religieux au Sénégal constituent des occasions stratégiques pour intensifier les actions de communication du PNT, en raison des rassemblements massifs qu'ils génèrent. En appui aux DRS, le PNT mobilise des ressources humaines et matérielles pour mener des activités de prévention et de sensibilisation. Lors des Gamous de Tivaouane et Kaolack, des caravanes ont sillonné les zones à forte affluence, avec distribution de supports IEC et animation assurée par le SNEISS. Des stands d'information ont été installés dans les centres de santé et lieux de rassemblement, animés par les relais communautaires et les équipes du PNT. Des actions médiatiques locales ont renforcé la portée des messages, incluant spots radio et émissions spéciales. Au Magal de Touba, une campagne de grande envergure a permis de toucher un large public grâce aux caravanes, stands, spots et émissions radios-télé. Ces interventions ont contribué à renforcer les connaissances des populations sur la TB et à promouvoir le dépistage précoce. Le PNT a également participé au SISDAK 2025, un cadre majeur de plaidoyer et de visibilité sanitaire. Un stand d'information y a permis de présenter médicaments, équipements de laboratoire et documents stratégiques, avec distribution de supports IEC. Des panels animés par les responsables du PNT ont mis en lumière les défis et priorités de la lutte antituberculeuse.

8.4 Participation au Salon International de la Santé et du Matériel médical (SISDAK)

Le SISDAK 2025, organisé au CICES en partenariat avec le MSAS et les acteurs du secteur de la santé, a offert un cadre majeur de plaidoyer et d'échanges. Le PNT y a renforcé sa visibilité en installant un stand d'information présentant médicaments, équipements de laboratoire et documents stratégiques. Des supports IEC variés ont été distribués aux nombreux visiteurs. Les panels animés par les responsables du PNT ont permis de mettre en lumière les défis actuels et les priorités de la lutte antituberculeuse. L'évènement a constitué une opportunité stratégique pour promouvoir les interventions du programme et sensibiliser un large public.

8.5 Campagne de sensibilisation lors de la Coupe d'Afrique des Nations (CAN) 2025.

Le PNT a profité du Village de la CAN 2025 pour intensifier sa communication sur la tuberculose. Un partenariat média avec la RTS a assuré une visibilité multicanale durant toute la compétition. Deux journées thématiques TB ont été organisées. Un plateau TV/Radio en direct a mobilisé les leaders de la lutte antituberculeuse. Des interviews et contenus digitaux ont été diffusés sur les plateformes de la RTS. Des spots TB ont été projetés sur les écrans géants avant et pendant les matchs. Des micros-trottoirs ont permis d'évaluer les connaissances des supporters. Un stand de sensibilisation a accueilli des centaines de visiteurs et distribué des supports IEC. La campagne a touché un large public et renforcé la visibilité du PNT. Elle a confirmé le rôle du sport comme levier efficace de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation.

8.6 IEC / CCC

Le PNT a organisé en mai 2025 un atelier à Thiès pour élaborer et réviser ses supports de communication, avec un accent particulier sur le digital. Les flyers, bâches murales et supports IEC ont été modernisés avec de nouvelles images, des messages adaptés, des QR codes et des hashtags. Des capsules vidéo et affiches numériques ont également été produites pour divers publics. En partenariat avec l'ANCS, le PNT a mené des sessions d'orientation TB/VIH destinées aux populations clés du VIH. Ces sessions se sont déroulées à Kaolack et Sédhiou en 2025. Au total, 200 bénéficiaires (PVVIH, MSM, UDI, PS) ont été formés sur la TB, le VIH et la co-infection. Ils ont ensuite bénéficié d'un dépistage actif grâce à l'UMRN du PNT. Le renforcement du partenariat avec l'ANCS est essentiel pour soutenir durablement les cliniques communautaires engagées auprès de ces populations vulnérables.

8.7 Activités de partenariat

Le PNT a lancé en 2025 une nouvelle stratégie de communication axée sur des visites de courtoisie auprès des autorités religieuses, locales et administratives. Ces rencontres visent à renforcer leur implication dans la lutte contre la stigmatisation liée à la tuberculose. Les leaders religieux jouent un rôle clé dans la mobilisation communautaire et la diffusion de messages de prévention. Les visites ont été très fructueuses, avec une forte adhésion des autorités rencontrées. Le maire de Touba et l'association *Touba Ca Kanam* ont pris des engagements concrets pour soutenir le PNT. Un partenariat a été scellé pour doter le programme en matériel de laboratoire destiné au district de Touba. Cette dotation

contribuera à améliorer le dépistage dans une zone à forte charge de TB. Parallèlement, le PNT a choisi l'artiste Pape Diouf comme ambassadeur national de la lutte contre la TB. Son influence permettra de renforcer la sensibilisation, de briser la stigmatisation et d'encourager le dépistage précoce. Ces initiatives combinées renforcent la mobilisation sociale et la visibilité du programme à l'échelle nationale.

9 REPONSE COMMUNAUTAIRE À LA TUBERCULOSE

L'année 2025 a marqué une étape importante dans la mise en œuvre des interventions de la subvention GC7 par le SR Plan International, avec la levée de la suspension des activités de la « Priorité 3 » à la suite de l'exercice de repriorisation imposé par la réduction du budget global. Cette décision a conduit à une replanification opérationnelle qui a permis d'accélérer la mise en œuvre des activités communautaires et d'atteindre des niveaux de performance particulièrement satisfaisants. Ainsi, 28 657 cas présumés TB ont été orientés vers les structures de dépistage (114 % de performance), 4 749 cas TB communautaires confirmés ont été enregistrés (76 %), et 6 067 cas contacts ont été référés pour dépistage (61 %). Ces résultats témoignent d'une dynamique positive rendue possible grâce à plusieurs ajustements stratégiques. Parmi ceux-ci figurent l'organisation d'une revue-bilan en février 2025 pour réajuster les cibles, la conduite de supervisions conjointes dans les districts à faible performance, l'instauration d'un système de motivation basé sur les résultats pour les relais communautaires, ainsi qu'un suivi rapproché et un coaching continu des superviseurs via des plateformes virtuelles. Les performances communautaires montrent une progression linéaire tout au long de l'année 2025. La détection des cas TB est passée de 59 % au T1 à plus de 30 points supplémentaires au T4, tandis que l'orientation des cas contacts a gagné plus de 16 points. Les performances annuelles atteignent 114 % pour les cas présumés orientés, 76 % pour les cas TB confirmés et 61 % pour les cas contacts. Cette dynamique traduit l'impact des ajustements stratégiques et du renforcement du pilotage communautaire. Ces efforts coordonnés ont permis de lever plusieurs goulots d'étranglement et de renforcer la contribution communautaire à la détection des cas. Pour maintenir cette dynamique, un plan d'accélération a été élaboré au début du premier trimestre 2026, à l'issue d'un atelier de revue-bilan réunissant l'ensemble des équipes opérationnelles. Cette rencontre a permis d'identifier les interventions prioritaires nécessaires pour combler les gaps restants et garantir l'atteinte des cibles d'ici décembre 2026.

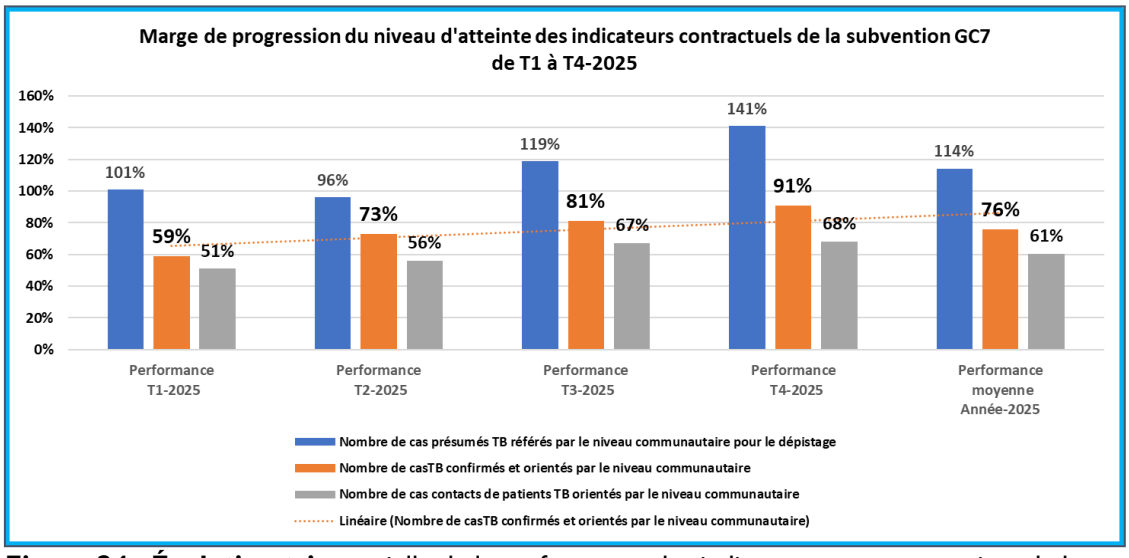


Figure 24 : Évolution trimestrielle de la performance des indicateurs communautaires de la subvention GC7 en 2025 au Sénégal.

10 SITUATION DES STOCKS ET APPROVISIONNEMENTS

10.1 Produits de diagnostic

L'ensemble des intrants de diagnostic est resté disponible en quantité suffisante tout au long de l'année 2025, grâce à une gestion proactive des stocks. Les risques de péremption ont été efficacement anticipés par la mise en œuvre d'un plan de déploiement ciblé vers les sites à fort volume de consommation, garantissant ainsi une utilisation optimale des produits. Le déploiement des appareils Truenat est resté limité à une phase pilote comprenant 7 unités, l'extension prévue de 22 appareils supplémentaires ayant été annulée lors de l'exercice de priorisation du Fonds mondial. Malgré cette limitation, les perspectives d'investissement demeurent encourageantes. En effet, l'acquisition programmée de 30 microscopes LED**,** de 3 radiographies mobiles dotées d'intelligence artificielle et d'un système BACTEC MGIT 320 permettra de renforcer significativement la capacité nationale en matière de diagnostic, de culture et d'analyses de sensibilité aux médicaments. Ces équipements contribueront à sécuriser la chaîne diagnostique et à améliorer la détection précoce, en particulier dans les zones à forte charge de tuberculose.

Tableau XV : Tableau de disponibilité des produits de diagnostic, risques identifiés et actions d'atténuation en 2025 au Senegal.

Produit	Stock/Disponibilité	Risques	Actions
Xpert MTB/RIF ULTRA	Lots disponibles jusqu'en nov. 2026	Péremption dès déc. 2025	- Suivi rapproché des commandes en cours, - Optimisation du déploiement des stocks
Truenat	Phase pilote avec 7 appareils	Extension annulée (22 appareils supprimés) Déploiement limité en 2025 Sous-utilisation des 7 appareils dans les sites installés au profil des appareils GeneXpert impactant la consommation prévisionnelle des cartouches Xpert	En perspective, il est prévu un redéploiement des Truelab existant vers les zones dépourvues d'appareils de diagnostic moléculaires pour une meilleure couverture et utilisation
Microscopie	30 microscopes LED acquis	Aucun risque	Renforcement capacité diagnostic
Culture	BACTEC MGIT 320 acquis	Remplace MGIT 960 en panne	Sécurisation DST

10.2 Médicaments antituberculeux

La disponibilité des médicaments antituberculeux a été marquée en 2025 par une situation contrastée entre les produits de première et de seconde ligne. Les médicaments de première ligne (FLD) ont connu une fragilité notable, avec un stock couvrant seulement 1,5 mois et une péremption critique du RH 75/50 dès février 2025. Pour éviter une rupture, le PNT a dû recourir à des prêts auprès de centrales pharmaceutiques voisines et exercer une pression accrue sur les

fournisseurs afin d'accélérer les livraisons. À l'inverse, les médicaments de seconde ligne (SLD) ont été mieux sécurisés grâce aux commandes validées via le GDF, permettant non seulement de réduire les risques de rupture, mais aussi de réaliser des économies budgétaires significatives. Cette sécurisation contribue à renforcer la continuité de la prise en charge des cas de tuberculose résistante et à stabiliser l'approvisionnement national.

10.2.1 Médicaments antituberculeux de première ligne (FLD)

Ces deux graphiques comparatifs, inventaires de janvier 2025 et janvier 2026 illustrent clairement l'évolution de la disponibilité des médicaments antituberculeux de première ligne (FLD) et la performance du système d'approvisionnement.

En 2025, la couverture moyenne atteignait huit mois pour les principaux produits (HP, RHZ, E100, H300), mais le premier semestre a été marqué par des ruptures récurrentes sur le RHZE, RH et H100, traduisant des tensions logistiques et des retards de livraison. Les zones rouges du graphique confirment ces périodes critiques. Les actions correctives menées, notes d'alerte, réunions de coordination entre la SEN-PNA, le PNT, la DLM et le cabinet ont permis de stabiliser la situation en fin d'année, limitant les risques de non-observance thérapeutique.

En 2026, le graphique montre une amélioration notable : la majorité des produits sont en stock disponible (zones vertes), signe d'une meilleure anticipation et d'une quantification plus rigoureuse. Toutefois, des risques de péremption du HP persistent, liés au faible enrôlement des sujets de plus de 15 ans dans le traitement préventif, et l'Isoniazide 100 mg reste en tension.

Globalement, cette évolution traduit une maturation du système de gestion des intrants**,** avec une coordination renforcée entre les niveaux central, régional et opérationnel, et une réduction significative des ruptures critiques observées en 2025.

Analyse des FLD en fin d'année de 2025



Analyse des FLD en fin d'année de 2025



Figure 25 : Évolution de la disponibilité des médicaments antituberculeux de première ligne (FLD) en 2025

10.2.2 Médicaments antituberculeux de seconde ligne (SLD)

10.2.2.1 Médicaments antituberculeux de seconde ligne (SLD) forme adulte

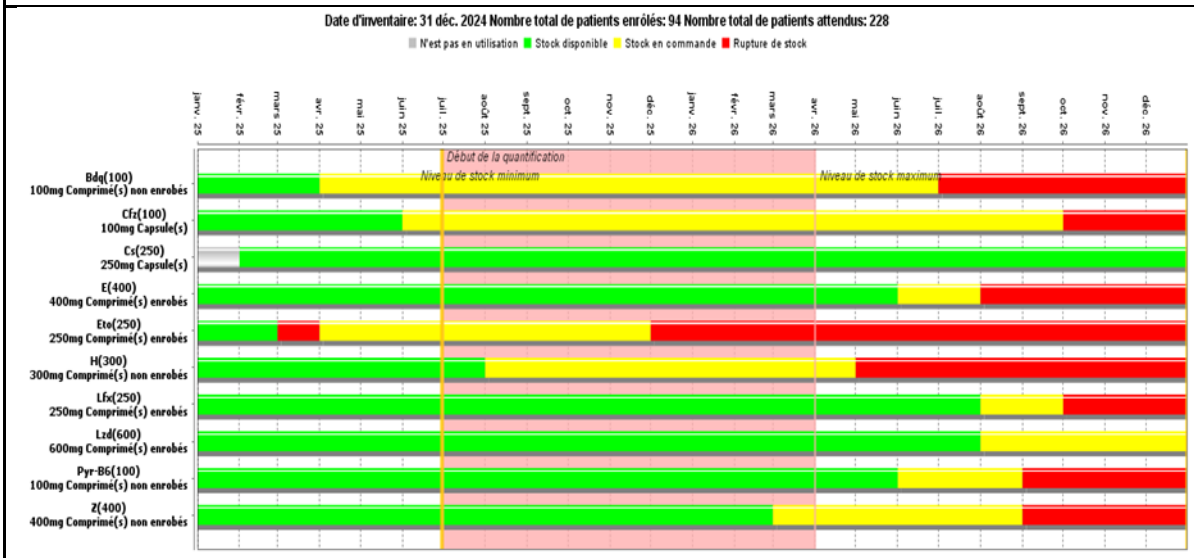
Le premier graphique ci-dessous montre une instabilité marquée des stocks, avec plusieurs produits en rupture prolongée (zones rouges) et des périodes critiques de péremption et de commandes tardives (zones jaunes). Cette situation traduisait une gestion sous tension, accentuée par la faible couverture des besoins pour les 228 patients attendus.

Le second graphique révèle une amélioration significative de la disponibilité des intrants : la majorité des produits sont en stock suffisant (zones vertes), témoignant d'une meilleure

planification et d'un suivi plus rigoureux des approvisionnements. Seules quelques alertes ponctuelles persistent, notamment sur le E(400) en septembre 2026, indiquant un risque de rupture isolé.

Globalement, cette évolution traduit une maturation du système de gestion des stocks du PNT, avec une anticipation accrue des besoins, une quantification plus précise et une réduction notable des ruptures critiques observées en 2021.

Analyse des SLD forme adulte en début d'année de 2025



Analyse des SLD forme adulte en fin d'année de 2025

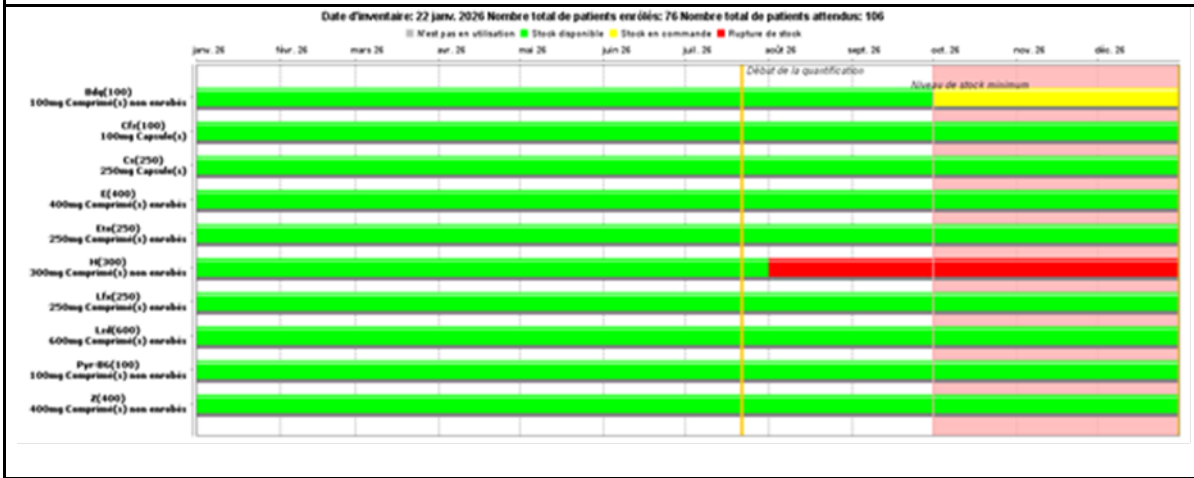


Figure 26 : Analyse des SLD forme adulte en début et fin d'année de 2025

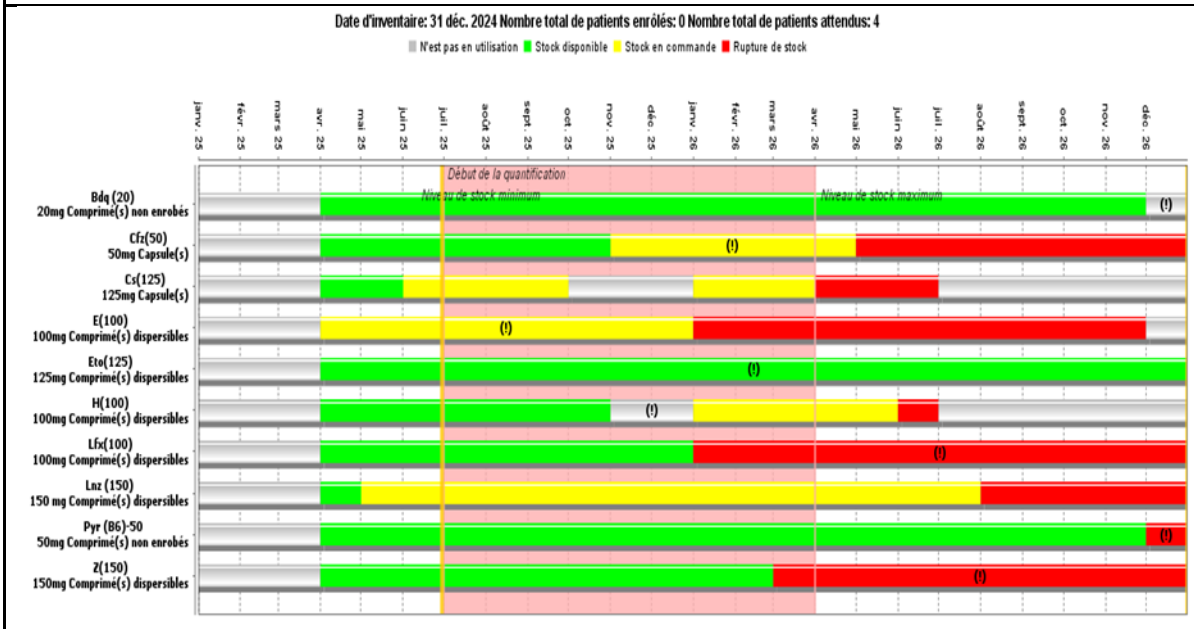
10.3 SLD pédiatrique

Le premier graphique (inventaire en début d'année) montre une situation instable, marquée par plusieurs ruptures de stock (zones rouges) et des commandes en attente (zones jaunes). Les produits essentiels tels que E, Lfx, Lnz et Z présentent des tensions prolongées, traduisant une planification insuffisante et des retards dans la quantification.

Le second graphique (inventaire fin d'année) révèle une amélioration notable : la majorité des produits sont en stock disponible (zones vertes), signe d'une meilleure anticipation et d'un suivi plus rigoureux des approvisionnements. Seules quelques alertes ponctuelles persistent, notamment sur Pyr (B6-5) et Z (150), indiquant des risques isolés de rupture.

Globalement, cette comparaison met en évidence une progression vers la stabilité logistique, avec une quantification plus structurée, une réduction des ruptures critiques et une optimisation du déploiement des intrants.

Analyse des SLD pédiatrique en début d'année de 2025



Analyse des SLD pédiatrique en début d'année de 2025



Figure 27 : Analyse des SLD pédiatrique en début et fin d'année de 2025

10.4 Réalisation des activités GAS

Le PNT a réalisé l'ensemble des activités prévues en 2025 pour renforcer la gestion des approvisionnements TB. Les ateliers nationaux de quantification et de validation ont été tenus avec une forte participation des acteurs centraux, régionaux et opérationnels. Un atelier dédié a permis de finaliser le manuel GAS TB, appuyé par un consultant national recruté à cet effet. Deux sessions d'orientation ont formé les agents de comptoir des officines privées à **l'**orientation des cas présumés. Le magasin central du PNT a été équipé pour améliorer les conditions de stockage. La réhabilitation du dépôt central a également été réalisée, renforçant la capacité de conservation des intrants sensibles. L'ensemble de ces actions a contribué à améliorer la performance logistique du programme.

Tableau XVI : Bilan des activités de renforcement de la gestion des intrants du bureau GAS de la subvention GC7

LB	LIBELLÉ DE L'ACTIVITÉ	CIBLES		DATE/ PÉRIODE
		Prévues	Atteintes	
359	Organiser chaque année, un atelier national de quantification des besoins en antituberculeux et intrants de laboratoire regroupant 40 personnes en 5 jours à Thiès (4 PF RM TB, 6 PF GAS, 13 PRA, GAS DGSP, SPM/DAGE, DLM, 2 CNLS, DLSI, ARP, CAP, 3 PNA, 6 PNT, 3 responsables de dépôts et 3 responsables de labo de districts)	01	01	4 au 8 aout 2025
360	Organiser chaque année, un atelier national de validation de la quantification des besoins en antituberculeux et intrants de laboratoire regroupant 35 personnes en 3 jours hors Dakar (6 PRA et 6 PF des régions à forte notification de TB, GAS DGSP, DLM, 2 CNLS, DLSI, 3 PNA, 8 PNT, 2 responsables de dépôts et 2 responsables de labo)	01	01	18 au 20 novembre 2025
378	Organiser un atelier de 2 jours regroupant 30 personnes de validation du manuel GAS TB	01	01	16 au 17 décembre 2025
79	Organiser chaque année 2 sessions d'orientation de 2 jours regroupant 40 agents de comptoirs d'officines privées dans les 34 Districts à forte charge pour l'orientation des personnes présumées de tuberculose reçues dans les officines vers les structures sanitaires pour le dépistage de la tuberculose	02	02	04 au 05 Janvier 2025 11 au 12 Janvier 2025
363 (DAGE)	Equiper le magasin central du PNT (un transpalette, 6 étagères métalliques, 2 climatiseurs en armoire, 1 échelle, 1 sabot, 2 thermomètres muraux, 5 extincteurs) à l'an 1	**01**	**01**	Décembre 2025
377	Recruter un consultant national pendant 21 jrs pour l'élaboration du manuel GAS TB à l'an 1	**01**	**01**	Décembre 2025
406	*Activité sous condition cf. colonne Justifications* Réhabiliter le Dépôt central du PNT pour le stockage des médicaments de seconde ligne, des produits et matériels de diagnostic à l'an 1	**01**	**01**	Décembre 2025

10.5 Réception des commandes

En 2025, le plan d'approvisionnement antituberculeux a permis une réception régulière et diversifiée des intrants essentiels. Les cartouches Xpert et kits de cryotubes ont ouvert l'année, assurant la sécurisation diagnostique. Les mois de février à mars ont consolidé la disponibilité des réactifs Truenat et milieux de culture. En mai et juin, la livraison de réactifs chimiques**, lampes** Bright et paravents plombés a renforcé les capacités techniques et la sécurité radiologique. Entre août et octobre, les cartouches Truenat MTB Plus **et** tests Capilia ont soutenu la continuité du dépistage moléculaire. Enfin, la réception de la Bedaquiline SLD en novembre a consolidé la prise en charge des cas résistants, marquant une année de planification efficace et équilibrée.

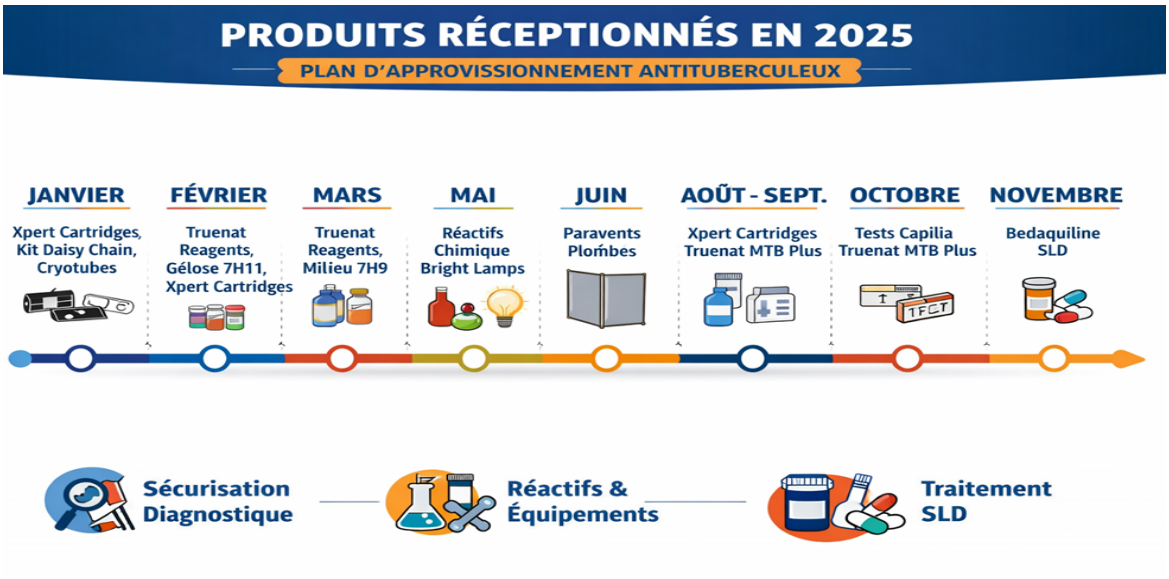


Figure 28 : Plan d'approvisionnement antituberculeux au Senegal en 2025

11 Évaluation PTA 2025 PNT

Le tableau ci-dessous montre une répartition équilibrée des responsabilités entre les différents bureaux du PNT, avec une concentration logique des activités dans les domaines stratégiques du programme. Le BCP (18 %) apparaît comme le bureau le plus sollicité, ce qui reflète l'importance croissante de la communication, de la sensibilisation communautaire et des enquêtes CAP dans la dynamique nationale de lutte contre la tuberculose. Les bureaux BFR, CN, BPEC et LNR

contribuent chacun à hauteur de 13 %, confirmant leur rôle central dans la recherche, la coordination, la prise en charge clinique et le renforcement du laboratoire.

Les bureaux BSE, BAFC et UMRN, avec des poids compris entre 9 % et 9 %, assurent des fonctions essentielles de suivi-évaluation, d'appui social et logistique, ainsi que de dépistage actif dans les communautés et les milieux fermés. Le BGAS (5 %) intervient de manière ciblée sur la quantification et la gestion des intrants, un domaine hautement technique mais moins volumineux en nombre d'activités. Enfin, le PF Partenariat (4 %) joue un rôle stratégique dans l'engagement du secteur privé et la mobilisation des officines, un axe clé pour l'élargissement de la détection précoce.

Globalement, cette distribution montre une bonne cohérence programmatique, avec une articulation claire entre les fonctions techniques, opérationnelles, communautaires et de gouvernance. Elle reflète également une maturité organisationnelle, où chaque bureau contribue de manière proportionnée à ses mandats, tout en soutenant les priorités nationales définies dans le PTA.

Tableau XVII: Évaluation du PTA 2025 PNT

Bureau	Nombre d'activités	Poids (%)	Domaines clés
BFR	10	13 %	Recherche, formation, qualité, études
CN	10	13 %	Coordination, plaidoyer, multisectorialité
BCP	14	18 %	Communication, CAP, JMT, médias
BSE	7	9 %	Suivi-évaluation, outils, revues
BPEC	10	13 %	PEC TB-MR, guides, formations
LNR	10	13 %	Laboratoire, TrueNat, SMQ, formation
PF Partenariat	3	4 %	Officines, plaidoyer entreprises
BAFC	7	9 %	Appui nutritionnel, transport, hospitalisation
BGAS	4	5 %	Quantification, validation, réunions
UMRN	7	9 %	Dépistage actif, prisons, événements

12 FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

12.1 Les ressources financières

En 2025, la lutte contre la tuberculose a bénéficié de financements provenant de l'Etat du Sénégal, du Fonds mondial, d'Action Damien et OMS/TDR.

Au cours de l'exécution financière, sont intervenus deux évènements majeurs qui ont impacté la mobilisation des financements et qui sont tous relatifs à des coupes budgétaires. En effet, le budget de l'Etat du Sénégal ainsi que celui du GC7/Fonds mondial ont connu des rétentions budgétaires dues à des déficits de trésorerie pour l'Etat et au non-respect des promesses de financement des partenaires du FM. Pour le seul cas du FM, une coupe de plus de 300 000 000 FCFA a été opérée pour la seule année 2025.

12.2 Le financement du PSN TB /Année 2025

En 2025, la lutte contre la tuberculose a été financée par l'État du Sénégal, le Fonds mondial, Action Damien et OMS/TDR, constituant un portefeuille diversifié mais soumis à des contraintes majeures. Deux événements ont fortement influencé la mobilisation des ressources : des rétentions budgétaires de l'État, liées à des tensions de trésorerie nationales, et une réduction du

budget GC7/Fonds mondial, consécutive au non-respect des engagements financiers de certains partenaires du FM. Cette situation a entraîné une coupe budgétaire de plus de 300 millions FCFA pour la seule année 2025 du GC7, affectant directement la capacité de financement des activités programmatiques. Malgré ces contraintes, le programme a maintenu une exécution prudente et ciblée, en ajustant les priorités et en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

Tableau XVIII : Mobilisation des financements du Programme TB en 2025

Sources de financement	Budget annuel prévu	Budget mobilisé	% Mobilisation	Part du financement PSN TB 2025	Part du financement du budget 2025
ETAT	1 008 107 000	1 002 408 750	99%	9%	31%
PNT/GC7/FM	2 116 626 215	2 116 626 215	100%	20%	67%
PNT/C19RM/FM	37 796 367	37 796 367	100%		
ACTION DAMIEN	33 012 427	35 562 253	108%	0,3%	1,03%
OMS TDR	20 143 966	20 143 966	100%	0,2%	0,63%
TOTAUX CFA	**3 215 685 975**	**3 212 537 551**	**100%**	**29%**	**100%**
TOTAUX USD	**5 636 610**	**5 631 091**			
TOTAUX Euro	**4 902 282**	**4 897 482**			
BUDGET PSN TB 2024	**12 505 499 596**			**29%**	

12.3 Exécution financière par sources de financement

En 2025, le taux **d'exécution budgétaire global** du programme s'est établi à **64 %** pour l'ensemble des financements disponibles, traduisant une mise en œuvre partielle des activités prévues. La **part de l'État** dans les dépenses représente **48 %**, celle du **Fonds mondial (FM) 50 %**, tandis que la contribution d'**Action Damien** reste marginale (moins de 2 %).

Ce niveau d'exécution relativement faible s'explique par plusieurs facteurs : d'une part, les lenteurs du système de gestion financière et la suppression de certaines lignes du budget de l'État ; d'autre

part, la période de blocage temporaire de l'exécution des activités du GC7/FM, liée à des ajustements de priorisation. Enfin, le report de nombreuses activités du GC7/FM à 2026 a accentué la sous-exécution observée, ramenant le taux spécifique du GC7/FM à 47 % pour 2025. Cette situation met en évidence la nécessité de **renforcer la fluidité des procédures financières** et d'anticiper les contraintes de trésorerie pour garantir une exécution plus complète des subventions à venir.

Tableau XIX : Synthèse de l'exécution financière 2025 par sources de financement

Sources de financement	Budget mobilisé	Dépenses	% Exécution	% Contribution en dépenses
ETAT	1 002 408 750	1 002 408 750	100%	48%
PNT/GC7/FM	2 116 626 215	1 000 340 990	47%	50%
PNT/C19RM/FM	37 796 367	34 947 726	92%	
ACTION DAMIEN	35 562 253	32 715 625	92%	1,6%
OMS TDR	20 143 966	258 500	1%	0,01%
TOTAUX CFA	**3 212 537 551**	**2 070 671 591**	**64%**	**100%**
TOTAUX USD	**5 631 091**	**3 629 573**		
TOTAUX Euro	**4 897 482**	**156 718**		

12.4 Synthèse de l'exécution budgétaire des activités GAS en 2025

L'exécution budgétaire du **GAS** en 2025 témoigne d'une gestion rigoureuse et orientée vers l'optimisation des ressources. La composante **Pharma**, dédiée aux acquisitions, a été exécutée à **100 % du budget priorisé**, soit 523 millions FCFA, malgré un écart de 288 millions FCFA par rapport au budget initial. Cette performance reflète une **maîtrise accrue des dépenses** et une capacité d'ajustement stratégique. Les économies réalisées représentant **28 % du budget initial résultent directement** de la **révision de la quantification des besoins** en antituberculeux conduite en septembre 2025, permettant d'ajuster les commandes aux besoins réels et d'éviter les surstocks. Cette optimisation renforce l'efficience du programme et contribue à la soutenabilité de la chaîne d'approvisionnement.

Tableau XX : Synthèse de l'exécution budgétaire des activités GAS en 2025

	get initial GC7	dget priorisé	écution 2025	cart de cout nomies dégagées à la révision des antifications)
tion des és Pharma	399 130,29 CFA	396 617,74 CFA	396 617,74 CFA	989 393,41 CFA

12.4.1 Répartition de l'exécution financière par interventions en 2025

L'analyse des dépenses exécutées en 2025 montre une répartition marquée par la prédominance de trois domaines clés. Les investissements dans l'amélioration du diagnostic représentent la part la plus importante, avec plus de 612 millions FCFA, soit 30 % des dépenses totales, traduisant l'effort soutenu pour renforcer les capacités de détection de la tuberculose. La prise en charge de la TB multirésistante (TBMR) constitue le deuxième poste majeur, totalisant près de 372 millions FCFA (18 %), incluant la contribution d'Action Damien. La gestion des achats et des stocks, essentielle à la sécurisation de la chaîne d'approvisionnement, mobilise quant à elle 240 millions FCFA (12 %).

L'État du Sénégal intervient principalement dans les médicaments de première ligne (300 millions FCFA), les dépenses de personnel et le diagnostic, confirmant son rôle structurant dans les intrants essentiels. Le Fonds mondial (GC7) finance la majorité des activités techniques, notamment la TBMR, la lutte contre l'infection, les groupes vulnérables, le TB/HIV, le PCMS et le suivi-évaluation. Le C19RM apporte un soutien ciblé au diagnostic, tandis que l'OMS/TDR contribue à la recherche opérationnelle.

Au total, les dépenses exécutées atteignent 2,07 milliards FCFA, reflétant une mobilisation multisource et une forte dépendance aux financements internationaux pour les interventions spécialisées. Cette structure souligne l'importance de renforcer la soutenabilité nationale et de poursuivre les efforts de diversification des financements.

Tableau XXI : Répartition des dépenses par domaine d'activités en 2025

Domaines d'activités	Etat	OMS TDR	FM/GC7	FM/C19RM	Action Damien	TOTAUX	%
Dépenses personnel	96 143 000	-	51 110 372	-	-	**147 253 372**	**7%**
Administration du programme	6 265 750	-	67 889 101	6 150 788	-	**80 305 639**	**4%**
Médicaments 1ère ligne	300 000 000	-	-	-	-	**300 000 000**	**14%**
Médicaments 2ème ligne	-	-	36 857 970	-	-	**36 857 970**	**2%**
Amélioration du diagnostic	518 185 000	-	65 668 565	28 796 938	-	**612 650 503**	**30%**
TB Enfant	-	-	10 133 007	-	-	**10 133 007**	**0%**
Lutte contre l'infection	-	-	98 234 576	-	-	**98 234 576**	**5%**
Prestataires de soins	-	-	3 700 675	-	-	**3 700 675**	**0%**
PEC TBMR	-	-	339 091 281	-	32 715 625	**371 806 906**	**18%**
TB/HIV	-	-	5 991 681	-	-	**5 991 681**	**0%**
PCMS	-	-	17 436 682	-	-	**17 436 682**	**1%**
Collaboration avec autres secteurs	-	-	10 448 865	-	-	**10 448 865**	**1%**
Soutien aux patients TBMR	-	-	23 490 000	-	-	**23 490 000**	**1%**
Soutien aux patients sensible	-	-	-	-		**-**	**0%**
Recherche opérationnelle	-	258 500	13 560 000	-	-	**13 818 500**	**1%**
Suivi- évaluation	-	-	16 050 465	-	-	**16 050 465**	**1%**
Groupes vulnérables	-	-	82 591 067	-	-	**82 591 067**	**4%**
Gestion des achats et des stocks	81 815 000	-	158 086 683	-	-	**239 901 683**	**12%**
TOTAUX	**1 002 408 750**	**258 500**	**1 000 340 990**	**34 947 726**	**32 715 625**	**2 070 671 591**	**100%**

12.5 Le financement de la riposte contre le Covid-19

En 2025, le financement alloué dans le cadre de la riposte au covid-19 (C19RM) a été exécuté à hauteur de 92%.

12.6 La gestion du personnel

En 2025, le PNT comptait 39 agents, dont 18 femmes et 21 hommes, toutes catégories professionnelles confondues (voir annexe). Malgré cette présence multisectorielle, le programme continue de faire face à un déficit de ressources humaines sur plusieurs postes stratégiques. Les besoins sont particulièrement marqués au niveau des bureaux de prise en charge, de la gestion des approvisionnements et des stocks, du suivi-évaluation et du Laboratoire national de référence.

Le renforcement de ces unités demeure essentiel pour assurer une gestion optimale des différentes composantes du programme, améliorer la performance opérationnelle et répondre efficacement aux exigences techniques du PSN TB.

13 SYNTHÈSE DES POINTS FORTS, POINTS À AMÉLIORER ET RECOMMANDATIONS

13.1 Points forts

- Renforcement du diagnostic : hausse de 39,2 % de l'activité GeneXpert, remplacement de 90 modules, amélioration de la qualité microscopique et accréditation ISO 15189:2022 du LNR.
- Performances thérapeutiques élevées : taux de succès de 90 % et stabilité du taux de décès à 3 %.
- Avancées en TBMR : 51 sites opérationnels, 80 patients mis sous traitement, succès thérapeutique de 80,5 % pour la cohorte 2023.
- Intégration TB/VIH performante : 98 % de dépistage VIH et mise sous ARV remontée à 91 %.
- Montée en puissance du dépistage actif : plus de 13 000 radiographies réalisées par l'UMRN, contribuant à la détection de cas additionnels.
- Gestion des approvisionnements maîtrisée : exécution complète des activités GAS, réhabilitation du dépôt central et sécurisation des intrants.
- Mobilisation financière satisfaisante : taux de mobilisation de 99–100 % pour l'État,
- Réponse communautaire efficace : 28 657 présomptifs orientés, 4 749 cas détectés et 6 067 contacts référés.
- Communication institutionnelle renforcée : forte croissance des plateformes digitales, campagnes nationales et nomination d'un ambassadeur TB.
- Dynamique de recherche opérationnelle : études POMATub, CONTACTB, CAP, coûts patients et protocoles validés par le CNERS.

13.2 Points à améliorer

- Cas manquants persistants avec 23 % de cas non retrouvés en 2025, traduisant des limites dans la détection précoce et l'investigation autour des cas index.
- Couverture en traitement insuffisamment stable avec une baisse de la couverture thérapeutique à 77 % en 2025, en dessous du pic de 81 % atteint en 2023.

- Performances inégales du réseau de microscopie avec des erreurs critiques dans plusieurs régions (Dakar, Matam, Saint-Louis, Thiès), nécessitant supervision renforcée et standardisation des pratiques.
- Sous-utilisation des appareils TrueLabs avec un taux moyen d'utilisation de seulement 7 %, révélant des difficultés de montée en charge et de planification opérationnelle.
- Gestion du parc GeneXpert perfectible avec 3 410 cartouches perdues en raison d'erreurs et de résultats invalides, indiquant un besoin de maintenance préventive renforcée.
- Déficit de ressources humaines qualifiées : besoins non couverts dans les bureaux PEC, GAS, suivi-évaluation et au LNR, limitant la performance globale du programme.
- Faiblesses dans la prise en charge TBMR : seulement 88 cas TB-RR détectés sur une estimation OMS de 430 cas, montrant un déficit de détection et d'investigation des résistances.
- Ruptures et retards dans l'intégration TB/VIH **:** chute marquée de la mise sous ARV en 2024 (73 %) révélant des fragilités dans le référencement et la disponibilité des intrants.
- Disparités régionales persistantes **:** performances hétérogènes en notification, qualité diagnostique et complétude des données**.**
- Faible disponibilité d'équipements critiques **:** absence persistante du système MGIT pour les cultures liquides au LNR, limitant la capacité de diagnostic avancé.
- Insuffisances dans la gestion des stocks : besoins de renforcement du suivi des SLD, de la traçabilité et de la prévention des ruptures.
- Communication communautaire encore limitée : malgré les progrès, la sensibilisation reste insuffisante dans certaines zones à forte transmission.

13.3 Perspectives 2026

- Accélération de la recherche des cas manquants grâce au déploiement national de l'investigation digitale des cas index, à l'intensification du dépistage actif et à l'extension des équipes mobiles de radiographie.
- Renforcement du diagnostic moléculaire avec l'optimisation de l'utilisation des TrueLabs, la maintenance préventive systématique du parc GeneXpert et l'introduction progressive du MGIT pour les cultures liquides au LNR.

- Introduction du test moléculaire rapide dans tous les sites de microscopie afin de généraliser l'accès au diagnostic moléculaire, réduire les délais diagnostiques, améliorer la détection précoce des résistances et garantir l'équité d'accès au diagnostic sur l'ensemble du territoire.
- Amélioration de la qualité du diagnostic microscopique par des supervisions ciblées, la standardisation des pratiques et la formation des unités non performantes.
- Extension et consolidation de la prise en charge TBMR avec l'augmentation du nombre de sites, l'amélioration du suivi clinique et l'intégration du dépistage systématique des résistances chez les nouveaux cas.
- Renforcement de l'intégration TB/VIH pour atteindre 100 % de dépistage VIH et de mise sous ARV, en améliorant le référencement et la disponibilité des intrants.
- Professionnalisation de la réponse communautaire avec un ciblage accru des zones à forte transmission, l'amélioration du suivi des contacts et l'extension des interventions auprès des groupes vulnérables.
- Optimisation de la gestion des approvisionnements par la digitalisation des SLD, le renforcement de la traçabilité et la prévention des ruptures d'intrants essentiels.
- Renforcement des ressources humaines avec le recrutement ciblé dans les bureaux PEC, GAS, suivi-évaluation et au LNR, ainsi que la montée en compétences du personnel existant.
- Amélioration de la qualité des données via la généralisation du DHIS2 TB, la complétude en temps réel et l'utilisation accrue des tableaux de bord analytiques.
- Intensification de la communication et du plaidoyer pour renforcer la sensibilisation, mobiliser les collectivités territoriales et accroître l'engagement du secteur privé.
- Développement de la recherche opérationnelle avec la mise en œuvre des études approuvées (POMATub, CONTACTB, CAP, coûts patients) et l'intégration des résultats dans la prise de décision.
- Alignement stratégique avec le PSN 2026-2030 pour accélérer la transformation du programme, réduire les disparités régionales et progresser vers les objectifs End TB.

13.4 Leçons apprises

- La détection précoce reste le principal levier d'impact : la persistance de 23 % de cas manquants montre que le dépistage actif, l'investigation autour des cas index et la couverture des populations à risque doivent être intensifiés pour réduire la transmission communautaire.
- Le diagnostic moléculaire est indispensable mais encore sous-exploité : la hausse de 39,2 % de l'activité GeneXpert confirme son efficacité, mais la faible utilisation des TrueLabs (7 %) et les pertes de cartouches soulignent la nécessité d'une meilleure planification, maintenance et formation.
- La qualité du diagnostic dépend fortement du renforcement continu des compétences : les erreurs critiques observées dans certaines régions rappellent l'importance des supervisions ciblées, de la standardisation des pratiques et du contrôle interne régulier.
- L'intégration TB/VIH doit être consolidée : la chute de la mise sous ARV en 2024 a montré la vulnérabilité du système et l'importance d'un référencement fluide, d'une disponibilité continue des intrants et d'une coordination renforcée.
- La prise en charge TBMR nécessite une détection plus précoce : seuls 88 cas TB-RR ont été détectés sur une estimation OMS de 430, révélant un déficit d'investigation des résistances et la nécessité d'étendre le test moléculaire rapide à tous les sites.
- La réponse communautaire est un moteur essentiel de la performance : les résultats obtenus montrent que l'implication communautaire améliore la détection, mais qu'elle doit être davantage professionnalisée et orientée vers les zones à forte transmission.
- La gestion des approvisionnements doit rester une priorité : malgré les progrès, les risques de ruptures et les limites de traçabilité rappellent l'importance de la digitalisation et du suivi rapproché des SLD.
- **La qualité des données conditionne la performance du programme** : les disparités régionales et les retards de complétude montrent que la généralisation du DHIS2 TB et l'usage des tableaux de bord analytiques sont essentiels.
- **Les ressources humaines demeurent un facteur critique** : les déficits dans les bureaux PEC, GAS, S&E et au LNR limitent la performance globale et soulignent la nécessité d'un renforcement ciblé.

- **La communication institutionnelle a un impact mesurable** : la forte croissance des plateformes digitales et l'engagement de l'ambassadeur TB montrent que la communication est un levier puissant pour la sensibilisation et le plaidoyer.

ANNEXES



Réception du nouveau magasin central du PNT



Célébration de la journée mondiale de lutte contre la tuberculose 2025 à Thies









Remise du certificat sur **l'accréditation ISO 15189 du Laboratoire National de Référence (LNR)**