

REPUBLIQUE TUNISIENNE



**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
COMITE DE COORDINATION
NATIONALE**



Investissons dans notre avenir

Le Fonds mondial

De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

***Contribution à la réduction de la
morbidité et la mortalité dues à la
Tuberculose d'ici 2015 conformément au
but du Partenariat STOP TB et aux
Objectifs du Millénaire pour le
Développement***

*Série8 -Tuberculose
VERSION INITIALE - JUIN 2008*

MODIFIEE - DECEMBRE 2008

Table des matières

- 1. Résumé du financement et interlocuteurs**
 - 1.1. Résumé du financement**
 - 1.2. Interlocuteurs**
 - 1.3. Liste des abréviations et acronymes utilisés par le candidat**
 - 2. Résumé du candidat (et recevabilité)**
 - 2.1. Membres et opérations**
 - 2.1.1. Résumé de la composition**
 - 2.1.2. Composition large et exhaustive**
 - 2.1.3. Connaissances et expériences des membres concernant les questions transversales**
 - 2.2. Recevabilité**
 - 2.2.1. Historique de la candidature**
 - 2.2.2. Processus transparent d'élaboration de la proposition**
 - 2.2.3. Processus de supervision de la mise en œuvre des programmes**
 - 2.2.4. Processus de sélection du ou des récipiendaire(s) principal (aux)**
 - 2.2.5. Récipiendaires principaux**
 - 2.2.6. Absence de mise en œuvre d'un financement à 2 voies**
 - 2.2.7. Gestion des conflits d'intérêt**
 - 2.2.8. Approbation de la proposition par les membres**
- Liste de contrôle des rubriques 1 et 2 de la proposition
- 3. Résumé de la proposition**
 - 3.1. Durée de la proposition**
 - 3.2. Consolidation des subventions**
 - 3.3. Alignement de la planification et des cycles fiscaux**
 - 3.4. Approche axée sur programme pour la tuberculose**
 - 3.5. Résumé de la proposition tuberculose de la série 8**
 - 4. Description du programme**
 - 4.1. Stratégie et programmes nationaux**
 - 4.2. Contexte épidémiologique**
 - 4.2.1. Portée géographique de la proposition**
 - 4.2.2. Epidémiologie de la tuberculose de la/des population(s) cible(s)**
 - 4.2.3. Epidémiologie de la tuberculose de la/des population(s) cible(s)**
 - 4.3. Principales contraintes et lacunes/manques**
 - 4.3.1. Programme tuberculose**
 - 4.3.2. Système de santé**
 - 4.3.3. Efforts pour répondre aux faiblesses et lacunes/manques du système de santé**
 - 4.4. Priorités de la série 8**
 - 4.5. Stratégie de la mise en œuvre**
 - 4.5.1. Interventions de la série 8**

- 4.5.2. Nouvelle soumission de la proposition de la série 7(ou série6) non recommandée par le TRP
- 4.5.3. Enseignements tirés de l'expérience de mise en œuvre
- 4.5.4. Mise en avant de l'égalité sociale et de l'égalité des sexes
- 4.5.5. Stratégie pour atténuer les conséquences initiales non intentionnelles
- 4.6. Liens avec d'autres interventions du Fonds Mondial
 - 4.6.1. Autre(s) subvention(s) du Fonds Mondial
 - 4.6.2. Liens avec des soutiens autres que ceux du Fonds Mondial
 - 4.6.3. Partenariats avec le secteur privé
- 4.7. Durabilité du programme
 - 4.7.1. Renforcement des capacités et des procédés pour obtenir de meilleurs résultats dans la lutte contre la tuberculose
 - 4.7.2. Alignement sur des cadres de développement plus larges
- 4.8. Mesure de l'impact
 - 4.8.1. Systèmes de mesure de l'impact
 - 4.8.2. Eviter le reporting parallèle
 - 4.8.3. Renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation
- 4.9. Capacité de mise en œuvre
 - 4.9.1. Réciendaire (s) principal (aux)
 - 4.9.2. Sous-réciendaires
 - 4.9.3. Sous- réciendaires pré-identifiés
 - 4.9.4. Sous- réciendaires à identifier
 - 4.9.5. Coordination entre exécutants
 - 4.9.6. Renforcement de la capacité de mise en œuvre
- 4.10. Gestion des produits pharmaceutiques et médicaux
 - 4.10.1. Champ d'application de la proposition de la série
 - 4.10.2. Tableau des rôles et responsabilités
 - 4.10.3. Expérience en gestion
 - 4.10.4. Alignement sur les systèmes existants
 - 4.10.5. Alignement sur les systèmes existants
 - 4.10.6. Produits pharmaceutiques et médicaux pour les deux premières années
 - 4.10.7. Tuberculose polypharmacorésistante

4B. Description du programme-interventions de RSS transversales

5. Demande de financement

5.1. Analyse des écarts financiers –tuberculose

5.1.1. Explication des besoins financiers ligne A du tableau 5.1

5.1.2. Financement national- entrée de la ligne B du tableau 5.1

5.1.3. Financement extérieur hors fonda mondial- entrée de la ligne C du tableau

5.2 Budget détaillé

5.3. Résumé du budget détaillé par objectif et domaine de prestation de services

5.4. résumé du budget détaillé par catégorie de coût

5.4.1. contexte de budget global

5.4.2. ressources humaines

5.5. Demandes de financement dans le cadre d'un mécanisme de financement commun

5.5.1. statut opérationnel du mécanisme du financement commun

5.5.2. Mesure de la performance

5.5.3. Complémentarité de la demande du fonds mondial

5B. demande de financement-interventions de RSS transversales

Liste de contrôle de la proposition Tuberculose

FORMULAIRE DE PROPOSITION - SERIE 8 (CANDIDATS PAYS SEUL)

Nom du candidat	Comité de coordination nationale pour le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme		
Pays	TUNISIE		
Niveau de revenu <i>(Consultez la classification des niveaux de revenu par économie en Annexe 1 des Directives de la série 8)</i>	revenu moyen inférieur		
Type de candidat	<input checked="" type="checkbox"/> CCM	<input type="checkbox"/> Sous-CCM	<input type="checkbox"/> Non-CCM

Composantes de la proposition de la série 8		
Maladie	Titre : "Contribution à la réduction de la morbidité et la mortalité dues à la tuberculose d'ici 2015 conformément au but du Partenariat Stop TB et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement"	Rubrique des interventions de RSS transversales <i>(à inclure dans <u>une</u> seule maladie)</i>
<input type="checkbox"/> VIH ¹		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Tuberculose ¹		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paludisme		<input type="checkbox"/>

Devise	<input checked="" type="checkbox"/> USD	ou	<input type="checkbox"/> EURO
---------------	---	----	-------------------------------

¹ Lorsque le VIH est le vecteur épidémiologique principal de la tuberculose, les candidats doivent inclure les activités combinées VIH/tuberculose pertinentes dans les propositions relatives au VIH et/ou à la tuberculose. Diverses activités VIH et tuberculose sont recommandées pour chaque état épidémiologique. **Pour plus d'informations à ce sujet**, veuillez consulter le document "*Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH de l'OMS*", disponible sur : http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/

SOMMAIRE DES RUBRIQUES et PRINCIPALES PIÈCES JOINTES POUR LES PROPOSITIONS

'+' = Annexe essentielle de la proposition. Ces documents **doivent** être soumis avec le Formulaire de proposition dûment complété. Les candidats peuvent joindre d'autres documents étayant leur stratégie programmatique (*ou leurs stratégies en cas de proposition pour plusieurs maladies*) et demandes de financement. Ces documents doivent être identifiés dans les "listes de contrôle" à la fin des rubriques 2 et 5.

1. **Résumé du financement et interlocuteurs**
2. **Résumé du candidat (et recevabilité)**
- + **Annexe C : Précisions sur les membres des CCM et sous-CCM**

Complétez les rubriques suivantes pour chaque maladie incluse dans la série 8 :

3. **Résumé de la proposition**
4. **Description du programme**
 - 4B. Stratégie des interventions de RSS transversales **
5. **Demande de financement**
 - 5B. Précisions sur le financement des interventions de RSS transversales **

****** À inclure uniquement dans une maladie, dans la série 8. Reportez-vous aux [Directives de la série 8](#) pour des informations détaillées.

- + **Annexe A : "Cadre de performance"** (Indicateurs et objectifs)
- + **Annexe B : "Liste préliminaire des produits pharmaceutiques et autres produits médicaux"**
- + **Plan d'action détaillé** : Trimestriel pour les années 1 et 2, et annuel pour les années 3, 4 et 5
- + **Budget détaillé** : Trimestriel pour les années 1 et 2, et annuel pour les années 3, 4 et 5

REMARQUE IMPORTANTE :

Les candidats sont vivement encouragés à lire entièrement les [Directives de la série 8](#) avant d'émettre une proposition pour la série. Les candidats sont également invités à consulter ces directives pour chaque rubrique du formulaire de proposition. Tous les autres documents de la série 8 sont disponibles [ici](#).

De nombreuses décisions récentes du Conseil d'administration du Fonds mondial ont été prises en compte dans le Formulaire de proposition de la série 8. Les [Directives de la série 8](#) expliquent ces décisions dans leur ordre d'apparition dans le Formulaire de proposition. Des informations sur ces décisions sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.theglobalfund.org/en/files/boardmeeting16/GF-BM16-Decisions_fr.pdf

Depuis la série 7, des efforts ont été faits pour simplifier la structure et éliminer les répétitions inutiles dans le Formulaire de proposition de la série 8. Les [Directives de la série 8](#) contiennent donc la **plupart des instructions** ainsi que des exemples qui vous aideront à compléter le formulaire.

1. RÉSUMÉ DU FINANCEMENT ET INTERLOCUTEURS

1.1 Résumé du financement

Maladie	Montant total demandé sur la période couverte par la proposition					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
VIH						
Tuberculose	2 628 593	1 329 676	1 042 260	1 080 912	1 037 362	7 118 603
Paludisme						
Interventions de RSS transversales dans le cadre <i>[insérez, le cas échéant, le nom de la maladie qui comprend les rubriques 4B et 5B]</i>						
Financement total demandé pour la série 8 → :						7 118 603

1.2 Interlocuteurs

	Interlocuteur principal	Interlocuteur secondaire
Nom	Dr Mongi HAMROUNI	Dr Dhikrayet GAMARA
Titre	Directeur des Soins de Santé de Base	Coordinatrice du programme national de lutte contre la Tuberculose (PNLT)
Organisation	Gouvernementale (Ministère de la santé publique)	Gouvernementale (Ministère de la santé publique)
Adresse postale	31, Rue Khartoum, 1002 le Belvédère, Tunis, Tunisie	31, Rue Khartoum, 1002 le Belvédère, Tunis, Tunisie
Téléphone	216 71789148 - 216 71 798 657	216 71789148 – 216 98314393
Télécopie	216 71 789 679	216 71 789 679
Adresse e-mail	Mongi.hamrouni@rns.tn	dhikrayet.gamara@rns.tn ; dhikrayetgamara@planet.tn
Autre adresse e-mail		

1.3 Liste des abréviations et acronymes utilisés par le candidat

Acronyme/Abréviation	Signification
APSR	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
ARV	Antirétroviraux
BCG	Bacille Bilié de Calmette et Guérin
BP	Bénéficiaire Principal
BSS	Enquête de surveillance du comportement
CAP	Enquête Connaissances Attitudes et Pratiques
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCM	Country Coordinating Mechanism
CDMT	Cadre de dépense à moyen terme
CDV	Conseil et dépistage volontaires
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLS	Comité national de lutte contre le SIDA
CSB	Centre de Santé de Base
DAT	Dispensaire Anti Tuberculeux
DHS	Enquête démographique et sanitaire
DMIS	Drug Management Information System
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
DOTS-Plus	Stratégie de l'OMS de prise en charge de la tuberculose multi résistante
DRS	Drug Resistance Surveillance (Surveillance de la pharmaco résistance)
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DST	Test de sensibilité aux médicaments (Drug Susceptibility Testing)
EMPHIS	Euro Mediterranean Public Health Information System
FBO	Faith Based Organization (Organisation confessionnelle)
GDF	Global Drug Facility
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GLC	Green Light Committee
GOV	Gouvernement
HCW	Health Care Worker (Employé du secteur de la santé)
HIS	Health Information System (Système d'information sanitaire)
IMCI	Integrated Management of Child Illnesses
IMS	Impact Measurement Systems (Systèmes de mesure de l'impact)
IO	Infection opportuniste
IRS	Indoor Residual Spraying (Traitement résiduel intradomiliaire)
IST	Infection sexuellement transmissible
LAT	Lutte Anti Tuberculeuse
LAT	Lutte AntiTuberculeuse
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds)
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MDR	Multi Drug Resistant (Polypharmacorésistant)
MDR TB	Tuberculose multi résistante
MERG	Groupe de référence de suivi et d'évaluation (Monitoring and Evaluation)
MICS	Multi Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MSP	Ministère de la Santé Publique
OBC	Organisation communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PAL	Practical Approach to Lung health
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCT	Pharmacie Centrale de Tunisie
PICT	Provider Initiated Counseling & Testing (Conseil et dépistage à l'initiative du fournisseur)
PNLS/MST	Programme National de Lutte contre le sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPE	Prophylaxie post exposition
PPM	Public Private Mix
PR	Réципиентаire principal (Principal Recipient)
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PTPE	Prévention de la transmission de parent à enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAI	Risque Annuel d'Infection
SB	Sous Bénéficiaire
S&E	Suivi Evaluation
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMIS	Systèmes de mesure des informations sur la santé
SNU	Système des Nations Unies
SR	Sous réципиентаire
SSP	Soins de santé primaires
TBC	Tuberculose
TB/VIH	Co-infection tuberculose VIH
TPI	Traitement préventif intermittent
TRD	Test rapide de diagnostic
TRP	Groupe d'examen technique
UICTMR	Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session sur le VIH/SIDA
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus d'Immunodéficience humaine

2. RÉSUMÉ DU CANDIDAT (et recevabilité)

Candidats CCM : Complétez uniquement les rubriques 2.1. et 2.2, **et SUPPRIMEZ les rubriques 2.3. et 2.4.**

Candidats sous-CCM : Complétez les rubriques 2.1., 2.2 et 2.3., **et SUPPRIMEZ la rubrique 2.4.**

Candidats non-CCM : Complétez uniquement la rubrique 2.4. **et SUPPRIMEZ les**

REMARQUE IMPORTANTE :

À la différence de la série 7, la recevabilité en termes de "niveau de revenu" est désormais traitée dans la rubrique 4.5.1 (articulation autour des populations démunies et des principales populations affectées, selon le niveau de revenu), ainsi que dans la rubrique 5.1. (partage du coût).

2.1. Membres et opérations

2.1.1. Résumé de la composition

Représentation des secteurs	Nombre de membres
<input checked="" type="checkbox"/> Secteur universitaire/éducatif	6 (11,5%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gouvernement	20 (38,5%)
<input checked="" type="checkbox"/> Organisations non gouvernementales (ONG) et communautaires	17 (32,6%)
<input checked="" type="checkbox"/> Personnes vivant avec les maladies	2 (3,8%)
<input type="checkbox"/> Personnes représentant les principales populations affectées ²	0
<input checked="" type="checkbox"/> Secteur privé	2 (3,8%)
<input type="checkbox"/> Organisations confessionnelles	0
<input checked="" type="checkbox"/> Partenaires de développement nationaux, multilatéraux et bilatéraux	5 (9,6%)
<input type="checkbox"/> Autres (<i>précisez</i>) :	0

² Veuillez vous reporter à la définition des *principales populations affectées* dans les [Directives de la série 8](#).

Nombre total de membres : <i>(Ce nombre doit être égal à celui des membres figurant dans l'Annexe C³)</i>	52
--	----

2.1.2. Composition large et exhaustive

Depuis votre dernière demande au Fonds mondial (déclarée comme conforme aux critères minimum de recevabilité requis) :		
(a) Des membres du secteur non-gouvernemental (<i>y compris des membres nouveaux depuis votre dernière demande</i>) ont-ils continué à être sélectionnés de façon transparente <u>par leur propre secteur</u> ; et	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Oui
(b) Y a-t-il une représentation continue et active de personnes vivant avec et/ou affectées par les maladies ?	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Oui

2.1.3. Connaissances et expériences des membres concernant les questions transversales

<p>Renforcement des systèmes de santé</p> <p>Le Fonds mondial reconnaît que des faiblesses du système de santé peuvent entraver les efforts de réponse aux trois maladies. Nous encourageons donc les membres à associer aux travaux de la CCM ou de la sous-CCM des personnes (issues du secteur gouvernemental comme du secteur non gouvernemental) ayant des connaissances/expertise en matière de système de santé.</p>
<p>(a) Décrivez la capacité de la CCM (ou sous-CCM) à évaluer l'impact des problèmes du système de santé sur les programmes et les résultats pour les trois maladies, ainsi que son expérience en la matière.</p>
<p>Le CCM de la Tunisie a été créé en juillet 2004 (décret ministériel du 25 mai 2005), afin de présenter une proposition sur le sida au Fonds Mondial. Sa composition initiale a été constituée à partir du comité national de lutte contre le sida qui fonctionne de manière active depuis 1992 et qui comprend des représentants des différents ministères et de la société civile concernés par la lutte contre ce fléau.</p> <p>A l'occasion de la présente proposition sur la tuberculose de nouveaux partenaires expérimentés le domaine de la lutte contre cette maladie (épidémiologistes, cliniciens, biologistes, société civile, universitaires...).</p> <p>D'autre part, la DSSB en tant que PR et responsable du PNLT dispose d'une bonne connaissance du système de santé sur le programme et les résultats pour la tuberculose et le sida.</p>

³ L'Annexe C est celle dans laquelle la CCM (ou sous-CCM) fournit des informations (noms, etc.) sur tous ses membres actuels. Ce document doit obligatoirement être joint à la proposition du candidat. Il est disponible à l'adresse suivante : http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/8/AttachmentC_fr.xls

Sensibilisation aux questions de genre

Le Fonds mondial sait que l'inégalité entre les hommes et les femmes, ainsi que la situation des minorités sexuelles, sont des facteurs d'épidémie importants, et que l'élaboration de programmes nécessite des compétences et une connaissance :

- des méthodologies d'évaluation des écarts liés au genre dans les impacts des maladies et leurs conséquences (y compris les différences hommes/femmes et garçons/filles), ainsi que dans l'accès et l'utilisation des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien ; et
- des facteurs qui rendent vulnérables les femmes et les jeunes filles, ainsi que les minorités sexuelles.

(b) Décrivez la capacité et l'expérience de la CCM (ou sous-CCM) sur les questions de genre, y compris le nombre de membres ayant les connaissances et compétences requises en la matière.

En Tunisie, la femme bénéficie d'acquis considérables dans tous les domaines (politique, économique, social et sanitaire). Dans le domaine de la santé, la femme est au centre des programmes d'éducation sanitaire particulièrement pour la vaccination, la lutte anti diarrhéique, contre les infections respiratoires aiguës, lutte contre la malnutrition...) . Par ailleurs, le niveau des indicateurs de santé ne présentent aucun désavantage pour la femme (Espérance de vie, prévalence et incidence des principales pathologies).

Aussi bien pour la proposition sur le sida que pour cette composante, les critères d'éligibilité ne comporteront aucun aspect discriminant sur le sexe, la religion, et l'opinion politique.

Après l'introduction de nouveaux membres concernés par la tuberculose, le CCM de Tunisie compte 52 membres dont plus de 51% sont issus de la société civile dont 3,8% sont des personnes vivant avec la maladie (PVVIH) et près de 40% sont des femmes dont le rôle est déterminant tant en ce qui concerne la préparation de la requête que sa mise en œuvre.

Le ministre de la santé publique, qui assure la présidence du CCM, veillera au respect de l'approche genre qui représente un choix politique fondamental pour le gouvernement. D'autre part, les deux PR (ONFP pour le sida et DSSB pour la Tuberculose) sont dirigés par deux femmes. IL en est de même pour le PR de la société civile (STMR).

Planification multisectorielle

Le Fonds mondial sait que la planification multisectorielle est importante pour renforcer la capacité des pays à lutter contre les trois maladies.

(c) Décrivez la capacité et l'expérience de la CCM (ou sous-CCM) dans l'élaboration de projets multisectoriels.

Le CCM de Tunisie est constitué de Représentants de différentes institutions concernées par la lutte contre le Sida, à savoir des professionnels de santé, des responsables institutionnels de différents ministères, des représentants d'ONG mais également des personnes vivant avec le VIH/SIDA impliquées dans différentes associations de lutte contre le Sida en Tunisie. A l'occasion de la présente proposition d'autres institutions du secteur gouvernemental et de la société civile ont été intégrées selon une procédure transparente pour contribuer à l'amélioration de la lutte contre la tuberculose dans le pays.

2.2. Recevabilité

2.2.1. Historique de la candidature

"Cochez" l'une des cases du tableau ci-dessous et suivez ensuite les instructions complémentaires correspondant à cette case dans la colonne de droite.

<input checked="" type="checkbox"/>	Demande de financement effectuée dans la série 6 et/ou la série 7 et déclarée comme conforme aux critères minimum de recevabilité.	<input type="checkbox"/> Complétez les rubriques 2.2.2 à 2.2.8 ci-dessous.
<input type="checkbox"/>	Dernière demande de financement antérieure à la série 6 ou déclarée comme non conforme aux critères minimum de recevabilité lors de la dernière demande.	<input type="checkbox"/> En premier lieu, passez à l'Annexe D et complétez-la. (Ne complétez pas les rubriques 2.2.2 à 2.2.4) → Puis complétez aussi les rubriques 2.2.4 et 2.2.8 ci-dessous.

2.2.2. Processus transparent d'élaboration de la proposition

- [Veuillez consulter le document "Clarifications sur les critères minimum concernant les Instances de coordination nationales" pour répondre à ces questions.](#)
- [Les documents relatifs aux informations fournies ci-dessous doivent être joints à la proposition, sous forme d'annexes clairement libellées et numérotées. Veuillez vous reporter à la "Liste de contrôle" figurant à la fin de la rubrique 2.](#)

- (a) Décrivez le(s) processus suivi(s) pour solliciter les candidatures, afin d'éventuellement les intégrer à la proposition, d'un large éventail d'acteurs, de la société civile comme du secteur privé, et aussi bien sur le plan national que sous-national et communautaire. (Si un processus différent a été suivi pour chaque maladie, expliquez chaque processus.)

Aussi bien pour la première proposition sur le sida (série 6) que pour la présente proposition sur la tuberculose (série 8), le processus adopté par le CCM pour solliciter les candidatures d'un large éventail d'acteurs, a été en conformité avec les exigences du Fonds Mondial concernant le respect des critères de recevabilité.

Des réunions du comité de pilotage et du CCM ont donné l'occasion pour discuter la taille du CCM et la diffuser l'information concernant l'intention du CCM de présenter une proposition sur la tuberculose pour la série 8.

Des échanges d'Emails avec les partenaires ont donné également l'occasion pour diffuser l'information sur l'intention du CCM concernant la soumission d'une proposition nationale sur la tuberculose et solliciter les candidatures.

Enfin un appel à proposition dans la presse nationale, dans deux quotidiens de grande diffusion "la Presse et le Renouveau" dans leur publication d'avril 2008 concernant la présente soumission (voir **annexe 1** (doc 1.a, doc 1.b, doc 1.c, doc 1.d, doc 1.e et doc 1.f) à la fin de la rubrique 2.

- (b) Décrivez le(s) processus suivi(s) pour examiner de façon transparente les candidatures reçues pour une intégration éventuelle à cette proposition. (Si un processus différent a été suivi pour chaque maladie, expliquez chaque processus.)

Le même processus a été suivi par le CCM pour examiner de façon transparente les candidatures reçues par le secrétariat du CCM pour une intégration éventuelle à cette proposition.

<p>Un comité de pilotage émanant du CCM représentatif des différents partenaires du secteur gouvernement et de la société civile a été constitué dans l'objectif d'examiner les demandes formulées par les différents partenaires. Il s'est réuni à plusieurs reprises. Ce comité est présidé par le responsable du programme national de lutte contre la tuberculose (voir annexe n°2), à la fin de la rubrique 2.</p>	
<p>(c) Décrivez le(s) processus suivi(s) pour assurer l'implication de personnes et d'acteurs <u>autres que les membres de la CCM (ou sous-CCM)</u> dans le processus d'élaboration de la proposition. <i>(Si un processus différent a été suivi pour chaque maladie, expliquez chaque processus.)</i></p>	
<p>Dans un premier temps, l'appel à propositions a été annoncé dans la presse pour inciter les non membres du CCM à présenter des projets. Dans un deuxième temps, cette proposition a été adressée par mail avec diffusion large ne se limitant pas aux membres du CCM ; elle a été ensuite présentée lors d'une réunion du CCM organisée avec la participation active des membres du CCM ainsi que des non membres qui sont des personnes ressources en matière de tuberculose. Ces personnes ressources ont apporté leur feed back dans l'élaboration de la version définitive de cette proposition. Voir annexe 3 (doc 3 et 1.f) à la fin de la rubrique 2.</p>	
<p>(d) Joignez une version datée et signée du procès-verbal de la ou des réunion(s) pendant laquelle/lesquelles les membres ont décidé des éléments à inclure dans la proposition pour toutes les maladies concernées.</p>	<p>[VOIR Annexe 1 doc 1.e]</p>

2.2.3. Processus de supervision de la mise en œuvre des programmes

<p>(a) Décrivez le(s) processus suivi(s) par la CCM (ou sous-CCM) pour superviser la mise en œuvre des programmes.</p>	
<p>La gestion des programmes sera assurée par les PR identifiés sous la supervision du CCM conformément aux directives du FM. Les PR travailleront sur la base des plans d'actions détaillés et confieront à des Sous PR des paquets d'interventions spécifiques en accord avec le CCM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • les plans d'action seront soumis d'une manière systématique au CCM pour approbation <p>Comme pour le sida une unité de gestion chargée d'assurer le suivi de l'exécution du programme Tuberculose sera mise en place au sein de la DSSB en tant que PR du secteur gouvernemental, (voir annexe n° 4 (doc 4 et doc 1..b en fin de la rubrique 2) sachant que l'arrêté ministériel doc 4.a sera actualisé en tenant compte de la nouvelle composition du CCM élargi. Des sous comités de suivi et évaluation et de finance seront mis en place au sein du comité de pilotage chargé de l'élément tuberculose. (voir annexe 5 doc 1.a en fin de la rubrique 2)</p> <p>De même un plan de Suivi-Evaluation intégrant les activités des PRs (tuberculose) permettra le suivi de la mise en œuvre des activités. Des activités de supervision seront mises en œuvre par les membres du CCM selon des périodicités prédéfinies.</p> <p>D'autre part, les membres du CCM pourront également solliciter à tout moment les PR et les Sous PR pour des clarifications. Les revues internes annuelles et les évaluations externes menées avec les partenaires contribueront à l'évaluation du programme pour assurer une transparence au niveau de l'utilisation des ressources du fonds.</p>	
<p>(b) Décrivez le(s) processus suivi(s) pour assurer l'implication d'acteurs <u>autres que les membres de la CCM (ou sous-CCM)</u> pendant la supervision continue de la mise en œuvre des programmes.</p>	
<p>Des non membres du CCM seront invités à prendre part aux revues internes annuelles et les évaluations externes menées avec les partenaires seront élargies dans le but d'assurer une meilleure efficacité et une transparence au niveau du processus d'évaluation</p>	

2.2.4. Processus de sélection du ou des Récipiendaire(s) Principal (aux)

Le Fonds mondial recommande aux candidats de sélectionner des Récipiendaires principaux du secteur gouvernemental ainsi que non gouvernemental pour gérer la mise en œuvre des programmes. → [Reportez-vous aux Directives de la série 8](#), pour plus d'explications sur les principes.

<p>(a) Décrivez le processus suivi pour sélectionner de façon transparente et documentée de chaque Récipiendaire principal désigné dans cette proposition. <i>(Si un processus différent a été suivi pour chaque maladie, expliquez chaque processus.)</i></p>	
<p>Comme pour la proposition sur le sida, le CCM lors de la réunion du 05/06/2008 a lancé un appel à candidature pour être PR dans cette proposition, tout en retenant la recommandation pour la 8ème série du Fonds Mondial du financement à deux voies. Le choix des PR a été effectué selon un vote faisant participer tous les membres du CCM présents (voir doc 1.e de l'annexe1 en fin de la rubrique 2).</p>	
<p>(b) Joignez la version datée et signée du procès-verbal des réunion(s) pendant lesquelles les membres ont désigné le Récipiendaire principal (ou les Récipiendaires principaux) pour chaque maladie.</p>	<p><i>[voir doc 1.e de l'annexe 1]</i></p>

2.2.5. Récipiendaires Principaux

Nom	Maladie	Secteur**
Office National de la Famille et de la Population (ONFP)	VIH	Gouvernement
Direction des Soins de Santé de Base (DSSB)	Tuberculose	Gouvernement
Société Tunisienne des Maladies Respiratoires (STMR)	Tuberculose	Organisations non gouvernementales (ONG) et communautaires
<i>[utilisez la touche de tabulation pour ajouter des lignes si nécessaire]</i>		

** Choisissez un "secteur" parmi les propositions données à la rubrique 2.1.1 des [Directives de la série 8](#).

2.2.6. Absence de mise en œuvre d'un financement à deux voies

Fournissez une explication, ci-dessous, pour justifier la non désignation d'au moins un Récipiendaire principal du secteur gouvernemental et un Récipiendaire principal du secteur non gouvernemental pour chaque maladie dans cette proposition.

SANS OBJET

2.2.7. Gestion des conflits d'intérêts

(a) Le Président et/ou le Vice-président de la CCM (ou sous-CCM) appartiennent-ils à la même entité que l'un des Récipiendaires principaux désignés dans cette proposition pour les différentes maladies ?	<input type="checkbox"/> Oui Précisez ci-dessous
	<input type="checkbox"/> Non → prenez à la rubrique 2.2.8.
(b) Si oui, joignez le plan de gestion des conflits d'intérêt actuels et potentiels.	<input checked="" type="checkbox"/> Oui [voir Annexe n°7 en fin de la rubrique 2]

2.2.8. Approbation de la proposition par les membres

Annexe C - Précisions sur les membres et signatures	<p>L' "Annexe C" a-t-elle été complétée avec la signature de tous les membres de la CCM (ou sous-CCM) ?</p> <p>Remarque : un membre du CCM représentant l'Association Tunisienne de Lutte contre le Sida (ATLS) n'a pas signé dans l'annexe C. Selon cette association, la représentante de l'ATLS est actuellement en dehors de la Tunisie.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Oui
--	--	---

Liste de contrôle des rubriques 1 et 2 de la proposition

Rubrique 2 : Recevabilité	Nom et numéro d'annexe
Candidats CCM	
2.2.2 (a)	<p>Documentation complète sur les processus suivis pour <u>inviter</u> les demandes d'intégration éventuelle dans la proposition (si différents processus sont suivis pour chaque maladie, joignez des annexes distinctes).</p> <p>Annexe1 : <i>Doc. 1.a :</i> PV comité de pilotage CCM (11 et 18 Mars 2008) <i>Doc. 1.b :</i> PV du CCM du 3 Avril 2008 <i>Doc. 1.c :</i> Copie des annonces sur les journaux <i>Doc. 1.d :</i> Copie des délégations de pouvoir concernant les changements des membres CCM ainsi que l'intégration des nouveaux membres TBC (ONG). <i>Doc. 1.e :</i> PV du CCM du 5 juin 2008 <i>Doc. 1.f :</i> Mail transmis pour recueillir les commentaires et les propositions d'un large éventail de partenaires</p>
2.2.2 (b)	<p>Documentation complète sur les processus suivis pour <u>examiner</u> les demandes d'intégration éventuelle dans la proposition (si différents processus sont suivis pour chaque maladie, joignez des annexes distinctes).</p> <p>Annexe 2: Rapport du comité de pilotage chargé d'examiner les projets de proposition sur la Tuberculose.</p>
2.2.2 (c)	<p>Documentation complète sur les processus suivis pour assurer la contribution d'un large éventail de partenaires dans le processus d'élaboration de la</p> <p>Annexe 3 : <i>Doc.3 :</i> Copie de la liste des participants</p>

	proposition.	aux réunions du CCM (annexe C comportant les membres et les non membres) <i>Doc. 1.f</i> : Copie du mail transmis pour recueillir les commentaires et les propositions d'un large éventail de partenaires
2.2.3 (a)	Documentation complète sur les processus de supervision de la mise en œuvre des subventions par la CCM (ou sous-CCM).	<u>Annexe 4</u> : <i>Doc.4</i> : Arrêté ministériel du 25 Mai 2005. <i>Doc. 1.b</i> : PV du CCM du 3 Avril 2008
2.2.3 (b)	Documentation complète sur les processus suivis pour assurer la contribution d'un large éventail d'acteurs dans le processus de supervision de la subvention.	<u>Annexe 5</u> : <i>Doc. 1.a</i> : PV comité de pilotage du 11 et 18 Mars 2008 concernant la mise en place de deux sous comité suivi/évaluation et finance
2.2.4 (a)	Documentation complète sur les processus suivis pour sélectionner et désigner le bénéficiaire principal (notamment les procès-verbaux des réunions de la CCM au cours desquelles le/les PR a/ont été désigné(s)). Si différents processus ont été suivis pour chaque maladie, expliquez.	<u>Annexe 6</u> : <i>Doc. 1.e</i> de l'annexe 1
2.2.7	Procédures documentées pour la gestion des conflits d'intérêts éventuels entre le(s) bénéficiaire(s) principal(aux) et le président ou vice-président de l'Instance de coordination.	<u>Annexe 7</u> : Procédure écrite sur la gestion des conflits d'intérêts en PR (gouvernemental) et le secrétariat du CCM appartenant à la même entité (MSP)
2.2.8	Procès-verbal de la réunion au cours de laquelle la proposition a été élaborée et approuvée par la CCM.	<u>Annexe 8</u> : <i>Doc. 1.e</i> de l'annexe 1
2.2.8	Approbation et signature de la proposition par tous les membres de la CCM.	<u>Annexe C du Formulaire de proposition</u>

SÉRIE 8 - Tuberculose

SÉRIE 8 - Tuberculose

3. RÉSUMÉ DE LA PROPOSITION

3.1. Durée de la proposition	Date de début prévue	Jusqu'à
Mois et année : (jusqu'à 5 ans)	Janvier 2009	Décembre 2013

3.2. Consolidation des subventions (a) La CCM (ou sous-CCM) souhaite-t-elle consolider une ou plusieurs subvention(s) Tuberculose du Fonds mondial existante(s) avec la proposition Tuberculose de la série 8 ?		<input type="checkbox"/> Oui (passez d'abord au point (b) ci-dessous)
		<input checked="" type="checkbox"/> Non (passez à la rubrique 3.3. ci-dessous)
<p>'Consolidation' se rapporte à la situation dans laquelle plusieurs subventions peuvent être combinées pour former une subvention unique. La politique du Fonds mondial l'autorise si le même Récipiendaire principal ("PR") gère déjà au moins une subvention pour la même maladie. Une proposition prévoyant plus d'un PR peut envisager de consolider une partie de la proposition de la série 8.</p> <p>→ Pour des informations plus détaillées sur la consolidation des subventions (et l'analyse de certains des avantages et domaines à prendre en compte), rendez-vous sur : http://www.theglobalfund.org/fr/apply/call8/other/#5</p>		
(b) Si oui, quelles subventions doivent être consolidées avec la proposition de la série 8 après approbation par le Conseil ? (Fournissez une liste du/des numéro(s) de subvention concerné(s))		

3.3. Alignement de la planification et des cycles fiscaux

Décrivez comment la date de début de la proposition:

- (a) permet l'alignement sur la planification, la budgétisation et le cycle fiscal nationaux ; et/ou
- (b) dans les cas de consolidation de subvention, améliore l'alignement de la planification, de la mise en œuvre et des efforts de reporting.

En Tunisie, le Ministère du Développement économique, en collaboration avec les autres secteurs, élabore des plans quinquennaux. Actuellement, le pays est à son onzième plan quinquennal 2007- 2011. Ces plans quinquennaux tracent les grandes orientations du pays durant les cinq prochaines années, y compris les actions à entreprendre en ce qui concerne la santé de la population tunisienne. Toutefois, les budgets alloués aux différents programmes de santé, dont celui de la lutte contre la tuberculose, sont discutés et octroyés chaque année. De ce fait, la période relative à la demande de la subvention (2009-2013) peut être considérée comme compatible avec les cycles fiscaux du pays, d'autant plus que la lutte contre la tuberculose s'étalera au delà de 2011 et sera certainement retenue dans le douzième plan 2012-2016.

3.4. Approche axée sur programme pour la tuberculose

3.4.1. La planification et le financement de la réponse du pays à la tuberculose s'intègrent-ils dans une approche axée sur un programme ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui. Répondez à la rubrique 3.4.2
	<input type="checkbox"/> Non. → Passez à la rubrique 3.5.

SÉRIE 8 - Tuberculose

3.4.2. Si oui, cette proposition prévoit-elle que tout ou partie du financement demandé soit versé à un dispositif de financement commun pour soutenir cette approche ?	<input type="checkbox"/>	Oui → Complétez la rubrique 5.5 comme rubrique supplémentaire pour expliquer les opérations financières du dispositif de financement commun.
	X	Non. Ne complétez pas la rubrique 5.5

SÉRIE 8 - Tuberculose

3.5. Résumé de la proposition Tuberculose de la série 8

Fournissez un résumé de la proposition Tuberculose détaillée à la rubrique 4.

Dés les années 1998-1999, la Tunisie a achevé un taux de détection de cas à frottis positifs de plus que 70% (entre 81-100%), et taux de succès du traitement de plus que 85% (entre 90-92%). Cependant, le taux de cas déclarés (toutes formes confondues) a été stagnant autour de 20 par 100,000 habitants durant la même période. En plus, le nombre estimé de cas observe une tendance à la hausse (+1.6% en 2006). Selon les estimations publiées dans le rapport mondial de l'OMS en 2006, durant la période 2004-2006, l'incidence a augmenté de 22 à 25/100 000, la prévalence de 24 à 28 par 100,000 habitants et le taux de mortalité de 2 à 3/100,000 habitants. Cela n'est pas conforme avec les notions épidémiologiques, qui avec un taux de dépistage d'au moins de 70% et un taux de succès de 85% des cas dépistés, prévoient une diminution du nombre de cas. Maintenir cette situation ne permettra pas à la Tunisie de réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose en 2015 par rapport à celles de 1990.

La dernière enquête de prévalence de la résistance des médicaments antituberculeux en 2002 a montré une prévalence de 1,14% parmi les nouveaux cas et 31% parmi les retraitements. En 2006, la prévalence estimée de la tuberculose multi-résistante a augmenté, se situant à 2,7% et 36%, respectivement.

Cette situation est due en majeure partie à des lacunes dans l'implantation de la stratégie halte à la tuberculose concernant la prévention et la prise en charge de la tuberculose multi-résistante, ainsi qu'à la réduction de l'incidence de la maladie dans les populations à haut risque, notamment chez les sujets contacts (environ 10 000 par an), les prisonniers (environ 30 000 par an), le personnel de santé exposé (1000 dans les structures de santé), associé à un délai relativement long pour le dépistage parmi les suspects de tuberculose fréquentant les centres de santé de base (estimés à 8800).

Afin d'améliorer le dépistage dans ces populations cibles, une amélioration du réseau de laboratoires s'impose. Ce dernier souffre de plusieurs lacunes, tant au niveau de l'infrastructure et des équipements, qu'au niveau du personnel (effectif et formation) et de l'assurance qualité. Une meilleure gestion des médicaments doit aussi être assurée pour éviter les ruptures de stock. Le système de Suivi et Evaluation doit être renforcé ainsi que la recherche opérationnelle.

En effet, les données du rapport annuel qui ont été soumises à l'OMS en 2008 ont montré que l'Etat a financé certaines activités du programme comme l'achat des médicaments de première ligne, et les salaires du personnel en exercice, mais il n'a pas pu financer toutes les activités de gestion du programme, de supervision, du diagnostic, de prévention et de prise en charge de la tuberculose multi-résistante.

Quant aux autres prestations qui font partie de la stratégie halte à la tuberculose telles que l'amélioration du dépistage parmi les suspects de tuberculose fréquentant les centres de santé de base (PAL) et parmi les groupes à haut risque, elles n'ont pas été du tout financées par l'Etat. La prestation de ces services contribuerait à une réduction de l'incidence de la maladie dans le pays.

L'appui du fonds mondial est demandé dans le but de financer les activités permettant de remédier à ces lacunes. Pour cet effet, le but, les objectifs et les domaines de prestation de services suivant ont été définis:

Le but de cette proposition est de réduire l'incidence de la tuberculose et d'atteindre les objectifs du partenariat halte à la tuberculose pour 2015, qui consistent à réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose par rapport aux valeurs de référence de 1990, et à renforcer les progrès pour éliminer la maladie par 2050. Continuer à dépister au moins 70% des cas de tuberculose de frottis positifs existants et traiter avec succès au moins 85% des cas de tuberculose de frottis positifs dépistés, sont aussi les buts que le programme national a achevé et vise à maintenir durant la période de la proposition.

Objectif 1 : Renforcer la stratégie DOTS, en améliorant l'accessibilité au diagnostic et au traitement afin de cibler les MDR-TB et les populations à haut risque

- DPS1.1 Renforcement du réseau de laboratoires dans le pays
- DPS1.2 Renforcement de la gestion des médicaments pour améliorer l'accessibilité des patients au traitement
- DPS1.3 Renforcement du système de suivi et d'évaluation et évaluer l'impact

SÉRIE 8 - Tuberculose

Objectif 2 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose multi résistante.

- DPS2.1 Dépistage et prise en charge des malades de tuberculose multi résistante.

Objectif 3 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose chez les populations à haut risque.

- DPS 3.1 Dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez les sujets contacts.
- DPS 3.2 Dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez les prisonniers.
- DPS 3.3 Prévention, dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez le personnel de santé exposé

Objectif 4 : Lutter contre la co-infection TB/VIH

- DPS 4.1 Surveillance de l'infection VIH chez les patients tuberculeux. (Voir tableau)

Objectif 5 : Renforcer l'implication du système de santé dans les activités relevant de la lutte anti tuberculeuse, notamment dans le domaine de la détection des cas et de la prise en charge

- DPS 5.1 Mise en œuvre de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR ou PAL) au niveau des centres de santé de base

Objectif 6 : Développer la recherche dans le domaine de la lutte antituberculeuse

- DPS 6.1 Résolution des problèmes du programme par la recherche opérationnelle
- DPS 6.2 Renforcement des capacités de recherche du personnel du PNLT

Indicateurs d'impact

- Incidence de 25/100,000 à 20.4/100,000 habitants en 2013 ; utilisant le taux de cas déclarés après la certification du système de surveillance.
- Prévalence de 28/100,000 en 2006 à 22.9/100,000 habitants en 2013 ; estimée d'après l'incidence obtenue du système de surveillance ;
- Mortalité de 3/100,000 en 2006 à 2/100,000 habitants en 2013 ; d'après les données du système de surveillance.

PR

Le CCM a désigné la DSSB et la Société Tunisienne des Maladies Respiratoires comme 2 récipiendaires principaux.

Le Budget total sur 5 ans est de US\$ 7,118,603, réparti comme suit; AN1 US\$ 2,628,393; AN2 : US\$ 1,329,676; AN3 : US\$ 1,042,260; AN4 : US\$ 1,080,912 ; AN5 : US\$ 1,037,362. Les catégories de coût sont réparties comme suit: produits et équipements médicaux (35,6%), ressources humaines (11,3%), infrastructures et autres équipements (2,8%), médicaments (4,2%), soutien humain aux patients (6,7%), formation (10,4%), gestion des achats (0,0%), assistance technique et de gestion (4,2%), matériel de communication (0,4%). La planification et l'administration de la proposition représentent 11,9%, et suivi et évaluation (12,5%).

4. DESCRIPTION DU PROGRAMME

4.1. Stratégie et programmes nationaux

(a) Résumez brièvement :

- la stratégie et le programme nationaux actuels de lutte contre la tuberculose ;
- en quoi la stratégie est-elle la meilleure réponse à la situation épidémiologique actuelle du pays ; et
- l'amélioration des résultats attendus, en matière de lutte contre la tuberculose, grâce à cette stratégie ou ces programmes.

La lutte contre la tuberculose est organisée dans le cadre du programme national de lutte antituberculeuse (PNLT). Les objectifs du PNLT sont de réduire l'incidence de la maladie – conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement – et atteindre les objectifs du Partenariat Halte à la Tuberculose pour 2015, à savoir réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose par rapport aux valeurs de référence de 1990.

Les objectifs intermédiaires sont de continuer à dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive existants, et continuer à traiter avec succès au moins 85% des cas de tuberculose à microscopie positive dépistés.

La lutte anti-tuberculeuse est organisée selon quatre niveaux : **Le niveau périphérique** est constitué de 2076 centres de santé de base. Ils sont chargés du dépistage bactériologique des cas de tuberculose pulmonaire parmi les consultants suspects de tuberculose et les contacts des malades, l'envoi des malades dépistés ou des malades suspects à la consultation externe régionale de pneumophysiologie, et

SÉRIE 8 - Tuberculose

la distribution des médicaments aux malades en traitement ambulatoire. Ils sont aussi chargés de suivre la régularité du traitement grâce à la bonne tenue du registre de traitement ambulatoire. Des rapports mensuels sont envoyés de ce niveau au niveau régional.

Le niveau local comprend : 105 hôpitaux de circonscriptions et 42 laboratoires de bacilloscopies. Il est chargé des activités suivantes : l'examen bactériologique des crachats, la supervision du niveau périphérique, la conduite des enquêtes épidémiologiques, la récupération des défailants, ainsi que la coordination à l'échelle de la circonscription.

Le niveau régional comprend dans chaque région (24 gouvernorats) au moins une consultation externe de pneumophtisiologie (dispensaire anti-tuberculeux DAT, et/ou consultation externe dans un hôpital régional et/ou dans un C.H.U, 7 laboratoires de culture, des pneumophtisiologues ou à défaut un médecin coordinateur du DAT. Les dispensaires constituent les unités de gestion de base de la lutte antituberculeuse où le registre de la tuberculose est tenu.

La coordination de la gestion, de la supervision et de l'évaluation du programme à l'échelle régionale, et la formation du personnel de la région sont assurées à ce niveau.

Le niveau régional est responsable de la consultation recours et la confirmation du diagnostic, de la prescription du traitement, de l'hospitalisation des malades, de la supervision de la prise des médicaments par les malades, de la déclaration des nouveaux cas, du contrôle périodique chez les malades en traitement ambulatoire, des enquêtes épidémiologiques, et du rappel des défailants.

Le niveau central comprend l'unité de L.A.T de la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) assistée par la commission nationale de lutte antituberculeuse. L'unité LAT est chargée des fonctions suivantes: La conception, la planification, la supervision, l'évaluation, la gestion et la coordination du programme à l'échelle nationale, la formation du personnel médical et paramédical impliqué dans le programme en collaboration avec les C.H.U, et le laboratoire national de référence.

En dehors du programme national, les hôpitaux généraux, les structures de santé des autres ministères (prisons, intérieur, forces armées) participent au diagnostic et réfèrent les malades au programme national pour être traités, en raison de la gratuité des soins assurée par le PNLT.

La stratégie du dépistage consiste en l'identification des malades suspects de tuberculose pulmonaire parmi les consultants en première ligne en se basant sur les signes de suspicion de la maladie, et chez les groupes à risque. En plus, les sujets contacts examinés sont sensibilisés pour revenir consulter en cas d'apparition des signes évocateurs de la maladie (selon le guide du dépistage de la tuberculose chez les contacts).

Le réseau de laboratoires est constitué de 66 laboratoires de bacilloscopie, (24 dans les dispensaires de lutte contre la tuberculose au niveau régional et 42 au niveau périphérique). Il existe aussi 7 laboratoires de culture dans le pays, dont 4 pratiquent les tests de sensibilité. Il a été retenu de désigner le laboratoire d'Ariana comme laboratoire national de référence ; de même, le laboratoire d'hygiène de Sfax et celui de Sousse seront des laboratoires intermédiaires de la lutte antituberculeuse.

Le système d'assurance externe de qualité CEQ n'est pas systématiquement appliqué dans ce réseau.

Dans le cadre des activités de collaboration **TB/VIH**, le test VIH est proposé à chaque tuberculeux présentant des facteurs de risque pour le VIH. Le traitement préventif par le co-trimoxazole est prescrit pour les TB/VIH, et ARV pour les patients éligibles. Les personnes infectées par le VIH et ayant une intradermo- réaction à la tuberculine (IDR) positive sont mises sous traitement préventif à base d'isoniazide.

Le dépistage de la tuberculose chez les patients porteurs de VIH se fait au niveau des structures de prise en charge du VIH par la recherche systématique des symptômes de la tuberculose.

Ces activités ont été récemment renforcées grâce au succès de la proposition du programme national de SIDA en Round 6. Cependant, la surveillance de l'infection VIH chez les patients atteints de tuberculose n'a pas été programmée.

Les régimes thérapeutiques utilisés sont en conformité avec les recommandations de l'OMS concernant les catégories I et les MDR, (CAT I : 2EHRZ/4HR; MDR ou CAT IV: 6K,E,Eth,O,Z/18E, Eth,O) , l'ethambutol ayant remplacé la streptomycine en première intention depuis septembre 2007. Pour la CAT II, les tests de sensibilité aux antituberculeux (DST) étant réalisés de façon systématique pour tous retraitement, le traitement CAT I est reconduit puis secondairement adapté aux résultats des DST.

Pour la tuberculose de l'enfant (nouveaux cas), le protocole utilisé est celui de la CATI.

Le traitement est observé durant la phase initiale dans tous les centres de traitement depuis l'introduction de la stratégie DOTS en 1999.

Le consensus pour l'introduction des médicaments antituberculeux en association à doses fixes a été

SÉRIE 8 - Tuberculose

obtenu depuis septembre 2007. Ils seront utilisés à partir de 2009.

L'approvisionnement en médicaments de première ligne est assuré par l'état et les médicaments de 2ème ligne sont acquis à des prix préférentiel grâce à l'approbation du projet soumis au Comité du Feu Vert (Green Light Committee) GLC pour 2006-2008. Les commandes de médicaments ne sont pas effectuées selon les données épidémiologiques.

Des problèmes de réduction du stock des réserves en médicaments ont été rencontrés au cours des dernières années.

Le système de recueil des données utilise le registre de la tuberculose tenu au niveau des DAT, où des rapports trimestriels sont envoyés à l'unité centrale, cependant le nouveau système d'enregistrement et de notification (revised Recording & Reporting) n'est pas encore introduit. Le système n'est pas encore informatisé aux différents niveaux du programme.

Les activités de **supervision** n'ont pas été régulières en raison du manque en ressources humaines et en moyens logistiques et financiers mis à la disposition du programme.

En vue d'intégrer les nouvelles composantes de la stratégie Halte à la Tuberculose, un guide de supervision nécessite d'être élaboré.

Au-delà du DOTS, **l'approche pratique de la santé respiratoire** (APSR ou PAL) a été introduite dans le cadre d'un projet pilote en 2004 avec l'élaboration de directives techniques et la réalisation d'une étude de faisabilité et qui est appelée à être généralisée suite à l'élaboration d'un plan de généralisation. PAL a tardé à se généraliser par manque de moyens financiers. Sa généralisation progressive dans le cadre du programme du Fonds Mondial - R8 permettrait de maintenir et d'améliorer le taux de détection des nouveaux cas au même titre que la prise en charge intégrée des maladies respiratoires notamment l'asthme et les BPCO.

L'enseignement théorique et pratique du PNLT a été intégré dans le cursus des études médicales et paramédicales conformément aux recommandations de l'atelier OMS de Rome (octobre 1997) avec l'appui de l'OMS.

La sensibilisation au problème de la tuberculose et les activités de plaidoyer par la mobilisation sociale ont été limitées à la diffusion de matériel de communication. Mettre en place des actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale est une des interventions du plan stratégique 2008-2015.

Depuis 1999, la stratégie DOTS a été instaurée dans tous les Centres de Santé de Base (CSB). Cette stratégie de lutte anti tuberculeuse présente des points forts: décentralisation, gratuité des actes de dépistage et du traitement, et intégration du dépistage parmi les consultants symptomatiques des centres de santé. Grâce à cette stratégie, le programme a eu des résultats satisfaisants avec un taux de détection de plus de 70% et un taux de succès du traitement de plus de 85% pour les cas détectés. C'est ainsi que le taux de prévalence estimée pour toutes les formes de tuberculose a diminué entre 1990 et 2006, passant de 49 à 28 /100 000 habitants, et l'incidence de 31 à 25/100,000 habitants. Cela indique que cette stratégie était la meilleure réponse pour réduire le fardeau de la tuberculose dans le pays.

Cependant, durant les dernières années (2004-2006), le taux de cas déclarés (toutes formes confondues) a été stagnant autour de 20 par 100 000 habitants, l'incidence estimée a augmenté de 22 à 25/100 000, la prévalence estimée de 24 à 28 par 100 000 habitants et le taux de mortalité de 2 à 3/100 000 habitants. Ces indicateurs montrent que malgré le fait que la Tunisie a atteint les objectifs de 2005, elle risque de ne pas pouvoir atteindre les objectifs du millénaire de développement (OMD) de 2015 en dehors d'un appui à cette stratégie. Le renforcement de cette stratégie dans le cadre de round 8 permettra de rectifier les lacunes qui existent dans l'implémentation de cette stratégie, de réduire le fardeau de la maladie et d'amorcer le progrès vers les objectifs de 2015.

(b) Ne joignez* **que les documents de la liste ci-dessous qui ont un lien direct** avec le champ de la proposition (ou *identifiez le numéro d'une Annexe spécifique de la proposition de série 7, à la date de son dernier envoi ; le Fonds mondial récupèrera ce document dans ses fichiers de la série 7).

Indiquez également la/les page(s) spécifique(s) (desdits documents) qui accompagnent les descriptions de la rubrique 4.1. ci-dessus.

SÉRIE 8 - Tuberculose

Document	Numéro d'annexe de la proposition	Numéros de pages
<input type="checkbox"/> Plan stratégique sectoriel de santé à l'échelon national		
<input checked="" type="checkbox"/> Plan stratégique Tuberculose national à moyen terme	<u>Annexe n° 9</u> Plan stratégique National de lutte contre la tuberculose 2008-2015	1-28
<input checked="" type="checkbox"/> Directives Tuberculose nationales (médicales et laborantines)	<u>Annexe n° 10</u> <i>Guide technique du programme national du PNL T</i>	4-59 et 69-71
	<u>Annexe n° 11</u> <i>Guide technique pour le diagnostic de la tuberculose par microcopie directe (DSSB/GT/LAT/1-83)</i>	2-25
	<u>Annexe n° 12</u> <i>Protocoles thérapeutiques pour le traitement de la tuberculose multirésistante (projet approuvé par GLC 2005)</i>	1-3
	<u>Annexe n° 13</u> <i>Circulaire n34/95 Lutte antituberculeuse en Tunisie.</i>	1-4
<input checked="" type="checkbox"/> Politiques sous-sectorielles importantes qui sont pertinentes pour la proposition (ex. : politique nationale ou sous-nationale de gestion des ressources humaines, ou normes et standards)	<u>Annexe n° 15</u> <i>Plan quinquennal de 2007-2011</i>	1-17
<input checked="" type="checkbox"/> Derniers rapports annuels, examens ou rapports de	<u>Annexe n° 16</u> <i>Revue du programme</i>	2-66

SÉRIE 8 - Tuberculose

<p>mission d'évaluation, y compris tout rapport d'épidémiologie intéressant directement la proposition</p>	<p><i>national de lutte antituberculeuse 1999</i></p> <p><u>Annexe n°17</u> <i>Rapports annuel du PNLT 2006 (version arabe)</i></p> <p><u>Annexe n° 18</u> <i>Analyse de la situation épidémiologique de la tuberculose en Tunisie mai 2008</i></p> <p><u>Annexe n° 19</u> <i>Rapport Global de l'OMS, 2008</i></p> <p><u>Annexe n° 20</u> <i>Tunisia country profile</i></p>	<p>2-10</p> <p>2-16</p> <p>1-29</p> <p>1-2</p>
<p><input type="checkbox"/> Plan national de suivi et d'évaluation (secteur de la santé, spécifique à la maladie ou autre)</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Politiques nationales de respect de l'égalité des sexes dans l'accès aux services de diagnostic, de traitement, de soins et de soutien pour lutter contre la tuberculose, pour toutes les personnes qui en ont besoin</p>	<p><u>Annexe n°21</u> <i>Code du statut personnel</i></p>	<p>5-12</p>

4.2. Contexte épidémiologique

<p>4.2.1. Portée géographique de la proposition</p>		
<p>(a) Les activités ciblent-elles :</p>		
<p><input type="checkbox"/> Tout le pays</p>	<p><input type="checkbox"/> Une ou plusieurs régions spécifiques **Si oui, insérez une carte indiquant la/lesquelle(s)</p>	<p>X Des groupes de population spécifiques **Si oui, insérez une carte indiquant où ces groupes se situent, s'il s'agit d'une zone spécifique du pays</p>

SÉRIE 8 - Tuberculose



(b) Taille du/des groupe(s) de population ciblé(s) dans la série 8			
Groupes de population	Taille de la population	Source des données	Année d'estimation
Population totale du pays (tous âges confondus)	10 149 000	Institut National de la Statistique	2007*
Femmes > 25 ans	2656751	Institut National de la Statistique	2007*
Femmes 19 - 24 ans	628811.4	Institut National de la Statistique	2007*
Femmes 15 - 18 ans	435873.6	Institut National de la Statistique	2007*
Hommes > 25 ans	2582997	Institut National de la Statistique	2007*
Hommes 19 - 24 ans	634154.7	Institut National de la Statistique	2007*
Hommes 15 - 18 ans	450671	Institut National de la Statistique	2007*
Jeunes filles 0 - 14 ans	1340082	Institut National de la Statistique	2007*
Garçons 0 - 14 ans	1419660	Institut National de la Statistique	2007*
Contacts des cas de tuberculose à frottis positifs	10,000	Ministère de la santé	2007

SÉRIE 8 - Tuberculose

Personnel de santé exposé à l'infection	1000	Ministère de la santé	2007
Prisonniers	30,000	Ministère de la justice	2007
Consultants respiratoires des centres de santé de base (CSB)	800,000	Rapport du PAL (30% des consultants des CSB sont des consultants respiratoires)	2004

- Estimation pour l'année 2007 : Le recensement général de la population a eu lieu en 2004.

4.2.2. Épidémiologie de la tuberculose de la/des population(s) cible(s)			
Groupes de population	Nombre	Source des données	Année d'estimation
Nombre estimé de cas de la tuberculose, tous les formes – (population en nombre pour 100 000 (tous âges confondus))	2520	Rapport Global de l'OMS	2006
Patients tuberculeux féminins > 25 ans	635	MDO	2006
Patients tuberculeux féminins 19 - 24 ans	120	MDO	2006
Patients tuberculeux féminins 15 - 18 ans	45	MDO	2006
Patients tuberculeux masculins > 25 ans	992	MDO	2006
Patients tuberculeux masculins 19 - 24 ans	179	MDO	2006
Patients tuberculeux masculins 15 - 18 ans	40	MDO	2006
Patients tuberculeux tous sexes signalés (population en nombre pour 100 000)	21/100 000	MDO	2006
Patients tuberculeux tous sexes positifs au VIH (taux de patients signalés)	0.3%	Rapport Global de l'OMS	2006
Nombre estimé de nouveaux patients tuberculeux à microscopie positive (taux pour 100 000 habitants)	11/100 000	Rapport Global de l'OMS	2006
Nouveaux patients tuberculeux à microscopie positive signalés (taux pour 100 000 habitants)	9.0/100 000	Rapport Global de l'OMS	2006

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.2.2. Épidémiologie de la tuberculose de la/des population(s) cible(s)			
Groupes de population	Nombre	Source des données	Année d'estimation
Taux de détection de nouveaux cas de microscopie positive	81%	Rapport Global de l'OMS	2006
Nombre estimé de cas de tuberculose polypharmacorésistants	38	Rapport Global de l'OMS	2006
Nombre signalé de cas polypharmacorésistants confirmés bactériologiquement	15	MDO	2007
Taux de réussite du traitement des cas à microscopie positive	90%	Rapport Global de l'OMS	Cohorte de malades de 2005

4.2.3. Épidémiologie de la tuberculose de la/des population(s) cible(s)			
Groupes de population	Nombre	Source des données	Année d'estimation
Taux de défaillance de nouveaux cas à microscopie positive	2.1%	Rapport Global de l'OMS	Cohorte de malades de 2005
Nombre estimé de patients tuberculeux féminins jeunes (0 - 14 ans)	73	Estimation basée sur le MDO et rapport globale de la tuberculose	2006
Nombre signalé de patients tuberculeux féminins jeunes (0 - 14 ans)	59	MDO	2006
Nombre estimé de patients tuberculeux masculins jeunes (0 - 14 ans)	75	Estimation basée sur le MDO et rapport globale de la tuberculose	2006
Nombre signalé de patients tuberculeux masculins jeunes (0 - 14 ans)	61	MDO	2006
Nombre estimé de cas parmi les Contacts des cas de tuberculose à frottis positifs	400	Rapports d'études dans d'autres pays de la Région	2007
Personnel de santé	400/100,000	Mémoire de fin d'Etude du Ministère de la santé (Master thesis)	1993-2003

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.2.3. Épidémiologie de la tuberculose de la/des population(s) cible(s)			
Groupes de population	Nombre	Source des données	Année d'estimation
exposé à l'infection			
Prisonniers	280/100,000	Rapport d'une étude faite au Maroc (10 fois la prévalence de la population), des données nationales ne sont pas disponibles.	2007
Nombre de Consultants respiratoires des centres de santé de base (CSB) (les suspects)	880	Rapport du PAL (Selon PAL, les suspects de tuberculose représentent 1.1% des consultants respiratoires i.e 8800, avec une positivité de 10% parmi ces suspects, le nombre de cas de tuberculose est estimé autour de 880)	2004

4.3. Principales contraintes et lacunes/manques

(Pour les réponses aux questions ci-dessous, évaluez les points faibles et les lacunes/manques au niveau gouvernemental, non gouvernemental et communautaire, ainsi que les principales populations affectées⁴ n'ayant pas pour autant facilement accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien associés à la lutte contre la tuberculose, y compris les femmes, les filles et les minorités sexuelles.)

4.3.1. Programme Tuberculose
<p>Décrivez :</p> <ul style="list-style-type: none"> les principales faiblesses de la mise en œuvre de la stratégie ou du programme actuel pour lutter contre la tuberculose en quoi ces faiblesses compromettent les résultats nationaux prévus en matière de lutte contre la tuberculose ; et les lacunes/manques existants dans la prestation de services aux populations cibles.
<p>Introduction</p> <p>Dés les années 1998-1999, la Tunisie a achevé un taux de dépistage de cas à frottis positifs de plus de 70% (entre 81-100%), et un succès de traitement de plus de 85% (entre 90-92%). Cependant, le taux de cas déclarés (toutes formes confondues) a été stagnant autour de 20 par 100 000 habitants durant la même période. En plus, la tendance des cas estimés est à la hausse en 2006 (+1,6%). Selon les estimations publiées dans le rapport mondial de l'OMS en 2006, l'incidence a augmenté de 22 à 25/100 000, la prévalence de 24 à 28 par 100 000 habitants et le taux de mortalité de 2 à 3/100000 habitants durant la période 2004-2006. Cela n'est pas conforme aux notions épidémiologiques qui prévoient qu'avec un taux de dépistage d'au moins de 70% et un taux de succès du traitement de 85% des cas dépistés, une diminution des cas devrait être observée.</p> <p>Maintenir cette situation ne permettra pas à la Tunisie de réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose en 2015 en comparaison à 1990. Donc, des interventions doivent être introduites dans la gestion du programme national afin de changer cette situation. En fait, les données du rapport annuel qui ont été soumises à l'OMS en 2008 ont montré que l'état a financé certaines activités du programme comme l'achat des médicaments de première ligne et les salaires du personnel existant, mais il n'a pas pu financer toutes les activités de la gestion du programme, de la supervision, du diagnostic et de la prévention et la prise en charge de la tuberculose multi-résistante. Quant aux autres services qui sont associés à la stratégie de halte à la tuberculose comme l'amélioration du dépistage</p>

⁴ Veuillez vous reporter à la définition de la rubrique 2 des [Directives de la série 8](#).

SÉRIE 8 - Tuberculose

parmi les suspects de tuberculose fréquentant les centres de santé de base (PAL) et les groupes à haut risque, ils n'ont pas été du tout financés par l'état. Il est prévu que la prestation de ces services achèvera une réduction de l'incidence de la maladie dans le pays. L'appui du Fonds Mondial est demandé pour financer ces lacunes comme détaillé ci-dessous.

Diagnostic bactériologique

Le réseau des laboratoires souffre de plusieurs lacunes, tant au niveau de l'infrastructure et des équipements, qu'au niveau du personnel (effectif et formation) et de l'assurance qualité. Une amélioration du réseau de laboratoires s'impose car l'organisation actuelle et le système d'assurance qualité ne répondent pas aux normes établies par l'OMS.

L'institution d'un laboratoire national de référence n'a jamais pu être officialisée. Il est planifié de désigner le laboratoire de l'Ariana pour être le laboratoire national de référence, et le laboratoire d'hygiène de Sfax et le laboratoire de santé publique de Sousse comme laboratoires intermédiaires de la lutte antituberculeuse. Mais cela n'a pas encore été réalisé. Il n'existe pas de lien entre le laboratoire de l'Ariana et un laboratoire supranational.

Le système d'assurance externe de qualité CEQ n'est pas appliqué dans ce réseau depuis 2002.

Bien que la couverture du réseau de laboratoire de microscopie standard soit satisfaisante (66 laboratoires, indice de couverture 1 laboratoire pour 152 000 habitants), l'état actuel des équipements (microscopes optiques à renouveler, microscopes à immunofluorescence pour les laboratoires à grand débit), et du personnel (nombre et formation) n'est pas optimal.

Concernant les laboratoires de culture, la couverture reste insuffisante. Alors que le nord est et le centre est du pays est bien couvert par 7 laboratoires de culture, le nord ouest et le sud du pays ne sont pas couverts.

Bien qu'un examen microscopique de qualité soit l'élément essentiel de la stratégie DOTS, sur lequel la détection de la tuberculose et la lutte contre la maladie continueront à s'appuyer, il est indispensable de renforcer les services chargés d'effectuer les cultures de *M. tuberculosis* et les tests de sensibilité aux médicaments. L'extension des services de bactériologie dans ce sens permettra d'améliorer le diagnostic des cas de tuberculose à frottis négatif, ce qui est particulièrement important en cas d'infection par le VIH, de tuberculose infantile ou de tuberculose extra-pulmonaire. En Tunisie, les régions du Nord-Ouest et du Sud (à l'exception de Sfax) ne sont pas couvertes par les laboratoires de culture.

La culture en milieu liquide n'est pas encore introduite dans le pays ni les tests rapides de détection de la résistance aux antituberculeux.

La stratégie du programme actuel est d'effectuer **un antibiogramme (DST)** pour tous les cas sous traitement de première ligne qui restent bacillifères après 1 mois de traitement et tous les cas de retraitement.

En plus, le programme vise à introduire un système de surveillance de la résistance aux médicaments anti-tuberculeux afin d'évaluer la situation épidémiologique de la tuberculose multi-résistante, et améliorer sa prise en charge.

Il est donc nécessaire de renforcer les capacités du laboratoire de référence national, de le relier à un laboratoire supranational, d'améliorer l'accès à la culture et d'introduire les tests moléculaires pour le dépistage précoce de la résistance.

L'incidence de la tuberculose ganglionnaire ne cesse d'augmenter. Les causes de cette situation sont mal cernées. Cette forme pourrait être liée à *Mycobacterium bovis*. La prévalence de l'infection tuberculeuse chez les bovins est très importante. Selon les données du ministère de l'agriculture en 2007, le tiers environ des bovins est infecté. L'identification de *M bovis* n'est pas actuellement réalisée d'une manière systématique, le diagnostic bactériologique n'étant pas toujours effectué.

Médicaments antituberculeux

Les médicaments de première ligne sont fournis par l'état. Les commandes de médicaments ne sont pas effectuées selon les règles de calcul du GDF basée sur les données épidémiologiques. Il est à noter qu'il n'a pas été possible au cours des dernières années de maintenir un stock de réserve d'au moins 6 mois au niveau central en raison de la ligne budgétaire consacrée aux médicaments qui n'a pas évolué en parallèle avec l'augmentation des coûts croissants des médicaments.

Les médicaments de 2^{ème} ligne ont été obtenus par le biais du Green Light Committee (2006-2008).

SÉRIE 8 - Tuberculose

Durant la période 2006-2008, l'état a augmenté le financement des médicaments de premières lignes d'US \$290 000 à US \$360 000 du fait de l'augmentation du nombre de cas durant cette période. Cependant, le financement des médicaments de 2ème ligne est resté stable à US\$25 000 durant ces 3 dernières années, malgré l'augmentation des cas prévalents de MDR-TB enregistrés de 35 en 2005 à 42 en 2007. Une rupture de stock pour les médicaments de 2ème ligne a eu lieu en 2006.

MDR-TB

La dernière enquête de prévalence de la résistance des médicaments antituberculeux en 2002 a montré une prévalence de 1,14% parmi les nouveaux cas et 31% parmi les re-traitements. En 2006, la prévalence estimée de la tuberculose multi-résistante a augmenté à respectivement 2,7% et 36%, respectivement. Il n'y a pas de salles spéciales pour la prise en charge des patients de MDR-TB où les mesures de contrôle de l'infection sont appliquées. Il est devenu évident que la prise en charge de la MDR-TB est une des lacunes du programme que l'état ne pourrait pas s'en charger avec les ressources nationales.

Sujets contacts

Les enquêtes de dépistage parmi les sujets contacts ne sont pas exhaustives et sont réalisées de manières très inégales selon les dispensaires anti-tuberculeux (DAT). Lorsque ces enquêtes sont menées, elles ne concernent en général que deux à trois personnes ; ce sont les femmes au foyer qui enregistrent le taux le plus élevé de défaillance, du fait des difficultés de déplacement aux CSB. En 2006, une moyenne de 50% des sujets contacts ont été examinés, avec une variation significative entre les gouvernorats. Le traitement préventif avec INH n'est pas systématiquement prescrit pour les enfants de moins de 5 ans selon les recommandations de l'OMS.

L'incidence de la tuberculose parmi les contacts a été de 500/100,000 parmi les sujets contacts examinés en 2006, mais le taux estimé est de 4000/100,000. Un dépistage exhaustif de ces sujets permettra de réduire la transmission de la maladie dans le pays. Cela pourra être achevé à travers des visites domiciliaires pour les sujets qui ne sont pas accessibles aux services de la tuberculose. La situation actuelle, en tant que personnel et moyen de transport, ne permet pas un bon dépistage ni la prévention de la maladie parmi ces populations à haut risque.

Personnel de Santé

Le personnel de santé représente un groupe à risque d'être infecté par les malades. La prévalence de la maladie entre le personnel de santé est 400/100,000 selon une étude faite en 2004, qui a porté sur la période 1993-2003. Cependant, les mesures de contrôle de l'infection dans les structures de la prise en charge de la tuberculose, en particulier les MDR-TB, ne sont pas suffisants pour prévenir la transmission de l'infection.

Prisonniers

Des études au Maroc ont montré que la prévalence de la tuberculose parmi les prisonniers est à peu près 10 fois la prévalence parmi la population générale. (soit environ 280/100,000 prisonniers). Le personnel de santé des prisons n'est pas bien formé pour le dépistage et la prise en charge de la tuberculose, et les services médicaux des prisons ne sont pas bien supervisés par le programme. En plus, il n'existe pas un système de suivi pour les malades après leurs sorties des prisons pour éviter leur défaillances et pour la prise en charge de leurs sujets contacts.

La co-infection VIH/TB

Les activités de lutte contre la co-infection VIH/TB ont été récemment renforcées grâce au succès de la proposition du programme national de SIDA en Round 6. Cependant, la surveillance de l'infection VIH chez les patients de tuberculose n'a pas été programmée.

Système de santé

L'étude PAL qui a eu lieu en 2004 a montré que 1.1% des consultants respiratoires des centres de santé de base CSB sont des suspects de la tuberculose. Comme il est publié que environ 30% des consultants de ces centres sont des consultants respiratoires, il est estimé que 8800 des consultants de ces centres sont des suspects de la tuberculose. Cependant, plusieurs cas ne sont pas détectés dans ces centres parce que les médecins ne soupçonnent pas la maladie et ne demandent pas le diagnostic nécessaire. L'étude PAL a montré une amélioration significative de la détection des suspects par les médecins des CSB entre l'étude de base et l'étude de l'impact.

L'implantation de PAL devait être réalisée dès 2004 après l'étude de la faisabilité, et le programme a demandé des fonds pour ses activités, mais l'état n'a pas pu les fournir comme l'indique le rapport

SÉRIE 8 - Tuberculose

annuel soumis à l'OMS en 2008. L'implantation de PAL est prévue de réduire le délai dans le dépistage des cas, ce qui, par conséquent, réduira la transmission de l'infection et l'incidence de la maladie dans le pays.

Système de surveillance épidémiologique et mesure de l'impact

Le système de surveillance épidémiologique de la tuberculose souffre de certaines insuffisances au niveau de la gestion des données collectées, liées à la non utilisation d'un système global intégré de gestion des données. Il existe un système de surveillance intégré de toutes les maladies transmissibles à déclaration obligatoire (MDO). Comme ce système ne permet pas de fournir tous les indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation du programme national, il a été complété par le système de rapports trimestriels à partir du registre de l'unité de gestion de base de lutte antituberculeuse à l'échelle du gouvernorat. Cependant il n'existe pas actuellement une intégration parfaite des deux systèmes. Par ailleurs, il n'existe pas de système d'assurance de la qualité des données.

La meilleure réponse à ces lacunes est l'extension de l'informatisation existante du système d'information afin d'obtenir une base de données nominale au niveau central.

Il existe aussi un manque d'effectif et de formation du personnel. Le nombre de personnel au niveau de l'unité centrale du programme n'est pas suffisant pour le suivi et l'évaluation et la supervision des activités du programme. Cette situation entrave une gestion adéquate du programme.

Le taux de détection élevé est en majeure partie due au fait que les médicaments anti-tuberculeux existent seulement dans les centres du PNLT, ce qui fait que les médecins d'autres secteurs réfèrent leurs patients pour être traités par les services du PNLT. Au vu de cette situation, le taux d'incidence fourni par le système de surveillance peut être utilisé pour mesurer l'impact au lieu d'utiliser les estimations de l'OMS et une revue du système de surveillance aura lieu pour certifier le système après son renforcement.

Le système de recueil des données mis en place en 1997 doit être révisé pour inclure les nouvelles composantes de la stratégie Halte à la Tuberculose introduites par le programme.

Les activités de supervision n'ont pas été régulières en raison du manque en ressources humaines et en moyens logistiques et financiers mis à la disposition du programme.

La recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle vise en majeure partie à trouver des solutions pour améliorer la gestion du programme et réduire la transmission de l'infection. Fautes de fonds, le PNLT n'a pas pu faire des recherches selon la stratégie halte à la tuberculose.

4.3.2. Système de santé

Décrivez les principales faiblesses et/ou lacunes/manques du système de santé affectant les résultats en matière de lutte contre la tuberculose.

La description peut aborder :

- les problèmes communs à la programmation et à la prestation de services relatifs au VIH, à la tuberculose et au paludisme ; et
- les problèmes concernant le système de santé et les résultats en matière de lutte contre la tuberculose (par ex : APSR), mais peut-être pas la programmation et la prestation de services relatifs au paludisme et à la tuberculose.

Les contraintes majeures peuvent être résumées selon la classification de l'OMS des 6 composantes du système de santé :

1. **Leadership et Gouvernance:** Les prestations de soins en Tunisie sont fournies par une variété de secteurs: secteur public du ministère de la santé, secteur privé, services de santé du ministère de la défense et des forces armées, services pénitenciers, services du ministère de l'intérieur. Le ministère de santé publique est le principal fournisseur de soins ; cependant le

SÉRIE 8 - Tuberculose

secteur privé connaît actuellement un développement important.

La diversité des prestataires implique un besoin important de coordination et d'harmonisation qui n'est pas totalement effectué par le ministère de la santé. Cela influence la gestion des différents programmes y compris la tuberculose.

2. **Financement** : L'état finance en majeure partie les médicaments et les salaires du personnel de santé. Le système de protection sociale ne couvre pas les prestations à caractères préventifs qui restent à la charge de l'état. En conséquence, le PNLT a eu des contraintes à réaliser toutes les composantes de la stratégie de lutte contre la tuberculose, comme PAL, faute de fonds.

3. **Ressources Humaines:**

Il y a des disparités en matière de distribution des médecins entre rural / urbain, est et ouest ; un problème d'instabilité du personnel de santé formé ce qui représente un fardeau supplémentaire pour les programmes en matière de formation ; et un déséquilibre au détriment du milieu rural et de l'ouest.

Le personnel souffre d'un manque de formation dans plusieurs domaines, y compris le diagnostic de la tuberculose et son épidémiologie. Les capacités pour assurer les activités de monitoring et de supervision pour la lutte antituberculeuse sont actuellement limitées, en raison d'un manque de personnel formé et qualifié pour ce genre de tâches. Ces limites existent tant au niveau régional, qu'au niveau central.

Il n'existe pas un plan national pour le développement des ressources humaines. Cette situation influence la lutte antituberculeuse et la bonne gestion du programme.

4. **Informations sanitaires**

Le système de gestion des données et des informations sanitaires n'est pas assez développé pour bien gérer les informations sanitaires et assurer une mise à jour opportune des informations et une diffusion effective des informations aux différents intervenants.

La collecte des données souffre d'un manque manifeste de coordination entre les différentes institutions. Certaines institutions ont créé leur propre système de collecte et de gestion des données. Par conséquent, il existe une duplication au niveau de certaines activités et un manque d'informations dans certains domaines. Le système de surveillance du PNLT n'est pas totalement intégré dans le système de surveillance du pays et n'est pas totalement informatisé. Il existe un manque de communication entre les différents centres du PNLT, dû au manque de connexions à l'internet. La recherche dans le domaine du système de santé en général, et le programme de la lutte antituberculeuse en particulier, est presque négligeable.

5. **Produits médicaux et technologie** :

Le système d'acquisition et de gestion de stocks, tant au niveau de certaines fournitures, qu'au niveau des médicaments, n'est pas suffisamment performant et il mérite d'être amélioré.

Il existe un manque de moyens de transport pour mieux cibler les zones les plus défavorisées ; celles qui sont les plus à risque pour plusieurs problèmes de santé en général et pour la tuberculose en particulier. Ce manque de moyens de transports affecte les différentes activités du PNLT.

6. **La prestation des services de santé** : Il existe un manque de laboratoires de microbiologie dans les régions. Il existe aussi un problème de qualité des services. Le dépistage des cas de tuberculose dépend de la formation des médecins, de la qualité du diagnostic et le succès du traitement dépend de la qualité des médicaments ainsi que du traitement directement observé par le personnel de santé. Toutes ces activités souffrent de lacunes ce qui influence la qualité des services.

4.3.3. Efforts pour répondre aux faiblesses et lacunes/manques du système de santé

Décrivez les mesures prises, et par qui, pour répondre aux faiblesses et lacunes/manques affectant les résultats en matière de lutte contre la tuberculose.

Le renforcement du système de santé est une des priorités du Ministère de Santé. Selon le plan

SÉRIE 8 - Tuberculose

quinquennal 2007-2011, apart les services de la lutte antituberculeuse qui existent déjà dans le pays comme l'approvisionnement des médicaments, 200 patients de tuberculose auront des tests de sensibilité par an, les visites de supervision augmenteront de 100 à 120 par an, et le nombre de médecins formés pour PAL augmentera de 73 à 140 médecins jusqu'à 2011. Les efforts suivants sont des mesures qui vont être pris pour répondre aux faiblesses et lacunes du système de santé qui affectent les résultats de la lutte contre la tuberculose.

1-Leadership et Gouvernance:

Le plan quinquennal 2007-2011 vise à obtenir une meilleure adhésion des médecins du secteur privé dans la lutte contre la tuberculose, dans le but de réduire le retard dans la détection des cas afin de réduire l'incidence de la maladie.

2-Financement : Le démarrage effectif du nouveau système national d'assurance maladie, offrirait à la population un meilleur choix relatif du médecin et on s'attendrait à un meilleur accès aux soins pour la très grande majorité de la population. Le ministère de la santé maintiendrait le financement de toutes les prestations à visée préventive, avec pour la tuberculose le maintien de la gratuité des actes et du traitement.

3-Ressources Humaines:

Le plan quinquennal 2007-2011 prévoit de :

- renforcer les ressources humaines en qualité et en quantité particulièrement au niveau intermédiaire et périphérique.
- renforcer le système de santé en veillant à la disponibilité locale des compétences.

4- Information sanitaire :

Le plan quinquennal 2007-2011 prévoit de :

- renforcer le système de santé en améliorant le système d'information, la surveillance épidémiologique et enfin de fournir un appui institutionnel au niveau central de la PNLT.
- promouvoir la prévention à travers l'éducation pour la santé, la promotion de l'hygiène et la participation communautaire.

Pour la lutte contre la tuberculose, les principaux renforcements incluent la modernisation du système de gestion des données à travers l'usage d'un système informatique adapté, qui facilitera les activités de suivi et évaluation et améliorera la qualité des données.

Le système de santé a retenu la tuberculose parmi les priorités nationales de recherche. La conduite de recherches opérationnelles est fondamentale pour déterminer comment améliorer l'accès à un diagnostic précis et à un traitement adéquat à travers la stratégie DOTS. Les recherches opérationnelles permettraient de développer les activités d'évaluation, de promouvoir le processus de planification rationnelle, et une meilleure organisation des prestations de soins.

5-Produits médicaux et technologie :

Pour la lutte contre la tuberculose, les principaux renforcements incluent l'amélioration du diagnostic bactériologique dans le but d'augmenter la couverture de la population.

6-La prestation des services de santé :

Ce système présente des points forts au niveau de l'accessibilité aux soins de base, facilitant les activités de détection et la prise en charge des patients si l'utilisation de ce réseau est optimale. La gratuité du dépistage et du traitement de la tuberculose est un acquis pour le PNLT. La décentralisation figure parmi les opportunités de ce système.

Pour la lutte contre la tuberculose, les principaux renforcements incluent l'obtention d'une meilleure adhésion des médecins du secteur privé dans la lutte contre la tuberculose et améliorer l'accès des soins de qualité à toutes les franges de la population en veillant à la correction des disparités entre les régions.

En même temps, le système de santé se propose d'étendre la stratégie PAL pour une meilleure prise en charge des malades présentant une symptomatologie respiratoire. Cette approche permettrait une meilleure détection des cas de tuberculose dans les centres de santé de base ; elle permettrait également une réduction du taux de référence de ces malades aux médecins spécialistes, et une moindre consommation d'antibiotiques et d'autres médicaments adjuvants. Cette approche permettrait également une meilleure formation du personnel exerçant en première ligne.

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.4. Priorités de la série 8

Remplissez les tableaux ci-dessous sur la base de la couverture du programme (et non de données financières) pour trois à six domaines identifiés par le candidat comme interventions prioritaires pour la proposition. Assurez-vous que le choix des priorités est cohérent avec l'épidémiologie actuelle de la tuberculose et les faiblesses et lacunes/manques identifiées à la rubrique 4.3.

Note : tous les besoins liés au renforcement des systèmes de santé qui sont traités de la manière la plus efficace sur la base d'un programme Tuberculose et qui représentent des domaines de travail importants dans la proposition doivent également figurer ici.

Priorité n°: 1	Renforcement du réseau de laboratoires dans le pays	Historique		Actuel		Cibles pays			
Intervention	Renforcement des équipements de laboratoires supplémentaires pour les cultures au milieu solide	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A : Cible pays (des plans annuels, le cas échéant)		10	10	10	10	10	10	10	10
B : Étendue des besoins devant être couverts par d'autres programmes		7	7	7	7	7	7	7	7
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans		3	3	3	3	3	3	3	3
D : Contribution de la proposition de la série 8 au besoin total		Cumulatif sur la durée du programme			3	3	3	3	3

Priorité n°: 1	Renforcement du réseau de laboratoires dans le pays	Historique		Actuel		Cibles pays			
Intervention	Equipement de laboratoire pour les cultures en milieu liquide	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A : Cible pays (des plans annuels, le cas échéant)		2	2	2	2	2	2	2	2
B : Étendue des besoins devant être couverts par d'autres programmes		0	0	0	0	0	0	0	0
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans		2	2	2	2	2	2	2	2
D : Contribution de la proposition de la série 8 au besoin total		Cumulatif sur la durée du programme			2	2	2	2	2

SÉRIE 8 - Tuberculose

Priorité n° : 1	Renforcement du réseau de laboratoires dans le pays	Historique		Actuel		Cibles pays			
Intervention	Recyclage des techniciens de laboratoire	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A : Cible pays (des plans annuels, le cas échéant)		146	146	146	172	172	172	172	172
B : Étendue des besoins devant être couverts par d'autres programmes		25	25	25	25	30	35	35	40
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans		121	121	121	147	142	137	137	132
D : Contribution de la proposition de la série 8 au besoin total		Cumulatif sur la durée du programme			60	120	120	120	120

Priorité n° : 2	Améliorer le dépistage et la prise en charge des malades de tuberculose multirésistantes	Historique		Actuel		Cibles pays			
Intervention	Cas de tuberculose subissant des tests de sensibilité aux médicaments.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A : Cible pays (des plans annuels, le cas échéant)		922	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200
B : Étendue des besoins devant être couverts par d'autres programmes		200	200	200	200	200	200	200	200
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans		722	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
D : Contribution de la proposition de la série 8 au besoin total		Cumulatif sur la durée du programme			500	1000	1000	1000	1000

Priorité n° : 2	Groupes à haut risque (contacts)	Historique		Actuel		Cibles pays			
Intervention	Dépistage chez les sujets contacts	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A : Cible pays (des plans annuels, le cas échéant)		90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
B : Étendue des besoins devant être couverts par d'autres programmes		50%	50%	50%	52%	54%	56%	58%	60%
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans		40%	40%	40%	38%	36%	34%	32%	30%
D : Contribution de la proposition de la série 8 au besoin total		Cumulatif sur la durée du programme			8%	16%	24%	27%	30%

SÉRIE 8 - Tuberculose

Priorité n°: 3	Améliorer le dépistage chez les consultants respiratoire des centres de sante de base (APSR)	Historique		Actuel		Cibles pays			
Intervention	Formation des médecins des CSB	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A : Cible pays (des plans annuels, le cas échéant)		2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
B : Étendue des besoins devant être couverts par d'autres programmes		73	73	73	100	120	140	160	180
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans		1927	1927	1927	1900	1880	1860	1840	1820
D : Contribution de la proposition de la série 8 au besoin total		Cumulatif sur la durée du programme			1464	1464	1464	1464	1464

Priorité n°: 4	Renforcer Le système de suivi et d'évaluation et évaluer l'impact (niveau régional au périphérique)	Historique		Actuel		Cibles pays			
Intervention	Effectuer des visites de supervision	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A : Cible pays (des plans annuels, le cas échéant)		2076	2076	2076	2076	2076	2076	2076	2076
B : Étendue des besoins devant être couverts par d'autres programmes		100	100	100	100	110	120	130	140
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans		1976	1976	1976	1976	1966	1956	1946	1936
D : Contribution de la proposition de la série 8 au besoin total		Cumulatif sur la durée du programme			1976	1966	1956	1946	1936

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.5. Stratégie de mise en œuvre

4.5.1. Interventions de la série 8

Expliquez : (i) qui prendra en charge chaque domaine d'activité (quel Récipiendaire principal, quel sous-récipiendaire ou autre exécutant) ; et (ii) quelle(s) est/sont la/les population(s) visée(s). Assurez-vous que l'explication suit l'ordre de chaque objectif, domaine de prestation de services (DPS) et indicateur dans le "Cadre de performance" (Annexe A) et le plan de travail, ainsi que dans le budget.

En cas d'activités planifiées bénéficiant au système de santé et susceptibles d'être incluses dans la description du programme Tuberculose (dans la mesure où elles contribuent principalement à l'obtention de résultats en matière de lutte contre la tuberculose), incluez-les dans cette seule rubrique de la proposition de la série 8.

Note : En cas d'activités tierces favorisant, simultanément, l'obtention de résultats pour le VIH, la tuberculose et le paludisme (ainsi que pour la santé en général, au-delà de ces trois maladies), mais difficilement associables à une stratégie de "programme maladie", vous pouvez les inclure dans la rubrique 4B dans une proposition de maladie de la série 8. Le candidat devra décider dans quelle maladie inclure la rubrique 4B (une seule fois). → Reportez-vous aux [Directives de la série 8](#) (rubrique 4.5.1.) pour des informations sur ce choix.

Attachement A ci-joint

4.5 Stratégie de mise en œuvre

Le but de cette proposition est d'obtenir l'appui du fonds mondial afin de réduire l'incidence de la tuberculose et atteindre les objectifs du partenariat halte à la tuberculose pour 2015, à savoir réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose par rapport aux valeurs de référence de 1990, et renforcer les progrès pour éliminer la maladie à l'horizon 2050. Continuer à dépister au moins 70% des cas de tuberculose à frottis positifs existants, et traiter avec succès au moins 85% des cas de tuberculose à frottis positifs dépistés, sont aussi les objectifs que le programme national a achevés et vise à maintenir durant la période de la proposition.

Pour atteindre ces buts, la stratégie de mise en œuvre se compose des objectifs suivants :

Objectif 1 : Renforcer la stratégie DOTS, en améliorant l'accessibilité au diagnostic et au traitement afin de cibler les MDR-TB et populations à haut risque

DPS 1.1 : Renforcement du réseau de laboratoires dans le pays

Responsabilité de mise en œuvre : La DSSB en tant que PR représentant du secteur gouvernemental et les sous PR (seront identifiés ultérieurement).

Population concernée : population générale notamment les symptomatiques respiratoires, les MDR-TB, les populations à haut risque : sujets contacts, personnel de santé, prisonniers et les co-infections TB/VIH.

La situation actuelle du réseau de laboratoires ne permet pas un accès équitable et universel à un diagnostic de qualité pour tous les groupes à risque.

L'amélioration de l'accessibilité au diagnostic sera effectuée à travers le domaine de prestation de service (DPS) 1.1 qui concerne le renforcement du réseau de laboratoires dans le pays, notamment l'introduction de la culture en milieu solide et l'équipement des laboratoires dans les régions les plus démunies du pays, y compris l'accès au diagnostic de la tuberculose multi-résistante. Ceci nécessitera l'équipement de ces laboratoires, l'acquisition de réactifs, la production de directives techniques, la formation du personnel, la supervision des activités et la mise en place d'un système d'assurance de la qualité. En vue d'améliorer la rapidité des tests diagnostiques et de sensibilité la culture en milieu liquide sera introduite dans deux des principaux laboratoires du pays (Ariana, le laboratoire proposé pour être le laboratoire de référence national et le laboratoire d'hygiène de Sfax). Ces laboratoires seront aussi équipés pour réaliser les tests génomiques pour la détection de la résistance. La mise en œuvre du projet de prise en charge de la tuberculose multi-résistante nécessitera l'habilitation du laboratoire national de référence à réaliser les tests de sensibilité aux médicaments de deuxième ligne. L'introduction de la microscopie à fluorescence permettra aux techniciens des laboratoires à grand débit de faire face à la grande charge de travail à laquelle ils sont confrontés. Dans le même cadre, 6 techniciens de laboratoire seront recrutés pour faire face au manque de ressources humaines.

SÉRIE 8 - Tuberculose

Indicateurs

Indicateur d'effet : Taux de détection des cas : Nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive

Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
81%	83%	84%	87%	90%

Indicateurs d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
Nombre de laboratoires de culture solide équipés	3	3	3	3	3	3	3
Nombre de techniciens formés	40	60	100	120	120	120	120
Nombre de laboratoires avec au moins un technicien formé	30	45	60	76	76	76	76
Proportion de laboratoires appliquant les procédures de contrôle de qualité externe de la microscopie selon les procédures internationales	33 (50%)	66(100%)	66(100%)	66(100%)	66(100%)	66(100%)	66(100%)

Les activités qui sont proposées pour renforcer le réseau de laboratoires sont les suivantes:

- 1.1.1 Assistance technique pour la rédaction d'un guide de laboratoire : un guide de laboratoire conforme aux directives de l'OMS et adapté à la stratégie nationale, AN1, T1.
- 1.1.2 Impression du guide: 1000 copies seront diffusées, AN1, T1.
- 1.1.3 Equipement de laboratoires pour les cultures en milieu liquide dans 2 laboratoires utilisant actuellement les milieux solides (Ariana et Sfax) , AN1, T2.
- 1.1.4 Equipement de 2 laboratoires, l'un au Nord et l'autre au Sud du pays, de tests génomiques pour l'identification et la détection de la résistance, AN1, T2, T4.
- 1.1.5 Equipement du laboratoire de référence des tests de sensibilité pour les médicaments de seconde ligne, AN1, T3.
- 1.1.6 Renforcement des équipements de laboratoires pour les cultures en milieu solide dans 3 laboratoires supplémentaires permettant un meilleur accès à ce diagnostic dans les régions les plus démunies du pays : un au Nord-Ouest (Béja), un au Centre Ouest (Sidi Bouzid) et un au Sud Est (Gabès), AN1, T2.
- 1.1.7 Equipement de la microscopie en fluorescence pour 5 laboratoires à grand débit, AN1, T2.
- 1.1.8 Acquisition de 30 microscopes pour la microscopie standard AN1, T2, pour les laboratoires périphériques de microscopie.
- 1.1.9 Acquisition de réactifs pour la microscopie standard afin de couvrir le nombre croissant des examens générés par l'implantation de la stratégie PAL et les groupes à risque. Les besoins de base du programme seront couverts par le PNLT, AN1, T1 à AN5.
- 1.1.10 Acquisition de réactifs pour les cultures en milieu liquide, AN1, T1 à AN5.
- 1.1.11 Acquisition de réactifs pour tests de sensibilité en milieu liquide pour les médicaments de première ligne, AN1-

SÉRIE 8 - Tuberculose

AN5.

- 1.1.12 Acquisition de réactifs pour les cultures en milieu solide. Ces réactifs seront fournis par le PNLT.
- 1.1.13 Acquisition de réactifs pour les tests moléculaires, AN1, T1 à AN5.
- 1.1.14 Renforcement du personnel du réseau de laboratoires par le recrutement de 4 techniciens, AN1 à AN5. Ces techniciens seront affectés dans les laboratoires créés ou nouvellement équipés.
- 1.1.15 Formation et recyclage pour le personnel de laboratoire sur la microscopie standard: 1 session annuelle de 2 jours pour 20 personnes, par région, AN1 à AN5 : T1 à T3.
- 1.1.16 Equipement pour la formation (data show et ordinateurs portables) : Ces équipements seront également utilisés pour les autres formations programmées, AN1, T1.
- 1.1.17 Formation aux techniques de culture : 1 session de 21 jours pour 4 personnes, AN1, T1 et T3.
- 1.1.18 Formation aux techniques des tests de sensibilité : 1 session de 2 mois pour 2 personnes, AN1, T1 et T3.
- 1.1.19 Envoi des échantillons trimestriellement dans le cadre du système d'assurance de la qualité de la microscopie standard : relecture des échantillons (envoi des échantillons au laboratoire du niveau supérieur) et tests de panel (envoi d'échantillons des laboratoires du niveau supérieur au personnel des laboratoires du niveau intermédiaire ou de district), AN1 à AN5.
- 1.1.20 Des visites trimestrielles de supervision du niveau central aux 24 laboratoires régionaux, AN1 à AN5.
- 1.1.21 Des visites trimestrielles de supervision du niveau régional aux 42 laboratoires périphériques, AN1 à AN5.
- 1.1.22 Visite du responsable du laboratoire de référence au laboratoire supranational pour établir un lien entre les deux laboratoires (7 jours, AN1, T1).
- 1.1.23 Assistance technique internationale au profit du laboratoire de référence national (7 jours, AN1, T1)
- 1.1.24 Envoi de matériel biologique au laboratoire supranational dans le cadre du contrôle de qualité, AN1 à AN5, T1/T3.
- 1.1.25 Les moyens logistiques pour les besoins des visites de supervision sont inclus dans 2.2.2. Les activités d'assurance de la qualité pour les tests de culture et les tests de sensibilité seront prises en charge par le PNLT.

DPS 1.2: Renforcer la gestion des médicaments pour améliorer l'accessibilité des patients au traitement

Responsabilité de mise en œuvre : La DSSB en tant que PR représentant du secteur gouvernemental et responsable du PNLT

Population concernée : les malades atteints de tuberculose, et les personnes nécessitant un traitement préventif.

L'accessibilité au traitement sera assurée par le domaine de prestation de service (DPS) 1.2 qui propose de renforcer la gestion des médicaments afin d'éviter les ruptures de stocks et l'approvisionnement des médicaments de 2ème ligne. Ceci nécessitera la formation du personnel à la gestion pharmaceutique et leur supervision ainsi que la mise en place d'un système d'information pour la gestion des médicaments qui sera intégré dans le système de recueil des données du PNLT.

Indicateur d'effet : Taux de succès du traitement : Nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive

Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
90%	91%	91%	91%	92%

Indicateur(s) d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
Nombre et pourcentage de centres de santé n'ayant pas eu de ruptures de stock au cours de l'année écoulée	1723(83%)	1806(87%)	1889(91%)	1993(96%)	2076(100%)	2076(100%)	2076(100%)

Les activités qui sont proposées pour renforcer la gestion des médicaments sont les suivantes :

- 1.2.1. La formation du personnel pendant 2 sessions pour 30 personnes durant la durée de la proposition (système d'information pour la gestion des médicaments) AN1, T1 et AN3.
- 1.2.2. Des visites annuelles de supervision auront lieu du niveau central au niveau périphérique. Ces visites feront partie des visites de routine de supervision du PNLT.

SÉRIE 8 - Tuberculose

- 1.2.3. Elaboration d'un système d'information pour la gestion des médicaments (DMIS), qui sera intégré dans le système de S&E.
- 1.2.4. Approvisionnement en médicaments de 2ème ligne pour les patients atteints de tuberculose multi résistante, AN1 à AN5.
- 1.2.5. Appui aux missions et assistance technique du Green light committee (GLC), AN1 à AN5.

DPS 1.3 Renforcement du système de suivi & évaluation et évaluation de l'impact

Responsabilité de mise en œuvre : La DSSB en tant que PR représentant du secteur gouvernemental et responsable du PNLT

Population concernée : population générale notamment les malades présentant des symptômes respiratoires, les malades atteints de tuberculose, les MDR-TB, les populations à haut risque : sujets contacts, personnel de santé, prisonniers et les co-infections TB/VIH.

Dans le cadre de ce DPS, un système d'information informatisé nominal sera mis en place, ce qui permettra d'assurer la qualité des données et évitera le recours actuel à deux systèmes parallèles. Par ailleurs un système de suivi évaluation relatif à la mise en œuvre de la requête sera instauré.

Indicateurs d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
Nombre de visites de supervision effectuées du niveau central au niveau régional par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)	48 (100%)	96 (100%)	48 (100%)	96 (100%)	96 (100%)	96 (100%)	96 (100%)
Nombre de visites de supervision effectuées du niveau régional au périphérique par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)	1038 (50%)	2076 (100%)	1038 (50%)	2076 (100%)	2076 (100%)	2076 (100%)	2076 (100%)
Nombre et pourcentage d'unité de gestion de base soumettant dans les délais leurs rapports, conformément aux directives nationales	17 (70%)	22 (90%)	22 (90%)	24 (100%)	24 (100%)	24 (100%)	24 (100%)
Nombre et pourcentage de rapports par rapport au nombre prévu	20006 (80%)	22507 (90%)	22507 (90%)	25008 (100%)	25008 (100%)	25008 (100%)	25008* (100%)

* *Rapports mensuels des 2076 CSB aux DAT, et rapports trimestriels des 24 DAT à l'unité centrale du PNLT.*

Le renforcement du système de S&E sera effectué par les activités suivantes :

- 1.3.1. Mise en place d'une équipe constituée d'un coordinateur seulement AN1 et AN2 puis d'un gestionnaire, et d'une secrétaire pour la gestion de la proposition au niveau central (PNLT), AN1 à AN5.
- 1.3.2. Mise en place d'équipes pour la gestion de la proposition pour les 2 PRs. Ces ressources humaines sont nécessaires pour la bonne gestion de la proposition, son suivi et évaluation, AN1 à AN5.
- 1.3.3. Recrutement de comptables pour la gestion financière de la proposition chez les 2PRs, AN1 à AN5.
- 1.3.4. Contribution aux frais des réunions trimestrielles du comité de suivi, avec la participation des membres de CCM, PRs, sous PR, PNLT et autres partenaires, AN1 à AN5.
- 1.3.5. Missions d'assistance technique d'experts pour évaluer la mise en œuvre de la proposition, 3 fois durant les 5 ans, AN2, AN4, AN5.
- 1.3.6. Mise en place d'une équipe de S&E, constituée d'un épidémiologiste AN1 à AN5 ;
- 1.3.7. Formation internationale des personnes de l'équipe de S&E, AN1, T1.
- 1.3.8. Acquisition de 2 ordinateurs au niveau central et des moyens de communications (internet/ADSL, etc..) pour améliorer la communication entre le niveau central et les centres régionaux et périphériques, AN1, T1.
- 1.3.9. Frais de communication à l'intérieur du réseau informatisé du programme qui sera mis en place dans le cadre de cette proposition (internet/ADSL, fax, etc..), AN1 à AN5.
- 1.3.10. Des visites trimestrielles de supervision couvrant également le contrôle de qualité des données du niveau

SÉRIE 8 - Tuberculose

central au niveau intermédiaire, AN1 à AN5.

- 1.3.11.** Assistance technique pour évaluer le système de surveillance durant 2 missions afin de prendre une décision sur la certification du système. Cette certification est une nouvelle méthodologie de l'OMS. Si l'évaluation montre que le système est satisfaisant, le système de surveillance sera certifié et le taux de notification sera retenu comme une incidence (i.e l'OMS ne fera pas d'estimation pour l'incidence mais le taux de notification sera égal à l'incidence), AN2, T3, AN4.
- 1.3.12.** Formation du personnel des 24 unités de gestion de base et hôpitaux spécialisés sur le logiciel RASDOON de l'OMS qui est un système informatisé intégrant toutes les maladies et où les données peuvent être acheminées de tous les niveaux. Ce système permet d'assurer la qualité des données, y compris la détection des déclarations multiples grâce à l'acheminement des données nominales du niveau périphérique directement au niveau central. Ce système comprend également l'acheminement des rapports trimestriels. La formation aura lieu pendant 3 sessions, une par région, durant la première année, (2jours, 30 personnes) AN1, T2.
- 1.3.13.** Acquisition de 24 ordinateurs, un par gouvernorat, et des moyens de communication (internet/ADSL) dans le but de renforcer les centres régionaux, améliorer la communication et assurer la soumission des rapports dans les délais, AN1, T1 ;
- 1.3.14.** Des visites trimestrielles de supervision du personnel du niveau périphérique par le niveau régional (gouvernorat) ainsi que le niveau central auront lieu, AN1 à AN5.

Objectif 2 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose multi-résistante.

Le dépistage et la prise en charge de l'infection et de la maladie chez les cas de tuberculose multi-résistante et les groupes à risque, particulièrement les sujets contacts, les prisonniers et le personnel de soins sont des lacunes majeures du programme.

DPS 2.1 Améliorer le dépistage et la prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante.

Responsabilité de mise en œuvre : La DSSB en tant que PR représentant du secteur gouvernemental et responsable du PNLT

Population concernée : population générale notamment les malades présentant des symptômes respiratoires, les malades atteints de tuberculose, les MDR-TB, les populations à haut risque : sujets contacts, personnel de santé, prisonniers

Dans le cadre de ce DPS la prise en charge des tuberculoses multi résistantes sera instituée avec la mise en place de mesures de lutte contre l'infection, la formation du personnel à la prise en charge des malades. En vue de favoriser l'adhésion des malades au traitement un soutien financier leur sera assuré.

Indicateur(s) d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
Cas de tuberculose subissant des tests de sensibilité aux médicaments (nombre et pourcentage).	200 (20%)	500 (50%)	500 (50%)	1000 (100%)	1000 (100%)	1000 (100%)	1000 (100%)

Les activités proposées sont les suivantes:

- 2.1.1** Aménagement des services d'hospitalisation pour la prise en charge des MDR-TB afin d'assurer le contrôle de l'infection (unités mobiles de traitement et stérilisation de l'air), AN1, T1 ;
- 2.1.2** Formation du personnel de santé : 6 personnes suivront des cours de prise en charge des MDR-TB dans des centres internationaux, AN1, T4.
- 2.1.3** Formation pour 20 personnes pour la prise en charge de la MDR-TB (2 ateliers de 2 j, 20 personnes). Cette formation aura lieu durant le deuxième trimestre de la seconde année et sera consolidée à la 4ème année, AN2, T1 et AN4.
- 2.1.4** Mission de suivi et d'évaluation d'un expert pour l'assurance de la qualité de la prise en charge des MDR-TB. Cette mission sera intégrée dans les missions d'assistance technique pour le contrôle de l'infection.
- 2.1.5** Soutien financier aux malades, AN1 à AN5.

SÉRIE 8 - Tuberculose

Objectif 3 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'infection et de la maladie chez les populations à haut risque.

DPS 3.1 Dépistage et prise en charge de la tuberculose chez les sujets contacts.

Responsabilité de mise en œuvre : La DSSB en tant que PR représentant du secteur gouvernemental et responsable du PNLT et ONG (LNCTMR, Croissant Rouge Tunisien)

Population concernée : sujets contacts des patients, le personnel de santé exposé et les prisonniers.

Les interventions viseront à augmenter le rendement du dépistage de la tuberculose chez les contacts en le rendant plus systématique et plus actif. Les contacts identifiés qui ne se présentent pas pour l'examen de dépistage seront visités à domicile par les équipes de santé et subiront l'examen sur place.

Indicateur(s) d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
Nombre et % des sujets contacts examinés par rapport au nombre de contacts identifiés	5500 (55%)	6000 (60%)	6500 (65%)	7000(70%)	8000 (80%)	8500 (85%)	9000 (90%)

Les activités qui sont proposées pour améliorer le dépistage et la prise en charge de l'infection et de la maladie chez les contacts sont les suivantes:

- 3.1.1 Renforcement des équipes pour assurer les visites aux domiciles des sujets contacts qui ne se sont pas présentés aux structures de santé selon les instructions données aux malades. 24 personnes (infirmiers et ONGs) seront recrutées à quart temps dans les 24 gouvernorats (AN1 à AN5) ; Ces équipes assureront également la relance des absents au traitement.
- 3.1.2 Acquisition de 5 véhicules pour renforcer les moyens de transport dans les gouvernorats qui n'en disposent pas. Ces véhicules seront utilisés pour toutes les activités du PNLT (supervision de la gestion, suivi et évaluation, CEQ du laboratoire, PAL), AN1, T1.
- 3.1.3 Acquisition de 14 motocycles pour renforcer les moyens de transport dans 14 gouvernorats (AN1, T1).
- 3.1.4 Impression et distribution de matériel éducatif (dépliants) aux malades et durant les visites à domicile (AN1, T1).
- 3.1.5 Formation des équipes sur le dépistage et la prise en charge de l'infection et de la maladie chez les sujets Contacts ainsi que sur la sensibilisation des contacts. (atelier de 2 j pour 30 personnes), T1/T2/T4, AN1 à AN5.

La tuberculine et les médicaments pour le traitement des personnes infectées (Isoniazide) seront fournis par le PNLT.

DPS 3.2 Dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez les prisonniers :

Responsabilité de mise en œuvre : La DSSB en tant que PR représentant du secteur gouvernemental et responsable du PNLT et ONGs (LNCTMR et Croissant Rouge Tunisien)

Population concernée : les prisonniers dans toutes les prisons du pays

Les interventions viseront à intégrer les prisons dans le champ d'action du programme national par la formation et la supervision du personnel médical de ces établissements et la mise en place d'un système de coordination permettant d'assurer la continuité des soins à la sortie des détenus de prison et impliquant les ONGs.

Indicateur(s) d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
nombre de personnel formé par rapport au nombre prévu	40 (66.7%)	60 (100%)	60 (100%)	60 (100%)	60 (100%)	60 (100%)	60 (100%)

Les activités qui sont proposées pour améliorer le dépistage et la prise en charge de la maladie chez les prisonniers sont les suivantes:

- 3.2.1 Formation du personnel de santé des prisons. 60 personnes du personnel de santé des 12 prisons du pays seront formées pendant la première et la troisième année de la proposition dans les 3 régions du pays (atelier de 2 jours pour 20 personnes) , AN1 T1,T2,T3 et AN3. Ces équipes seront formées sur le dépistage et la prise en

SÉRIE 8 - Tuberculose

- charge de l'infection et la maladie chez les prisonniers ainsi qu'à la sensibilisation des prisonniers.
- 3.2.2** Amélioration du système de suivi pour les prisonniers à leur sortie de prison, à travers les mêmes systèmes et logistiques de la prise en charge des sujets contacts (PNLT, services médicaux des prisons et ONGs). Les équipes des ONGs assureront l'accompagnement des prisonniers atteints à leur sortie.
- 3.2.3** Visite de supervision du programme sur le dépistage et la prise en charge des malades dans les prisons. Une visite par an est prévue pour chaque prison (AN1 à AN5).

DPS 3.3 Prévention, dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez le personnel de santé exposé:

Responsabilité de mise en œuvre : Les PR : DSSB et STMR

Population concernée : le personnel de santé dans les niveaux central, régional, local et périphérique.

Dans le cadre de ce DPS, des mesures de lutte contre l'infection seront instituées au niveau des structures de santé dans lesquelles le personnel de santé est exposé au risque de contamination nosocomiale par la tuberculose.

Indicateur(s) d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
nombre de personnel chargé du contrôle de l'infection formé par rapport au nombre prévu	0	0	60	90	90	90	90

Les activités qui sont proposées pour améliorer le dépistage et la prise en charge de l'infection et de la maladie chez le personnel de santé exposé sont les suivantes:

- 3.3.1** Acquisition de masques (N95) pour le personnel de santé le plus exposé à l'infection pour 100 personnes qui travaillent dans le domaine de la bronchoscopie et la prise en charge des MDR-TB, étant donné qu'elles sont plus exposées à l'infection. Un masque est utilisé pour 8 heures ; le contact avec le malade étant au maximum d'une heure par jour, un masque peut être utilisé durant une semaine. 100 personnes auront besoin de 5000 masques par an (100X50 semaines). L'approvisionnement des masques sera fait d'une façon annuelle, AN1 à AN5.
- 3.3.2** Formation de 90 personnes sur le contrôle de l'infection: 3 ateliers durant la deuxième année et un autre atelier à la 4ème année pour consolider la formation (atelier de 2 j pour 30 personnes), AN2 T1,T2,T4, AN4.
- 3.3.3** Assistance technique internationale pour le contrôle de l'infection dans les services de santé de la tuberculose, y compris ceux des tuberculoses multi-résistantes. 2 visites auront lieu durant les 5 ans. La première est programmée à la 2ème année où l'expert participera à la formation du personnel de santé et la seconde à la 4ème année pour le suivi et évaluation après le renforcement des services (AN2 T1, AN4).
- 3.3.4** Supervision du programme sur le contrôle de l'infection. Elle aura principalement lieu dans les unités de gestion de base (24 unités) ainsi que dans les hôpitaux spécialisés (16). Des visites trimestrielles pour ces 40 centres où le personnel de santé est le plus exposé à l'infection auront lieu pour évaluer les activités de contrôle d'infection, AN1 à AN5.
- 3.3.5** Acquisition de ventilateurs pour les 40 structures de santé (DAT et hôpitaux régionaux), 2 pour chacune des structures, AN1, T1.
- 3.3.6** Acquisition de masques pour les malades à frottis positif, AN1 a AN5.

Objectif 4 Lutter contre la co-infection TB/VIH

DPS 4.1 Surveillance de l'infection VIH chez les cas de tuberculose.

Responsabilité de mise en œuvre : Le PR (DSSB) et sous PR (à identifier ultérieurement)

Population concernée : les malades atteints de tuberculose

Les activités de collaboration TB/VIH, ont été récemment renforcées grâce la suite favorable accordée par le Fonds Mondial à la proposition relative au SIDA en Round 6. Cependant, la surveillance de l'infection VIH chez les patients atteints de tuberculose n'a pas été programmée. Etant donné que la Tunisie est un pays à faible prévalence du VIH, les interventions se limiteront à des enquêtes de séroprévalence du VIH chez les malades atteints de tuberculose, ce qui permettra de déterminer de manière rigoureuse cette prévalence et de surveiller la tendance.

Activité :

- 4.4.1** Deux enquêtes de séroprévalence de l'infection au VIH chez les patients TB auront lieu au cours des années : AN2 et AN 5.

SÉRIE 8 - Tuberculose

Objectif 5 Renforcer l'implication du système de santé dans les activités relevant de la lutte anti-tuberculeuse, notamment dans le domaine de la détection des cas et de la prise en charge

Le renforcement du système de santé dans les activités relevant de la lutte anti-tuberculeuse sera réalisé à travers l'amélioration de la prise en charge des malades consultant dans les centres de santé de base pour des symptômes respiratoires.

DPS 5.1 Mise en œuvre de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR ou PAL) au niveau des centres de santé de base

Responsabilité de mise en œuvre : Le PR: Société Tunisienne des Maladies Respiratoires, PR : DSSB.

Population concernée : Malades respiratoires fréquentant les 2076 centres de santé de base.

Une phase pilote de PAL a eu lieu et 100 médecins de santé publique ont été formés. La faisabilité de cette intervention a été évaluée. Durant cette proposition, les activités visent à généraliser PAL au niveau du pays. Ceci nécessitera la mise à jour des directives suivies de la formation et la supervision du personnel ainsi que de l'acquisition du matériel nécessaire pour la mise en œuvre adéquate de la stratégie qui permettra en retour d'améliorer la détection des cas de tuberculose parmi les groupes de population à faible accès au dépistage et de réduire le délai au diagnostic de la tuberculose.

Indicateur(s) d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
nombre de personnel formé par rapport au nombre prévu	24 (2%)	1464 (100%)	1464 (100%)	1464 (100%)	1464 (100%)	1464 (100%)	1464 (100%)

Les activités suivantes seront réalisées :

- 5.1.1 Mise à jour du guide PAL par des experts nationaux, AN1, T1.
- 5.1.2 Impression du guide PAL : 3000 copies seront diffusées (AN1, T1) ;
- 5.1.3 Formation des formateurs : 24 formateurs seront formés, un pour chaque gouvernorat pour être un point focal du PAL dans ce gouvernorat (1 atelier de 2 j pour 24 personnes), AN1, T4.
- 5.1.4 Formation de 1464 personnels de santé dans les centres de santé de base (CSB) pendant 2 sessions par gouvernorat, durant la deuxième année de la proposition (48 sessions) AN2, T1.
- 5.1.5 La supervision de la mise en place du PAL fera partie de la supervision de routine du PNLT.
- 5.1.6 Acquisition de Peak flow meters, oxymètres, et spiromètres dans les CSB, AN1, T1. Les médicaments comme beclomethasone inhalé et salbutamol, seront fournis par le ministère de la santé.

Objectif 6 : Développer la recherche dans le domaine de la lutte antituberculeuse

La recherche opérationnelle vise en majeure partie à cibler les groupes à risque que le programme ne peut pas identifier en utilisant les méthodes de routine. Cela sera réalisé grâce à des études, ainsi que par le renforcement des capacités de recherche du PNLT en vue d'assurer la qualité des études conduites et d'obtenir des résultats fiables utiles pour guider les actions du PNLT et amorcer le processus d'élimination de la maladie.

Cela sera effectué à travers les domaines de prestations de service suivants :

DPS 6.1 Résoudre les problèmes du programme par la recherche opérationnelle

Responsabilité de mise en œuvre : le PR : DSSB et le PR (Société Tunisienne des Maladies Respiratoires), et le laboratoire national de référence,

Population concernée : population générale notamment les patients présentant une symptomatologie respiratoire, les MDR-TB, les populations à haut risque : sujets contacts, personnel de santé et prisonniers.

Indicateur(s) d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
Nombre d'études de recherche opérationnelle achevées et dont les résultats ont été diffusés	0	0	0	4	6	8	8

SÉRIE 8 - Tuberculose

Les activités proposées visant à résoudre les problèmes du programme sont les études suivantes :

- 6.1.1** Epidémiologie de *M bovis* en Tunisie (AN1, T3). Environ la moitié de cas de tuberculose sont des cas extra pulmonaires, et 20% de ces cas sont des tuberculoses ganglionnaires. La proportion des cas de tuberculose extra pulmonaire a augmenté de 35% en 2004 à 43% en 2006, avec une tendance positive. Par contre, la tendance des cas de tuberculose à frottis positif est négative i.e. le nombre de cas a diminué durant la même période. Des études ont montré une prévalence élevée de l'infection tuberculeuse chez les bovins. Cependant, l'identification de *M bovis* n'est pas actuellement réalisée d'une manière systématique, le diagnostic bactériologique n'étant pas toujours effectué. L'étude vise à connaître la contribution de *M bovis* dans la transmission de la maladie. Elle vise aussi à déterminer le rôle de certains facteurs comme la consommation du lait ou ses dérivés non pasteurisé, ainsi que les groupes à risque tels que les fermiers qui peuvent être infectés par les bovins à travers les voies respiratoires.
- 6.1.2** Enquête sur les facteurs associés à la tuberculose multi-résistante (AN2, T4). Comme le programme aura renforcé le réseau des laboratoires dans le pays, y compris la culture et tests de sensibilité, une surveillance de la tuberculose multi-résistante à l'échelle nationale sera établie. L'incidence de la tuberculose MDR parmi les nouveaux cas et ceux de retraitement sera obtenue par le système de surveillance et ne nécessitera pas une enquête. Une étude sur les facteurs associés à la MDR-TB sera conduite pour identifier les facteurs ou groupes à risques et aider le programme à développer une intervention pour la prévention de la résistance aux antituberculeux dans le pays.

DPS 6.2 Renforcer les capacités de recherche du personnel du PNLT

Responsabilité de mise en œuvre : Le PR: Société Tunisienne des Maladies Respiratoires, PR : DSSB, le laboratoire national de référence et les facultés de médecine.

Population concernée : population générale notamment les patients présentant une symptomatologie respiratoire, les MDR-TB, les populations à haut risque : sujets contacts, personnel de santé et prisonniers.

Indicateur(s) d'output	6mois	12mois	18mois	24mois	Année 3	Année 4	Année 5
Nombre de personnel du PNLT formé	0	30	30	30	30	30	30

Les activités proposées pour ce DPS sont les suivantes :

- 6.2.1** Formation du personnel du PNLT (AN 1, T4, AN4) : 2 ateliers seront organisés : un durant le dernier trimestre de la première année pour développer les protocoles des recherches, et un autre durant la quatrième année pour le développement des rapports et des articles pour les projets finalisés.
- 6.2.2** Assistance technique internationale (AN 1, T4, AN4) : 2 visites d'experts auront lieu durant la même période des ateliers pour contribuer à la formation du personnel.

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.5.2. Nouvelle soumission de la proposition de la série 7 (ou série 6) non recommandée par le TRP

Le cas échéant, décrivez les ajustements entrepris sur les plans et activités de mise en œuvre pour tenir compte de chacune des "faiblesses" identifiées dans le "Formulaire d'examen du TRP" de la série 7 (ou de la série 6 s'il s'agissait de la dernière candidature en date et qu'elle n'a pas été recommandée pour financement).

SANS OBJET

4.5.3. Enseignements tirés de l'expérience de mise en œuvre

En quoi les plans et activités de mise en œuvre décrits dans la rubrique 4.5.1 ci-dessus sont-ils inspirés des enseignements tirés de la mise en œuvre de programmes (subventionnés par le Fonds mondial ou autrement) ?

1-La présente proposition, inspirée de celle du VIH/SIDA dans le cadre de Round 6, a tiré les leçons suivantes :

- Assurer une meilleure coordination des activités entre les différents partenaires, à travers le CCM. Des plans d'actions détaillés seront élaborés et discutés en commun avec tous les partenaires dans le but d'aboutir à une meilleure optimisation.
- Renforcer les capacités des principaux acteurs du programme, en personnel (nombre et formation) et en équipements.
- introduire le système d'incitation monétaire basé sur la performance. Le personnel de la TB est peu motivé et plusieurs quittent le programme à cause du risque de l'infection. L'introduction de ce système aidera à garder le personnel formé.
- mettre en place une unité de suivi évaluation et en veillant à une assurance qualité des données. L'évaluation occupera une place importante dans ce programme ; elle se basera sur la revue du programme, les mesures d'impact et une évaluation externe.
- développant la recherche opérationnelle, essentielle pour la bonne marche du programme. Les résultats de ces recherches seront à la base de l'ajustement des orientations nationales, en particulier pour la mise en place d'actions adéquates pour la lutte contre la tuberculose bovine.

2-L'expérience du PNLT avec l'initiative PAL:

- La phase pilote a montré que le PAL permet d'augmenter le nombre de cas de suspects de tuberculose identifiés par le personnel de santé des centres de santé de base ;
- Malgré la réussite de la phase pilote, l'extension de PAL n'a pas pu être effectuée, faute de fonds pour assurer la formation du personnel et l'achat des équipements.

3-L'expérience avec le projet EMPHIS :

- Le projet EMPHIS qui a bénéficié du soutien financier de la commission Européenne a pu informatiser 2 gouvernorats du pays mais cela n'a pas été étendu dans le reste du pays faute de fonds.

4-L'expérience avec le Comité du feu vert (Green Light Committee, GLC) dans le cadre de la prise en charge de la MDR-TB (DOTS plus depuis 2006):

- Le projet n'a pas prévu le soutien financier et social pour les malades, le control de l'infection pour le personnel, et la formation du personnel.

5- L'expérience avec l'OMS

- Les séminaires annuels financés sur le budget de l'OMS ont permis le suivi des activités du programme national et à identifier les lacunes. Cependant, le montant alloué à ces séminaires ne permettait pas de faire une propre revue du PNLT.

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.5.4. Mise en avant de l'égalité sociale et de l'égalité des sexes

Expliquez comment la stratégie globale de cette proposition contre la tuberculose contribuera à faire respecter l'égalité d'accès aux services de diagnostic, de traitement et de soins et de soutien de haute qualité, abordables et disponibles au niveau local dans votre pays.

(Si certains groupes de population comme les femmes, les jeunes filles, les adolescents, les minorités sexuelles et d'autres populations clés affectées rencontrent des obstacles, assurez-vous que votre explication se décompose entre ces groupes de population clés).

La femme bénéficie en Tunisie d'acquis considérables dans tous les domaines : politique, économique, social et sanitaire. Dans le domaine de la santé, les programmes de santé visant la promotion de la santé de l'enfant (vaccination, lutte anti diarrhéique, contre les infections respiratoires aiguës, lutte contre la malnutrition) se basent essentiellement sur la sensibilisation et la responsabilisation de la femme. Par ailleurs, le niveau des indicateurs de santé ne présentent aucun désavantage pour la femme (Espérance de vie, prévalence et incidence des principales pathologies).

La politique nationale de lutte contre la tuberculose ne comporte aucune discrimination. La différence d'accès aux prestations dans le cadre de la lutte contre la tuberculose entre les deux sexes n'est pas apparente. Le sexe ratio d'incidence (masculin/féminin) était de 1.3 en 2007. D'un autre côté, les femmes ont un recours aux soins de première ligne plus fréquent, comparées aux hommes. Les messages éducatifs pour une meilleure détection précoce des cas de TB seront adressés aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

L'approche genre est transversale et touche plusieurs items relatifs à la prévention, tels les questions des droits de l'homme et autres aspects au tour de la discrimination. Aussi, dans cette composante, les critères d'éligibilité ne comporteront aucun aspect discriminant sur le sexe, la religion, et l'opinion politique. Les incitations monétaires seront données à tout le personnel de santé sans discrimination a cause du genre ou de la classe sociale. Les visites domiciliaires seront assurées a tous les patients et sujets contacts par une équipe de personnel de santé a prédominance féminine pour garantir l'acceptabilité de ces interventions.

La question de genre est transversale, et se retrouve prise en compte dans plusieurs domaines d'intervention de la proposition, plus particulièrement dans le domaine d'intervention de la prévention où les femmes en situation de vulnérabilité pour différentes raisons, sont prises en compte pour un meilleur accès à la prévention et aux soins.

Des actions spécifiques seront menées pour la vulgarisation des messages de prévention notamment à cause de l'analphabétisme, et du contexte socioculturel.

Enfin, en Tunisie les droits des femmes sont reconnus depuis plusieurs décennies comme en témoigne la législation.

4.5.5. Stratégie pour atténuer les conséquences initiales non intentionnelles

Si cette proposition (dans la rubrique 4.5.1) inclue des activités qui répondent aux faiblesses du système de santé qui ont un impact sur la maladie de façon spécifique à la maladie, expliquez :

- les facteurs pris en compte lors de la décision de formuler une demande de soutien financier sur la base d'une maladie spécifique ;
- la stratégie proposée par le pays pour atténuer les conséquences perturbatrices potentielles survenant d'une approche spécifique à la maladie ?

Approche spécifique de la tuberculose :

Malgré le fait que la présente proposition comporte plusieurs aspects en rapport avec un renforcement du système de santé, l'état a décidé de demander un soutien financier sur la base d'une maladie spécifique pour les raisons suivantes :

SÉRIE 8 - Tuberculose

- La situation épidémiologique de la maladie et le besoin d'atteindre les objectifs de 2015.
- Le PNLT a réussi à atteindre les objectifs de 2005 utilisant une stratégie basée sur une approche spécifique pour la maladie. Il est envisagé que la poursuite de cette stratégie permettra au pays de réduire le fardeau de la maladie et même l'éliminer pourvu que les lacunes du programme sont rectifiées.
- Les différentes lacunes du programme qui nécessite des mesures spécifiques à la maladie comme des équipements, formation de personnel, etc..
- Le fait que la plupart du personnel de santé ne préfère pas travailler dans le domaine de la lutte contre la tuberculose dû à l'infection.
- L'expérience de plusieurs pays qui ont souffert de résurgence de la tuberculose faute de programme spécifique pour la tuberculose.

La présente proposition comporte plusieurs aspects en rapport avec un renforcement du système de santé :

- le renforcement du réseau de laboratoires en termes d'équipements, de personnel et d'assurance qualité. Ces équipements et ce personnel serviront pour une meilleure prise en charge d'autres maladies.
- une meilleure gestion des stocks des médicaments, aussi bien des médicaments anti-tuberculeux que les autres médicaments, dans le but d'éviter des ruptures des stocks.
- Le renforcement du suivi évaluation profitera au suivi d'autres maladies dans le cadre de la surveillance et le suivi d'autres maladies ciblées par des programmes de santé.
- Le recrutement de personnel pour le laboratoire ou le suivi et évaluation et la formation du personnel constitue un renforcement du système de santé car ce personnel s'occupe d'autres maladies en même temps que la tuberculose ;
- l'extension de l'approche PAL. Cette approche PAL qui n'est pas spécifique de la tuberculose , permettrait une meilleure détection des cas de tuberculose dans les centres de santé de base ; elle permettrait également une réduction du taux de référence de ces malades aux médecins spécialistes, et une moindre consommation d'antibiotiques et d'autres médicaments adjuvants. Cette approche permettrait également une meilleure formation du personnel exerçant en première ligne. PAL va contribuer a mieux définir la politique de santé, puisqu'elle concerne la mise en œuvre d'un paquet intégré de prestations sanitaires qui concerne 30% des patients qui se présentent aux services de santé de base. PAL va contribuer a: i) renforcer l'intégration des prestations de santé dans les services de santé primaire, ii) une meilleure utilisation des services de santé primaire par la population particulièrement celle qui est la plus vulnérable socialement. (voir le rapport des résultats du test de faisabilité de PAL en Tunisie, Annexe 22).
- L'engagement des ONGs dans l'investigation et dans l'éducation des contacts des cas positifs, constitue un renforcement pour le système de santé. Cela aidera à renforcer les capacités de ces ONGs pour éduquer la communauté concernant autres maladies.
- Les salaires du personnel recruté et les perdiems de supervision et des ateliers de formation sont en harmonie avec ceux pratiqués pour d'autres maladies.

De cette perspective, toutes les interventions proposées ont pris en considération d'atténuer les conséquences perturbatrices potentielles survenant d'une approche spécifique à la maladie.

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.6. Liens avec d'autres interventions et programmes

4.6.1. Autre(s) subvention(s) du Fonds mondial

Décrivez tout lien entre les orientations de cette proposition et d'autres activités déjà menées grâce à une ou plusieurs subventions du Fonds mondial. (par ex., cette proposition nécessite un soutien pour accroître les traitements ARV, et une subvention existante permet d'encourager les initiatives de prestation de services en vue d'assurer la distribution de ces traitements).

Les propositions doivent clairement exposer si cette proposition nécessite un soutien pour les mêmes interventions que celles déjà prévues par une subvention existante ou une proposition approuvée de la série 7, et dans quelle mesure il n'y a pas double emploi. De même, il est important de justifier les retards de mise en œuvre des subventions du Fonds mondial et de préciser les mesures prises pour résoudre ces problèmes afin qu'ils n'affectent pas la mise en œuvre de cette proposition.

- Cette proposition propose d'établir un système de surveillance du VIH pour les patients tuberculeux, car cette activité n'a pas été programmée dans la proposition du VIH/SIDA (round 6).
- De même, le suivi et évaluation de la proposition VIH/SIDA, ne couvre pas les lacunes de S&E pour la tuberculose.

4.6.2. Liens avec des soutiens autres que ceux du Fonds mondial

Décrivez tout lien entre la présente proposition et les activités soutenues par d'autres ressources que celles du Fonds mondial (en résumant les principales réalisations prévues grâce à ces financements dans les mêmes termes que la présente proposition).

Les propositions doivent clairement expliquer si cette proposition nécessite le soutien d'interventions nouvelles et/ou décrire les interventions complémentaires déjà prévues grâce à d'autres sources de financement.

Pour la tuberculose, le seul apport financier extérieur provient de l'OMS ; toutefois la somme allouée par l'OMS pour la tuberculose est très faible ne dépassant les US\$ 10000 par an.

4.6.3. Partenariats avec le secteur privé

- (a) Si le secteur privé cofinance les activités de cette proposition, ou s'il y participe d'une manière qui contribue aux résultats (même s'il ne s'agit pas d'une participation à une activité spécifique), indiquez brièvement ci-dessous les principales contributions attendues sur la période de la proposition. Expliquez également en quoi ces contributions sont importantes pour le succès du programme.

(Reportez-vous aux [Directives de la série 8](#) pour une définition de Secteur privé et quelques exemples des types de contribution financière et non financière du secteur privé dans le cadre d'un partenariat de co-investissement.)

Le secteur privé ne participe pas au financement des activités du programme.

SÉRIE 8 - Tuberculose

(b) Précisez, dans le tableau ci-dessous, le montant annuel de la contribution attendue de ce partenariat avec le secteur privé. (Pour les contributions non financières, fournissez une valeur monétaire si possible et, au minimum, une description de cette contribution.)

Population concernée par le co-investissement du secteur privé (Tout ou partie, et quelle partie, du/des groupe(s) de population visé(s) par la proposition →)		SANS OBJET					
Valeur de la contribution (en USD ou EURO) Reportez-vous aux Directives de la série 8 pour des exemples							
Nom de l'agence	Description de la contribution (description verbale)	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
[utilisez la touche de tabulation pour ajouter des lignes si nécessaire]							

4.7. Durabilité du programme

4.7.1. Renforcement des capacités et des procédés pour obtenir de meilleurs résultats dans la lutte contre la tuberculose

Le Fonds mondial est conscient que la capacité relative des organisations du secteur gouvernemental et non gouvernemental, y compris des organisations communautaires, peut représenter une contrainte significative pour atteindre les personnes et leur fournir des services (par ex., soins à domicile, contact de proximité, prise en charge des orphelins, etc.).

Décrivez en quoi cette proposition contribue au renforcement global et/ou au développement des institutions et systèmes publics, privés et communautaires pour garantir la prestation de services et l'obtention de résultats pour la tuberculose. → [Le cas échéant, reportez-vous aux évaluations concernant le pays.](#)

Cette proposition contribue au renforcement et au développement des institutions et des systèmes public, privé et communautaire. Cela sera réalisé comme suit :

- Les objectifs de la proposition sont basés sur le plan stratégique national (2008-2015) en conformité avec la stratégie halte à la tuberculose et toutes les activités constituent ceux que l'état ne peut pas financer avec les ressources nationales. Ainsi, les activités de cette proposition sont intégrées désormais dans la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose en Tunisie. Les acquisitions d'équipements pour les laboratoires, pour la supervision et pour le suivi évaluation, d'aménagement des structures pour le traitement des TB-MDR, et de développement des capacités seront un investissement et ne se répéteront pas durant les prochaines années, sauf en ce qui concerne les formations continues pour permettre une remise à niveau et le maintien des connaissances selon les standards internationaux.

Aussi la pérennisation se fera grâce à l'engagement de l'Etat tunisien et de l'intégration des

SÉRIE 8 - Tuberculose

dépenses qui seront d'ici cinq ans maîtrisés, et réparties dans le Budget national en fonction des domaines.

- Il est prévu que ce renforcement du programme et l'implantation de toutes les composantes de la stratégie halte à la tuberculose selon le plan stratégique du PNLT auront pour résultats une réduction de l'incidence de la tuberculose et que les ressources nationales et l'engagement politique du pays pourrait maintenir cette réduction après 2013 jusqu'à l'élimination de la maladie.

4.7.2. Alignement sur des cadres de développement plus larges

Décrivez en quoi la stratégie de cette proposition s'intègre dans des cadres de développement plus larges, comme les Stratégies de réduction de la pauvreté, l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTe), les objectifs de développement du millénaire, un plan de développement national existant du secteur de la santé ainsi que d'autres initiatives importantes comme le Plan mondial Halte à la tuberculose (Stop TB) 2006-2015 pour les activités conjointes VIH/TB.

La tuberculose constitue une priorité de choix pour le système de santé. Un plan stratégique de lutte contre la tuberculose a été élaboré pour la période 2008- 2015. Les objectifs de ce plan sont relatifs à l'amélioration du dépistage et du diagnostic (Promotion de la stratégie DOTS de qualité), ciblage des groupes vulnérables (contacts des malades tuberculeux, prisonniers, personnel de soins, TB-MDR), mise en place d'un plan suivi évaluation, développement de la recherche opérationnelle, meilleur détection à travers l'extension de l'approche PAL), éducation de la communauté. La présente proposition est en parfaite adéquation avec ce plan stratégique (Annexe : plan stratégique annexe9)

Lutte contre la pauvreté

L'amélioration des conditions de vie et l'allègement de la pauvreté ont toujours été au centre des préoccupations des pouvoirs publics en Tunisie. L'État consacre aux secteurs sociaux plus de la moitié de son budget. Les dépenses publiques d'éducation et de formation, d'intervention dans le domaine social, de soutien aux agriculteurs et au monde rural, de santé publique et de sécurité sociale continuent de représenter environ le cinquième du produit intérieur brut (PIB) et n'ont été affectées ni par les difficultés conjoncturelles ni par les programmes d'ajustement structurel.

Plusieurs programmes et divers organismes concourent à l'allègement de la pauvreté en Tunisie. Les différents programmes orientés vers la lutte contre la pauvreté peuvent être classés en quatre catégories :

1. Les programmes d'aide et d'assistance sociale
2. Les programmes de soutien à l'emploi et à la création de sources de revenus
3. Les programmes d'amélioration des conditions et du cadre de vie
4. Les programmes de défense et d'intégration sociale

Plusieurs aspects de la pauvreté sont visés par ces différents programmes. Ils concernent notamment les axes d'intervention suivants :

- Aides et soutien
- Scolarité et éducation
- Assistance en matière de santé
- Chômage et revenus
- Logements et cadre de vie
- Exclusion et délinquance

Objectifs de développement du millénaire

Concernant les objectifs de développement du millénaire, en plus de la lutte contre la pauvreté, on peut citer les actions destinées à promouvoir un environnement sain, les soins de santé primaires, les services d'urgence, la réduction des décès maternels.

Pour ce qui est de la tuberculose, la présente proposition contribuera aux efforts pour l'atteinte de ces objectifs fixés, à savoir une réduction de 50% de la prévalence et de la mortalité en 2015, et une élimination de la maladie en 2050.

SÉRIE 8 - Tuberculose

Plan mondial Halte à la tuberculose (Stop TB) 2006-2015

Cette proposition a été développée en harmonie avec le Plan mondial Halte à la tuberculose (Stop TB) 2006-2015 à travers :

- l'amélioration de l'accès au DOTS de qualité à travers essentiellement le développement du réseau de laboratoires en veillant à l'assurance qualité, et une attention particulière aux populations vulnérables (contacts des cas positifs, prisonniers, personnel de soins, les TB-MDR)
- l'implication de la société civile dans le suivi et l'éducation de certaines populations vulnérables, en particulier les contacts des cas positifs et les prisonniers
- le renforcement de la surveillance à travers la mise en place d'un plan de suivi évaluation
- le développement de la recherche opérationnelle en adéquation avec les priorités du programme.

4.8. Mesure de l'impact

4.8.1. Systèmes de mesure de l'impact

Décrivez les forces et faiblesses des systèmes nationaux de suivi ou de supervision des réalisations visant à obtenir des résultats en matière de lutte nationale contre la tuberculose et de mesure de l'impact.

[Le cas échéant, appuyez votre description d'une évaluation nationale ou extérieure récente des systèmes de mesure de l'impact \(IMS, Impact Measurement Systems\).](#)

L'**outil de MESST** a été utilisé pour décrire les forces et faiblesses du système de S&E, comme suit :

FORCES

I- Evaluation du plan de Suivi et Evaluation du PNLT

Plan national et plan de Suivi et évaluation :

- Un plan stratégique pour la tuberculose pour la période 2008-2015 a été développé
 - But et objectifs du programme
 - Ils sont directement liés au plan stratégique de la tuberculose, sont définis pour une période de temps et sont mesurables et spécifiques.
 - S&E des indicateurs du programme :
- Les indicateurs utilisés sont bien liés aux objectifs du programme ; ils sont bien définis (les numérateurs et dénominateurs sont bien définis) et sont capables de mesurer la tendance de la maladie (e.g. prévalence, incidence, mortalité) ;
 - Tous les indicateurs peuvent être répartis par âge, sexe ou lieu de résidence, mais pas par le niveau socio-économique;
 - Tous les indicateurs sont recommandés par l'OMS (compendium of TB indicators) ;
 - Les sources des données des indicateurs sont bien identifiées (R&R formes et registres du programme, enquêtes, etc..) ;
 - La fréquence de la collecte des données est bien définie pour tous les indicateurs;
 - Les méthodes de collecte des données pour les indicateurs sont bien standardisées au cours des années i.e. les mêmes méthodes sont utilisées pour obtenir le données de base et le but des différents indicateurs et pour mesurer la tendance ;
 - Le PNLT utilise les données du système d'information du pays pour obtenir certaines données comme la distribution des services de santé et les données démographiques ;
 - Le PNLT utilise les données qui existent à tous les niveaux ;
 - Des données existent pour évaluer : la qualité de formation du personnel, la qualité des prestations de services par le programme et l'adhérence au traitement. Le PNLT dispose d'une politique documentée concernant la durée durant laquelle les sources de données doivent être gardées (e.g. registres, formes, carte de traitement, etc..)
 - Les données de base de tous les indicateurs existent, excepte ceux qui mesurent le comportement de la population ;

SÉRIE 8 - Tuberculose

- Tous les indicateurs de l'effet ont au moins un but mais la plupart en ont 2, pendant une période définie, une valeur à mi-parcours et l'autre à la fin de la période ;
- Les buts/objectifs du programme sont bien définis et peuvent être mesurés, et en cas de pourcentage, leurs numérateurs et dénominateurs sont bien définis. Il est aussi évident pour le personnel de savoir si les indicateurs sont cumulatifs durant la durée du programme.

-Diffusion des données du programme :

Le PNLT possède des plans pour la diffusion des données à travers des rapports trimestriels, annuels, etc. Ces rapports sont disponibles et sont publiés (à travers l'OMS), en respectant la confidentialité des patients.

II-Evaluation de l' Unité Centrale du PNLT

II.1 Gestion des données et ressources de l'unité centrale du PNLT

- o Le système de notification est bien organisé et le rôle de chaque personne est bien défini mais non documenté.
- o Le coordinateur du PNLT utilise les données pour la planification du programme ;
- o Le système de notification de l'unité centrale fait partie du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO);
- o L'unité centrale possède un mécanisme pour garder une copie de sauvegarde de toutes les données du programme.

II-2-Supervision de l'unité centrale sur les unités régionales et périphériques

- o L'unité centrale a des « termes de référence » pour les unités régionales et périphériques concernant le système de notification et les échéances de soumission de rapports ;
- o L'unité centrale utilise le système de « recording & reporting (R&R) » recommandé par l'OMS pour la collecte des données à tous les niveaux ;
- o L'unité centrale dispose d'instructions précises sur le système de soumissions des rapports par les unités régionales et périphériques (la personne en charge au niveau central, le deadline, les indicateurs demandés, etc..) ;

III-Système de notification des données aux services de santé, ainsi que la communauté :

- o Le système possède un mécanisme de notification sur le nombre d'individus (patients/contacts) couverts par le programme ;
- o Le système possède un mécanisme de notification sur le nombre des centres renforcés par le programme.

FAIBLESSES

- Il n'existe pas de plan national pour le S&E ;
- Le système de S&E n'est pas totalement aligné avec le système général d'information du pays;
- Les indicateurs qui concernent la gestion des médicaments, et autres services pour mesurer la couverture de la population cible ne sont pas tous bien documentés;
- Les indicateurs utilisés pour mesurer le changement de comportement de la population ne sont pas disponibles. Ces indicateurs sont essentiels pour mesurer l'effet des activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale du PNLT ;
- Le taux de résistance pour les médicaments antituberculeux n'est pas systématiquement évalué par un système de surveillance. De même, la satisfaction des patients n'a pas été évaluée par le programme ;
- Le PNLT ne possède pas de budget individualisé pour les activités de S&E.
- L'unité centrale du PNLT a peu d'expérience dans l'analyse des données du programme à l'échelle régionale et périphérique ;
- L'unité centrale possède peu de compétences dans le domaine de la gestion des données, de l'analyse des données, de la planification stratégique et de la gestion des systèmes de données. D'autre part, le temps consacré à ces activités est relativement limité.
- Il existe un délai pour la soumission des rapports.
- La formation du personnel de l'unité centrale dans le domaine de la gestion des données, de l'analyse des données et de la planification stratégique n'est pas satisfaisante ;
- La qualité des données provenant des unités régionales et périphériques n'est pas suffisamment contrôlée par l'unité centrale (manque de données ou inconsistance) ;

SÉRIE 8 - Tuberculose

- La qualité des données et la performance du programme (basée sur les données du S&E) ne sont pas systématiquement documentées dans un rapport (compte rendu) ni communiquées de l'unité centrale aux unités régionales et périphériques.
- La qualité des rapports reçus par le niveau central n'est pas toujours vérifiée ; plusieurs rapports sont soumis après les échéances fixées et souffrent d'inconsistance, et quelquefois de double notification. Cette situation est due à la faiblesse du système de communication entre l'unité centrale et les centres régionaux/périphériques. De même, ces problèmes ne sont pas bien documentés ou transmis du niveau central aux centres régionaux / périphériques.
- L'unité centrale ne possède pas de système d'évaluation des compétences et lacunes du personnel des centres régionaux/périphériques, ni de plan de formation pour ce personnel. En fait, les activités de formation ne sont pas systématiques et ne couvrent pas tout le personnel du réseau.
- L'unité centrale ne possède pas de système pour vérifier l'existence de commodités (médicaments, équipements, ordinateurs, etc) et les services ;
- L'unité centrale ne possède pas de système pour vérifier le nombre de personnel formé ;
- L'unité centrale ne possède pas de système pour vérifier la qualité des données ou comparer les données soumises à celles qui existent dans les registres et formes des centres régionaux/périphériques (Data Quality Audit (DQA)).
- Le système ne possède pas de mécanisme de notification concernant l'ensemble des commodités distribuées par le programme (il existe pour les médicaments mais pas pour les équipements/ordinateurs, etc..)

4.8.2. Éviter le reporting parallèle

Dans quelle mesure les modalités de suivi et d'évaluation (S&E) de cette proposition (au niveau de la mise en œuvre par le PR, le sous-réциpiendaire et la communauté) s'appuient sur les systèmes et cadres de reporting existants (dont les canaux et cycles de reporting, et/ou la sélection d'indicateurs) ?

Les modalités de suivi et d'évaluation (S&E) de cette proposition s'appuient sur les systèmes et cadres de notification existants. Concernant spécifiquement le programme national de lutte antituberculeuse il est à noter que le PNLТ utilise les formes et registres (R&R) en conformité avec le système de l'OMS, et de rapports trimestriels établis en conformité avec la stratégie Halte à la Tuberculose (détection des cas et résultats du traitement, DOTS Quarterly online envoyés trimestriellement à l'unité stop TB d'EMRO) correspond parfaitement aux cycles de rapport proposés dans le round 8. Pour éviter toute duplication les données à recueillir dans le cadre du round 8 correspondent à celles qui existent au niveau du système d'information du PNLТ.

Quant au système de reporting de la proposition, il suivra le même système comme suit :

-L'unité de suivi et évaluation du PNLТ sera chargée du suivi du programme et de la proposition. Elle sera chargée de collecter les rapports trimestriels venant des partenaires et des sous PR, de les consolider et de les valider et puis de les remettre trimestriellement aux 2 PRs en utilisant des cannevas standardisés qui seront envoyés semestriellement au Fonds Mondial.

-Les Sous PR, y compris les ONGs, suivront les mêmes cannevas et registres du système de « Recording & Reporting » du PNLТ et les rapports trimestriels.

-Les indicateurs du PNLТ seront standardisés et utilisés par les Sous PR et PRs.

4.8.3. Renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation

Quelles sont les améliorations aux systèmes de S&E du pays (y compris ceux des Récipiendaires principaux et des sous-récipiendaires) incluses dans la proposition pour pallier les lacunes/manques et/ou renforcer le reporting dans le cadre des systèmes nationaux de mesure des impacts ?

➔ Le Fonds mondial recommande que 5 % à 10 % du budget total d'une proposition soient attribués aux activités de S&E, afin de renforcer les systèmes de S&E existants.

L'outil de renforcement des Systèmes de Suivi et évaluation (MESST) a été appliqué pour identifier les faiblesses du système et proposer les actions suivantes pour le renforcer :

- L'informatisation du système de S&E. Elle améliorera la communication entre les différents niveaux du PNLТ ainsi que la coordination avec le système d'information du pays (HMIS) ;

SÉRIE 8 - Tuberculose

- La formation du personnel dans le domaine de la gestion des données, de l'analyse des données et de l'assurance de la qualité des données ;
- Etablissement d'un système pour assurer la qualité de la formation du personnel ;
- Renforcement de l'unité centrale par une équipe de S&E;
- Renforcement du système de supervision du niveau central au niveau régional et de ce niveau au niveau périphérique pour le CEQ des laboratoires et les différentes activités du PNLT. Ce renforcement inclut l'utilisation de rapports standardisés avec des indicateurs recommandés par l'OMS.
- Engagement des ONGs dans le système de notification du programme en utilisant les canevas et registres du programme et les mêmes indicateurs (e.g nombre de visites pour les contacts, etc..) ;
- Le recrutement de 2 équipes pour les 2 PRs pour la gestion de la proposition ;
- Les réunions de S&E du comité pour évaluer la bonne gestion de la proposition utilisant des rapports et indicateurs standardisés ;
- L'assistance technique internationale pour l'évaluation du S&E y compris le système de surveillance du PNLT.

4.9. Capacité de mise en œuvre

4.9.1. Récipiendaire(s) principal (aux)

Décrivez la capacité technique, managériale et financière de chaque Récipiendaire principal pour gérer et superviser la mise en œuvre du programme (ou une partie de celui-ci, le cas échéant).

Dans cette description, indiquez tout obstacle anticipé, susceptible d'empêcher l'obtention de bons résultats, en vous référant à des évaluations antérieures du (des) Récipiendaire(s) principal (aux), autres que des rapports de performance des subventions du Fonds mondial. Les plans couvrant les besoins capacitaires doivent être décrits dans la rubrique 4.9.6 ci-dessous et inclus (selon le cas) au plan d'action et au budget.

PR 1	Direction des Soins de Santé de Base (DSSB)
Adresse	31, Rue Khartoum, 1002, Le Belvédère , Tunis- Tunisie
<p>La Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) est un organisme gouvernemental à caractère technique et administratif sous la tutelle du Ministère de la Santé publique. Créé en 1981 (décret n° 81-793 du 9 juin 1981 portant organisation des services de l'administration centrale du Ministère de Santé Publique), la DSSB, dirige actuellement 17 programmes nationaux de santé, dont le programme national de lutte contre la tuberculose.</p> <p>Retenue par le CCM pour assumer le rôle du Bénéficiaire Principal à côté de la STMR, la DSSB dispose de nombreux atouts qui sont de nature à lui permettre de jouer pleinement ce rôle.</p> <p>Le nombre de structures des soins de santé de base en 2006 est 2076, répartis sur les 24 gouvernorats du pays, où des services de santé (éducation sanitaire, promotion de la santé, soins préventifs et curatifs,...) sont fournis pour agir sur les conditions de santé des habitants. Le réseau des structures des soins de santé de base au niveau local, périphérique et régional est la première interface entre la population et le système de soins.</p> <p>Des stratégies ont été développées et renforcées au cours des années écoulées (expertises internationales et nationales pour l'évaluation des programmes de santé, organisation annuelle des journées nationales de santé publique portant sur les différents thèmes liés aux programmes nationaux, implication de toutes les compétences nationales dans la réflexion...) dans l'objectif d'améliorer les prestations de services particulièrement au niveau des structures de première ligne ainsi que les indicateurs de santé.</p> <p>Concernant les ressources humaines en 2006, la DSSB compte, au niveau central plus de 103 cadres et agents toutes catégories confondues.</p> <p>Sur le plan des capacités managériales et financières, la gestion financière au niveau de la DSSB est régie par la loi des finances. La DSSB comprend une unité centrale administrative et financière chargée de la mise en oeuvre des programmes nationaux. Cette direction gère les dépenses de matériels, la gestion des stocks, les mouvements du parc auto, les activités de coopération et les actions de</p>	

SÉRIE 8 - Tuberculose

logistiques découlant des différentes manifestations que la DSSB organise. D'autre part, la DSSB a géré un projet financé par la Banque Mondiale au début des années 90, relatif à la santé maternelle et infantile, avec un budget autour de 50 000 000 \$US,

Dans le cadre de la présente proposition au Fonds Mondial, il est envisagé d'améliorer les processus de gestion pour faciliter l'exécution des activités programmées dans les délais prévus.

Ainsi et dans le souci d'éviter une éventuelle lenteur administrative et de faciliter la gestion et la supervision de la mise en œuvre du programme de la subvention, des accords de gestion seront établis avec les sous bénéficiaires, en vue de garantir un meilleur suivi des activités programmées et leur exécution dans les délais prévus. Des détails sur les procédures de suivi et d'évaluation du projet ainsi que les moyens pour renforcer les capacités des partenaires seront mentionnées dans les accords de gestion.

L'approche retenue pour l'exécution du présent projet sera une approche participative faisant impliquer tous les partenaires concernés par ce projet et collaboration avec le CCM élargi en tenant compte surtout de l'expérience tunisienne et des leçons tirées à partir du programme de coopération avec le FM relatif au sida qui est en cours d'exécution. Des réunions périodiques seront organisées avec ces partenaires ainsi qu'avec le BP (STMR) du secteur associatif pour étudier les contraintes et les obstacles entravant la bonne marche du projet. Une attention particulière sera cependant accordée, aux partenaires non disposant des capacités nécessaires pour les aider à gérer leurs activités dans les délais et à surmonter ces difficultés. Un partenariat consistant avec tous les acteurs de la lutte antituberculeuse pour atteindre **les six objectifs tracés dans les délais prévus**, est envisagé.

Les partenaires seront identifiés en fonction de leur sensibilité pour le sujet, de l'expérience acquise, des compétences, des ressources humaines dont ils disposent, des programmes et activités qu'ils s'engagent à accomplir, ainsi que des outils de suivi et d'évaluation qui permettront ensuite de mesurer à court, moyen et à long termes les performances accomplies, aussi bien quantitatives que qualitatives. La DSSB procédera ensuite à l'établissement de conventions avec les partenaires identifiés. Une unité de gestion sera mise en place au sein du PR (DSSB) pour appuyer la DSSB (PR) dans la gestion managériale et financière ainsi que le suivi de l'exécution des activités. La DSSB en tant que BP travaillera en étroite collaboration avec le CCM et veillera sur la conformité de l'avancement des activités avec la planification retenue ou les changements que dicte l'évolution du projet et après accord du FM.

La DSSB, par son expérience et son savoir faire, appuiera le CCM dans la gestion technique, administrative et financière des fonds. Les capacités des partenaires nationaux impliqués dans la lutte contre la tuberculose pour la mise en place et l'exécution des activités de la subvention durant la période du projet avec le Fonds Mondial seront progressivement renforcées par l'information, la sensibilisation et la formation sur les procédures en conformité avec les normes internationales notamment en ce qui concerne la gestion des stocks, le recrutement des experts internationaux et nationaux ainsi que dans l'acquisition du matériel et des équipements médicaux prévus pour le renforcement du système de santé afin de garantir le maintien et le renforcement des acquis et une meilleure contribution nationale à la réduction de la morbidité et la mortalité dues à la tuberculose d'ici 2015 et ce conformément au but du Partenariat Stop TB et les Objectifs du Millénaire pour le Développement .

PR 2	la Société Tunisienne des Maladies Respiratoires (STMR)
Adresse	16, Rue de Touraine 1082 Tunis. Tunisie Tel / Fax : +216 71 570468 Site Web : www.pneumotunisie.org Son adresse électronique : pneumologie.STMR@gmail.com
	Organisation non gouvernementale, la Société Tunisienne des Maladies Respiratoires (STMR), est une société savante à but non lucratif. Elle a été créée en 1970 à Tunis (Visa 3966 du 6 avril 1970). La STMR compte actuellement environ 300 adhérents et jouit d'une liberté et d'une indépendance totale. La STMR est gérée statutairement par un bureau exécutif élu démocratiquement tous les 3 ans et/ou tous les modes de pratique (universitaire, sanitaire et libérale) sont obligatoirement représentés.

SÉRIE 8 - Tuberculose

Le bureau se compose comme suit :

- Président d'honneur
- Président
- 2 vice-présidents
- Secrétaire Général
- Secrétaire Général adjoint
- Trésorier Général
- Trésorier Général adjoint
- 5 membres
- Past-président
- Un comité scientifique
- 5 groupes de travail (tuberculose, tabac, sommeil, cancer, insuffisance respiratoire chronique)

La STMR œuvre pour la promotion et le développement de la Pneumologie, l'allergologie et la chirurgie thoracique. Elle joue le rôle d'expert pour toutes les décisions nationales inhérentes à la Pneumologie, aussi bien au niveau des instances gouvernementales que non gouvernementales.

Elle organise annuellement le Congrès National ainsi que des manifestations régionales de formation. Elle propose annuellement un prix de 7000 dollars US, récompensant les 3 meilleurs travaux de recherche de l'année (Jury indépendant)

Elle a eu le privilège d'organiser un grand nombre de manifestations scientifiques de haut niveau

Elle a eu la responsabilité d'assurer :

- le co-pilotage du projet PAL Tunisie avec la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) entre 2003 et 2005 : Edition du guide, formation des médecins et évaluation du projet. Ce projet a fait l'objet d'une thèse de doctorat en Médecine.
- le co-pilotage du projet EMPHIS (Euro Mediterranean Public Health Information System) avec la DSSB, l'Institut Pasteur de Tunis et la Fondation Merieux (2005) et ce, dans le cadre du volet formation à distance des médecins sur la tuberculose.

La STMR participe activement avec d'autres organismes à la lutte contre la tuberculose, le tabagisme et les maladies respiratoires.

Elle célèbre annuellement les journées de la tuberculose, de l'asthme et de la lutte contre le tabagisme.

CAPACITES DE GESTION

La gestion financière est assurée de façon indépendante avec un compte courant bancaire autonome et nominatif de la STMR et ce, depuis sa création en 1970. Ce compte est géré par le trésorier Général et le trésorier Général adjoint sous le contrôle du président dont l'aval est exigé pour tous les mouvements de fonds.

Un rapport financier visé par 2 commissaires aux comptes est présenté à la fin de chaque mandat au bureau exécutif. Le quitus moral et financier donné par l'assemblée générale électorale est la condition nécessaire pour assurer la passation du bureau sortant au bureau élu.

Les fonds sont recueillis à partir des adhésions des membres et des subventions de donateurs bénévoles.

Il est à noter que ce compte bancaire, ouvert à l'Union Internationale des banques (UIB), a l'autorisation de mouvements de devises étrangères du fait de la gestion antérieure de projets, d'enquêtes épidémiologiques ou de recherche à l'échelle internationale.

Dans le cadre de la présente proposition, l'équipe du bureau (président, trésorier et trésorier adjoint) sera renforcée par le recrutement d'un comptable qui contribuera à la gestion financière de celle-ci.

CAPACITE DE SUPERVISION

La STMR compte parmi ses 300 membres, de nombreuses personnes ressources qui ont activement participé aux visites de supervision du programme national. Ce soutien a concerné les aspects techniques de la mise en œuvre du programme tels que la prise en charge de la tuberculose multi-résistante, contrôle de la qualité du diagnostic radiologique de la tuberculose à microscopie négative.

Les membres de la STMR ont également participé aux visites de terrain dans le cadre de la revue OMS du PNLT qui a eu lieu en octobre 1998.

SÉRIE 8 - Tuberculose

D'autre part, tous les chefs de service de pneumophtisiologie sont des membres actifs de la STMR et ont une grande capacité et une longue expérience dans la supervision des équipes de santé et l'évaluation des actions sanitaires.

Pour la présente proposition, le système de suivi – évaluation utilisera les mêmes rapports standardisés que ceux du PNLT et qui sont prévus par la proposition.

4.9.2. Sous-réceptaires	
(a) Les sous-réceptaires prendront-ils part à la mise en œuvre du programme ?	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
(b) Si non, pourquoi ?	
(c) <u>Si oui</u> , combien de sous-réceptaires y prendront part ?	<input type="checkbox"/> 1 - 6
	<input type="checkbox"/> 7 - 20
	<input type="checkbox"/> 21 – 50
	<input type="checkbox"/> plus de 50
(d) Les sous-réceptaires sont-ils déjà identifiés ? (<u>Si oui</u> , joignez une liste des sous-réceptaires avec une description du secteur qu'ils représentent et leur(s) domaine(s) d'activité principal(aux) pendant la durée de la proposition.)	<input type="checkbox"/> Oui [Insérez le numéro d'annexe de la liste]
	<input type="checkbox"/> Non Répondez en rubrique 4.9.4 pour le justifier
(e) <u>Si oui</u> , précisez la part de travail relative prise en charge par les différents sous-réceptaires. Si le secteur privé et/ou la société civile ne sont pas impliqués ou, à l'inverse, très impliqués dans la mise en œuvre du programme au niveau du sous-réceptaire, veuillez expliquer pourquoi.	
NON APPLICABLE	

4.9.3. Sous-réceptaires pré-identifiés

Décrivez l'expérience de mise en œuvre passée des sous-réceptaires clés. Indiquez également toutes les difficultés des sous-réceptaires susceptibles d'affecter la performance, et précisez quelles sont les mesures prévues pour y faire face.

SANS OBJET

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.9.4. Sous-réceptaires à identifier

Expliquez pourquoi tout ou partie des sous-réceptaires ne sont pas encore identifiés. Décrivez également le procédé transparent et à échéancier utilisé par le/les Réceptaire(s) principal(aux) pour sélectionner les sous-réceptaires sans retarder la performance du programme.

Les sous PR seront identifiés ultérieurement après évaluation des capacités d'organisation et de gestion des ressources des sous PR potentiels. A l'instar de l'expérience de la mise en œuvre du projet GF sur le VIH/SIDA, les activités figurant dans la présente proposition seront classées par domaines (laboratoires, activités à caractère social, activités d'éducation de proximité etc.) et le CCM étudiera les meilleures opportunités dans le choix des sous PR autour des PR identifiés, pour garantir une bonne marche des activités.

4.9.5. Coordination entre exécutants

Décrivez comment une coordination sera assurée entre les Réceptaires principaux, puis entre ces derniers et les principaux sous-réceptaires, pour garantir le bon fonctionnement du programme, en temps utile et de manière transparente.

Commentez des facteurs tels que les suivants :

- Comment les Réceptaires principaux interagiront-ils lorsque leurs travaux seront liés (par ex., un Réceptaire principal gouvernemental est responsable de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et/ou médicaux, et un Réceptaire principal non gouvernemental est responsable de la prestation de services à, par exemple, des groupes mal desservis par des systèmes non publics ; et
- Dans quelle mesure les partenaires apporteront un soutien à la mise en œuvre du programme (par ex., en fournissant une assistance de gestion et une assistance technique en plus de toute assistance nécessaire qui sera financée par cette proposition, le cas échéant).

La gestion va être assurée par les 2 PR sous la supervision du CCM conformément aux directives du FM. La planification des activités est basée sur le cadre stratégique proposé par le partenariat international Stop TB et adapté au contexte défini dans le plan stratégique.

Le 2 PR travailleront sur la base des plans d'actions détaillés et confieront à des Sous PR des paquets d'interventions spécifiques (DOTS, groupes à risque, etc.) en accord avec le CCM.

- Les plans détaillés seront élaborés et validés par les différents partenaires et soumis au CCM pour approbation.
- Les 2 PR seront responsables de la mise en œuvre et du suivi de leurs activités et de celles contractualisées avec les sous bénéficiaires. L'évaluation des capacités des sous PR sera effectuée avant le démarrage des activités en vue d'un renforcement éventuel de leur capacité. De plus au cours de la mise en œuvre, les activités des sous PR seront suivies lors des rencontres trimestrielles et au cours des supervisions menées sur les sites
- Un plan de Suivi-Evaluation intégrant les activités des PRs permettra le suivi de la mise en œuvre des activités.

Des activités de supervision seront mises en œuvre par les membres du CCM selon des périodicités prédéfinies. D'autre part, les membres du CCM pourront également solliciter à tout moment les PR et les Sous PR pour des clarifications. Les revues internes annuelles et les évaluations externes menées avec les partenaires contribueront à l'évaluation du programme pour assurer une transparence au niveau de l'utilisation des ressources du fonds.

4.9.6. Renforcement de la capacité de mise en œuvre

Le Fonds mondial encourage les efforts nationaux visant à renforcer la capacité de mise en œuvre des secteurs gouvernementaux, non gouvernementaux et communautaires.

Si cette proposition nécessite le financement d'une assistance de gestion et/ou d'une assistance technique afin de garantir une performance élevée du programme, résumez :

SÉRIE 8 - Tuberculose

- (a) l'assistance envisagée ;**
- (b) le procédé d'identification des besoins au sein des différents secteurs ;
- (c) comment cette assistance sera-t-elle obtenue en termes de concurrence et de transparence ; et
- (d) le procédé employé pour évaluer l'efficacité de cette assistance et pour mettre en œuvre les ajustements nécessaires à la pérennisation d'un haut niveau de soutien.

** (par ex., lorsque le candidat a nommé un deuxième Récipiendaire principal ayant besoin d'un développement des capacités pour remplir sa mission ; ou lorsque le renforcement des systèmes communautaires est considéré comme une "lacune" pour mener les objectifs nationaux à bien, et qu'une assistance en organisation/gestion est requise pour soutenir une prestation de services accrue.)

a) Assistance envisagée

Une assistance technique est prévue dans les domaines :

- Rédaction du guide de laboratoire
- Création un lien avec un laboratoire supranational
- de l'assurance de la qualité pour le laboratoire de référence
- La gestion des médicaments
- services/missions du Green light committee (GLC)
- de Suivi et Evaluation, y compris l'informatisation du système de surveillance et sa certification
- de la prise en charge des MDR
- du contrôle de l'infection
- de l'Approche Pratique Santé respiratoire
- de la recherche opérationnelle.

b) le procédé d'identification des besoins au sein des différents secteurs

L'identification des besoins au sein des différents secteurs se fera à travers les besoins exprimés par les différents partenaires. Les membres du comité de pilotage émanant du CCM procéderont à une analyse des capacités des sous PR et des différents partenaires et statueront sur les besoins d'assistance technique.

c) comment cette assistance sera-t-elle obtenue en termes de concurrence et de transparence

Un comité représentatif des différents partenaires sera constitué. Ce comité se chargera en collaboration avec le système des Nations Unies des appels d'offre dans les journaux et sur internet.

Ce comité en collaboration avec le système des Nations Unies se chargera également de la sélection des candidatures.

d) le procédé employé pour évaluer l'efficacité de cette assistance et pour mettre en œuvre les ajustements nécessaires à la pérennisation d'un haut niveau de soutien

- Les experts internationaux seront secondés par des compétences locales dans le but de rentabiliser au maximum ces missions d'assistance technique et d'assurer un suivi des recommandations formulées par ces experts.
- Le suivi de la mise en œuvre des recommandations par les experts sera intégré dans le processus de suivi évaluation de manière à intervenir pour des ajustements éventuels dans la perspective d'assurer une pérennisation du processus.

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.10. Gestion des produits pharmaceutiques et médicaux

4.10.1. Champ d'application de la proposition de la série	
Cette proposition a-t-elle pour objet le financement de produits pharmaceutiques et/ou médicaux ?	<input type="checkbox"/> Non → Si nécessaire, passez à la rubrique 4B, sinon passez directement à la rubrique 5.
	<input checked="" type="checkbox"/> Oui → Continuez à répondre à la rubrique 4.10.2.

4.10.2. Tableau des Rôles et responsabilités			
Fournissez le maximum de détails possible. (Ex. : le ministère de la Santé peut être l'organisme responsable des activités de "coordination", et son "rôle" dans cette proposition serait celui de Récipiendaire principal). S'il est prévu d'externaliser une fonction, précisez-le dans la deuxième colonne et indiquez le nom du prestataire.			
Activité	Quelles organisations et/ou quels départements sont responsables de cette fonction ? (Indiquez s'il s'agit du ministère de la Santé, du département de Lutte contre la maladie, du ministère des Finances, d'un partenaire non gouvernemental ou d'un partenaire technique.)	Dans cette proposition, quel est le rôle de l'organisation responsable de cette fonction ? (Indiquez s'il s'agit du Récipiendaire principal, du sous-récipiendaire, de l'agent chargé de l'approvisionnement, du stockage, de la gestion des achats, etc.)	Cette proposition nécessite-t-elle le financement de personnel supplémentaire ou d'une assistance technique ?
Politiques et systèmes d'approvisionnement	<p>La DSSB en tant que PR pour le secteur gouvernemental, exprimera ses besoins. Un plan GAS sera mis en place au sein du PR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les médicaments la DSSB effectuera les commandes auprès de la PCT qui se chargera de l'approvisionnement à l'échelle nationale - Pour les produits médicaux, la DSSB se chargera des appels d'offres et fera les commandes auprès des fournisseurs 	La PCT se chargera à son tour de l'importation des médicaments et de la vente	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Droits de propriété intellectuelle	La Direction de la pharmacie et des médicaments (DPM) qui se charge de l'enregistrement et de la réglementation des		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

SÉRIE 8 - Tuberculose

	médicaments		
Assurance qualité et contrôle qualité	Le laboratoire de contrôle des médicaments est chargé de cette activité		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Gestion et coordination Détails complémentaires requis dans la rubrique 4.10.3.	La gestion et la coordination sont la responsabilité de la DSSB en tant que PR représentant du secteur gouvernemental. Le plan GAS qui sera établi définira les modalités de gestion et de coordination.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sélection des produits	La PCT procède par un appel d'offre international (traitement de première intention), pour le traitement de 2 ^{ème} intention l'achat se fait grâce au GLC (commande ferme)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Systèmes d'information de gestion (SIG)	Le PNLT : Le SIG sera intégré dans le système informatisé de surveillance		X Oui Non
Prévisions	Les prévisions sont calculées selon la consommation de l'année précédente en tenant compte du stock initial au 1 ^{er} janvier.		X Oui Non
Approvisionnement et planification	Elle se fait selon un calendrier préétabli et selon le budget alloué par le ministère des finances.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Gestion du stockage et de l'inventaire Détails complémentaires requis dans la rubrique 4.10.4	Inventaires mensuels et annuels, fiches mobiles comportant l'entrée et la sortie par région et le stock restant.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Distribution à d'autres magasins et usagers Détails complémentaires requis dans la rubrique 4.10.4	Non applicable		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Garantir une utilisation rationnelle et la sécurité du patient (pharmacovigilance)	Il existe une généralisation de la stratégie DOTS et centre national de pharmacovigilance.		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

Voir schéma relatif aux rôles et responsabilités (annexe n°25)

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.10.3. Expérience en gestion

Quelle est l'expérience de chaque organisation en charge de l'approvisionnement, du stockage et de la supervision de la distribution de produits pharmaceutiques et médicaux ?

Nom de l'agence	PR, sous-réceptaire ou agent ?	Valeur totale obtenue sur le dernier exercice budgétaire (Même devise qu'en couverture de la proposition)
[Utilisez la touche de tabulation pour ajouter des lignes si plus de quatre organisations seront amenées à gérer ce travail]		

4.10.4. Alignement sur les systèmes existants

Décrivez dans quelle mesure cette proposition s'appuie sur les systèmes nationaux existants, y compris les systèmes de pharmacovigilance, pour la gestion des activités supplémentaires relatives aux produits pharmaceutiques et médicaux. Si les systèmes existants ne sont pas utilisés, expliquez pourquoi.

La Tunisie est dotée d'une législation pharmaceutique étoffée et d'un nombre appréciable d'institutions de régulation du secteur. L'industrie locale du médicament s'y développe rapidement depuis plus d'une décennie sous l'effet d'une politique de promotion des investissements locaux et étrangers notamment par le biais de joint-venture avec des grandes firmes pharmaceutiques. Malgré une privatisation du circuit de la distribution de gros et de détail, l'état a gardé le monopole des importations par le biais de la PCT sur la base d'un appel d'offres international. Le financement de l'achat des médicaments est assuré par l'état. La législation vise à assurer les meilleures garanties d'approvisionnement en termes de qualité, de conformité, de régularité et de prix. Il existe un laboratoire national de contrôle du médicament, indépendant des producteurs et des distributeurs, un centre de pharmacovigilance et un centre de toxicologie.

Une liste de médicaments essentiels est mise à jour régulièrement avec le concours des différents intervenants notamment les programmes nationaux sous la coordination de la Direction de la Pharmacie et du Médicament. Cette liste est unique pour toutes les régions. Il existe une nomenclature spécifique pour les hôpitaux et une autre pour les centres de santé de base. Les quantités des médicaments sont établies en fonction des besoins de chaque région et de la situation épidémiologique.

Les centres de santé de base s'approvisionnent en médicaments de manière bimensuelle par le biais des groupements régionaux de santé de base. La nomenclature des CSB permet à ceux-ci de disposer de tous les médicaments essentiels en première ligne.

Le financement de l'achat des médicaments est assuré par l'état. La législation vise à assurer les meilleures garanties d'approvisionnement en termes de qualité, de conformité, de régularité et de prix. Il existe un laboratoire national de contrôle du médicament, indépendant des producteurs et des distributeurs, un centre de pharmacovigilance et un centre de toxicologie.

En conclusion, les médicaments de qualité sont disponibles et permettent de couvrir toutes les pathologies existantes et les problèmes de disponibilité sont davantage dus à un usage peu rationnel qu'à un manque effectif. La rationalisation de l'usage des médicaments en vue de garantir notamment leur disponibilité est un des objectifs à atteindre. Outre la rationalisation, des efforts organisationnels doivent être entrepris au niveau de la commande des médicaments en vue de garantir leur disponibilité et des quantités suffisantes doivent être mises à la disposition des malades

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.10.5. Alignement sur les systèmes existants	
(a) Quelle(s) organisation(s) assume(nt), à travers cette proposition, la responsabilité première de prendre en charge les services de stockage et de distribution ?	<input checked="" type="checkbox"/> Pharmacie centrale ou équivalent
	<input type="checkbox"/> Organisation(s) nationale(s) sous-traitante(s) (Précisez)
	<input type="checkbox"/> Organisation(s) internationale(s) sous-traitante(s) (Précisez)
	<input checked="" type="checkbox"/> Autres : DSSB en tant qu'organisme gouvernemental responsable du PNLT, qui assure le rôle de PR,
(b) Pour les partenaires en charge du stockage, quelle est, pour chaque organisation, la capacité de stockage actuelle de produits pharmaceutiques et médicaux ? Si cette proposition représente un changement significatif du volume de produits à stocker, estimez ce changement en pourcentage et décrivez les projets mis en œuvre pour accroître la capacité.	
<p>La pharmacie centrale de Tunisie (PCT) représente en Tunisie le monopole en matière d'importation et d'acquisition des produits pharmaceutiques. Elle est dotée de hautes capacités en la matière.</p> <p>La DSSB, qui pilote 17 programmes de santé, est dotée d'une expérience satisfaisante en matière de stockage des produits médicaux et pharmaceutiques. Elle dispose d'un espace adéquat pour les besoins de stockage concernant les 17 programmes (un dépôt spacieux, doté des équipements nécessaires pour le stockage des médicaments et des produits labiles).</p>	
(c) Pour les partenaires en charge de la distribution, quelle est, pour chaque organisation, la capacité de distribution actuelle de produits pharmaceutiques et médicaux ? Si cette proposition entraîne un changement significatif du volume de produits à distribuer ou de(s) la/les zone(s) de distribution, estimez ce changement en pourcentage et décrivez les projets mis en œuvre pour accroître la capacité.	
<p>C'est la DSSB qui se charge de la distribution des produits médicaux et pharmaceutiques. Comme il a été mentionné ci-dessus, la DSSB gère 17 programmes de santé. Elle a acquis l'expérience suffisante pour assumer ce rôle de distribution des produits médicaux et pharmaceutiques. Elle est dotée des capacités nécessaires pour assurer pleinement ce rôle. D'autre part, les produits pharmaceutiques et médicaux demandés dans le cadre de cette proposition se limitent à l'acquisition des médicaments de deuxième ligne et des réactifs pour les laboratoires, dont le volume n'est pas considérable, ne nécessitant pas d'apporter des modifications au réseau existant.</p>	

4.10.6. Produits pharmaceutiques et médicaux pour les deux premières années
<p>Complétez l'"Annexe B-Tuberculose" de ce Formulaire de proposition pour lister tous les produits pharmaceutiques et médicaux nécessitant un financement dans le cadre de cette proposition.</p> <p>Ajoutez également les coûts prévus par unité et les informations sur les directives de traitement standard (DTS) existantes). Toutefois, si les produits pharmaceutiques listés dans l'"Annexe B-Tuberculose" ne figurent pas dans les DTS nationales, internationales ou de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ni dans les listes des médicaments essentiels (LME), décrivez ci-dessous les DTS qui seront utilisées et justifiez de leur utilisation.</p>
<p>La présente proposition ne comporte pas de produits pharmaceutiques listés dans l'"Annexe B-Tuberculose" ne figurant pas dans les DTS nationales, internationales ou de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ou dans les listes des médicaments essentiels (LME)</p>

SÉRIE 8 - Tuberculose

4.10.7. Tuberculose polypharmacorésistante	
L'approvisionnement en traitements contre la tuberculose polypharmacorésistante est-il prévu dans cette proposition Tuberculose ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui Dans le budget, incluez une participation de 50 000 USD/an pendant toute la durée de la proposition pour contribuer au coût des services de soutien du secrétariat du Green Light Committee (GLC).
	<input type="checkbox"/> Non N'incluez pas cette participation

4B. DESCRIPTION DU PROGRAMME - INTERVENTIONS DE RSS TRANSVERSALES

Rubrique facultative pour les candidats

DANS LA SERIE 8, LA RUBRIQUE 4B NE PEUT ETRE INCLUSE QUE DANS UNE SEULE MALADIE, sous réserve que :

- *le candidat ait identifié les lacunes et contraintes du système de santé ayant un impact sur les résultats des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ;*
- *les interventions requises pour remédier à ces lacunes et contraintes soient transversales et bénéfiques pour plusieurs maladies (avec éventuellement d'autres impacts sur la santé) ;*
- *la rubrique 4B ne soit pas également incluse dans la proposition pour la lutte contre le VIH ou le paludisme.*

Lisez les Directives de la série 8 pour la prise en compte d'interventions de RSS transversales.

La rubrique 4B peut être téléchargée sur le site Web du Fonds mondial. Les candidats sont invités à cliquer [ici](#) s'ils comptent inclure des "interventions de renforcement des systèmes de santé transversales" ("interventions de RSS transversales") dans leur proposition.

SÉRIE 8 - Tuberculose

5. DEMANDE DE FINANCEMENT

5.1. Analyse des écarts financiers - Tuberculose

→ Les informations succinctes fournies dans le tableau ci-dessous devront être étoffées dans les rubriques 5.1.1 - 5.1.3 ci-après.

Analyse des écarts financiers (même devise qu'en couverture du Formulaire de proposition)								
Remarque : → Ajustez les en-têtes des tableaux (autant que nécessaire) d'années calendaires en exercices budgétaires (par ex., fin EB 2007 ; etc.) pour aligner la planification annuelle sur les exercices budgétaires								
	Réelles		Prévues		Estimées			
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Le financement d'un programme Tuberculose doit permettre de fournir des services de diagnostic, de traitement, de soins et de soutien complets aux populations ciblées								
Ligne A → Indiquez les montants annuels	4, 600,000	4, 600,000	4, 600,000	3, 733, 538	2, 556, 476	2, 017, 260	2, 075,912	2, 052, 362
Ligne A.1 → Total pour la durée de la demande de financement de la série 8	(besoin total sur la durée de la proposition de série 8)					12, 435, 548		
Ressources actuelles et futures pour répondre aux besoins financiers								
Source nationale B1 : Prêts et allègements de dette (indiquez le nom du bailleur de fonds)	0	0	0	0	0	0	0	0
Ressource nationale B2 : Sources de financement nationales	830,000	880,000	905,000	925,000	945,000	965,000	985,000	1, 005,000
Ressource nationale B3 : Contributions du secteur privé (national)				0	0	0	0	0
Total des entrées de la Ligne B → Total des ressources NATIONALES (allègements de dette inclus) actuelles et prévues :	830,000	880,000	905,000	925,000	945,000	965,000	985,000	1005,000

SÉRIE 8 - Tuberculose

Analyse des écarts financiers (même devise qu'en couverture du Formulaire de proposition)

Remarque : → Ajustez les en-têtes des tableaux (autant que nécessaire) d'années calendaires en exercices budgétaires (par ex., fin EB 2007 ; etc.) pour aligner la planification annuelle sur les exercices budgétaires

	Réelles		Prévues		Estimées			
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ressource extérieure C1 OMS	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Source extérieure C2 (indiquez le nom du bailleur de fonds)	0	0	0	0	0	0	0	0
Ressource extérieure C3 Contributions du secteur privé (international)				0	0	0	0	0
Total des entrées de la Ligne C → Total des ressources EXTÉRIEURES (subventions du Fonds mondial exclues) actuelles et prévues :	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Ligne D : Montant annuel de toutes les subventions du Fonds mondial existantes pour la même maladie : Incluez les montants non approuvés de "Phase 2" en tant que montants "prévus" dans les années correspondantes	0	0	0	0	0	0	0	0

SÉRIE 8 - Tuberculose

Analyse des écarts financiers (même devise qu'en couverture du Formulaire de proposition)								
Remarque : → Ajustez les en-têtes des tableaux (autant que nécessaire) d'années calendaires en exercices budgétaires (par ex., fin EB 2007 ; etc.) pour aligner la planification annuelle sur les exercices budgétaires								
	Réelles		Prévues		Estimées			
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ligne E → Total des ressources actuelles et envisagées (c.-à-d. Ligne E = total Ligne B + total Ligne C + total Ligne D)	840,000	890,000	915,000	935,000	955,000	975,000	995,000	1, 015,000
Calcul des écarts en ressources financières et synthèse du financement total demandé dans la série 8 (joindre un budget détaillé)								
Ligne F → Total de l'écart de financement (c.-à-d. Ligne F = Ligne A - Ligne E)	3, 760,000	3, 710,000	3, 685,000	2, 628,393	1, 329,676	1, 042,260	1, 080,912	1, 037,362
Ligne G = Demande de financement Tuberculose de la série 8 (même montant que dans le tableau 5.3 pour cette maladie)				2, 628,393	1, 329,676	1, 042,260	1, 080,912	1, 037,362

SÉRIE 8 - Tuberculose

Partie H - Calcul du "partage des coûts" pour les candidats à **revenu moyen inférieur et à revenu moyen supérieur**

Pour la série 8, la demande de financement maximum totale pour la tuberculose dans la Ligne G correspond à :

- (a) Pour les pays à revenu moyen inférieur, un montant tel que la contribution totale du Fonds mondial (toutes subventions) au programme national ne dépassant pas 65 % des besoins en financement du programme national de lutte contre la maladie sur la durée de la proposition ; et
- (b) Pour les pays à revenu moyen supérieur, un montant tel que la contribution totale du Fonds mondial (toutes subventions) au programme national ne dépassant pas 35 % des besoins en financement du programme national de lutte contre la maladie sur la durée de la proposition.

Ligne H → Calcul du partage des coûts en pourcentage (%) du financement total du Fonds mondial

Partage des coûts = $\frac{\text{(total des entrées de la Ligne D sur la période 2009-2013 + total de la Ligne G) X}}{100}$

Ligne A.1

61%

SÉRIE 8 - Tuberculose

5.1.1. Explication des besoins financiers - LIGNE A du tableau 5.1

Expliquez comment les montants annuels ont été :

- calculés (par ex., par le chiffrage des stratégies nationales, un cadre de dépenses à moyen terme ou une autre base) ; et
- budgetés de façon à tenir compte des besoins des secteurs gouvernementaux, non gouvernementaux et communautaires, pour assurer la pleine mise en œuvre de la stratégie et du programme Tuberculose nationaux.

Les besoins financiers ont été estimés selon la nouvelle stratégie halte à la tuberculose de l'OMS et le plan stratégique du pays. Ils ont été budgétisés en tenant compte des besoins qui vont être satisfaits par l'appui du FM dès 2009.

Les besoins des différents secteurs seront comme suit :

1. Gouvernement : infrastructure et équipement des laboratoires, gestion des médicaments, suivi et évaluation, et la prise en charge des MDR, assistance technique et recherche.

2. Les ONGs et le secteur éducatif : tous les activités de formation, sensibilisation des médecins du secteur privé, dépistage et sensibilisation des contacts, assistance technique et recherche.

Le tableau suivant montre la répartition des besoins annuels pendant la période 2006 - 2008. Le budget fournis par l'état a augmenté de 830,000 US\$ en 2006 à 905,000US\$ en 2008 sans satisfaire toute les composantes de la stratégie halte à la tuberculose. Dès 2009, les besoins seront diminués parce que le PNLT prévoit que l'appui du FM satisfera une grande partie de ces besoins dès 2009.

Besoins annuels du programme en 2006-2009	US\$
Antituberculeux de première intention	360,000
Personnel travaillant exclusivement pour la lutte antituberculeuse (personnel au niveau central et coordonnateur régionaux)	200,000
Gestion habituelle du programme et supervision	360,000
Fournitures et matériel de laboratoire	150,000
Equipement (le réseau de laboratoire)	2, 000,000
APSR (l'approche pratique de la santé respiratoire)	300,000
PPM (Approches public-public et public-privé)	20,000
Collaboration dans le domaine de la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH	80,000
Antituberculeux de deuxième intention pour les cas de TB-MR	50,000
Prise en charge de la TB-MR (à l'exclusion des antituberculeux de deuxième intention)	120,000
Control de l'infection	170,000
Moyens de transports pour améliorer le dépistage dans les groupes à haute risque, supervisons, et assurance qualité	520,000
Participation de la communauté aux soins de la tuberculose	10,000
Sensibilisation, communication et mobilisation sociale	10,000
Recherche opérationnelle	50,000
Formation et assistance technique	200,000
Totale	4, 600,000

SÉRIE 8 - Tuberculose

5.1.2. Financement national - entrées de la LIGNE B du tableau 5.1

Expliquez les processus utilisés dans le pays pour :

- donner la priorité aux contributions financières nationales au programme Tuberculose national (y compris les PPTE [pays pauvres très endettés] et autres allègements de dette, ainsi que les subventions et prêts comptabilisés dans le budget national) ; et
- garantir que les ressources nationales sont utilisées à bon escient, dans la transparence et avec équité, pour mettre en œuvre la stratégie de traitement, de diagnostic, de soins et de soutien aux niveaux national, sous-national et communautaire.

La priorité du gouvernement a été l'approvisionnement des médicaments, les réactifs pour les laboratoires et le personnel pour la gestion du programme. Cela a permis d'assurer à tous les citoyens un accès gratuit au diagnostic et au traitement. Les activités du PNLT sont financées totalement par le gouvernement et la contribution extérieure est négligeable. Le rôle de la communauté était limité à des activités sociales et de sensibilisation.

5.1.3. Financement extérieur hors Fonds mondial - entrées de la LIGNE C du tableau 5.1

Expliquez toute modification de contribution anticipée pendant la durée de la proposition (et la raison de toute réduction identifiée des ressources extérieures dans le temps). Tout retard actuel dans l'accès au financement extérieur indiqué dans le tableau 5.1 doit être justifié (raisons du retard et mesures envisagées pour y remédier).

Il est prévu que la contribution annuelle de l'OMS de US\$ 10,000 sera stable durant la durée du programme.

5.2. Budget détaillé

Mesures préconisées pour parachever le budget :

1. Soumettre un budget de proposition détaillé au format Microsoft Excel, sous forme d'annexe clairement numérotée. Chaque fois que possible, utilisez la même numérotation pour les lignes de saisie du budget et la description du programme.
 - **POUR DES RECOMMANDATIONS SUR LE NIVEAU DE DÉTAIL REQUIS** (ou en guise de modèle en l'absence de cadre budgétaire national détaillé), reportez-vous aux informations relatives au budget disponibles à l'adresse suivante : <http://www.theglobalfund.org/fr/apply/call8/single/#budget>
2. Assurez-vous que le budget détaillé est cohérent avec le plan détaillé des activités du programme.
3. À partir de ce budget détaillé, préparez un "Résumé par objectif et par domaine de prestation de services" (rubrique 5.3.)
4. À partir de ce budget détaillé, préparez un "Résumé par catégorie de coûts" (rubrique.5.4.)
6. N'incluez aucun coût opérationnel de CCM ou sous-CCM dans la série 8. Ce soutien est désormais disponible via une candidature distincte pour un financement direct par le Fonds mondial (et non par l'octroi de subventions). Cette candidature est disponible à l'adresse suivante : <http://www.theglobalfund.org/fr/apply/mechanisms/guidelines/>

SÉRIE 8 - Tuberculose

5.3. Résumé du budget détaillé par objectif et domaine de prestation de services

N° de référence	Objectif	Domaine de prestation de services (DPS)	Total Année 1	Total Année 2	Total Année 3	Total Année 4	Total Année 5	Total sur 5 ans	
1.1	1	Renforcement du réseau de laboratoires dans le pays	1 479 331	342 886	345 886	342 886	342 886	2 853 875	40,1%
1.2	1	Renforcer la gestion des médicaments pour améliorer l'accessibilité des patients au traitement	116 432	110 000	116 432	110 000	110 000	562 864	7,9%
1.3	1	Renforcer Le système de suivi et d'évaluation et évaluer l'impact	336 676	316 320	361 860	381 860	376 860	1 773 576	24,9%
2.1	2	Améliorer le dépistage et la prise en charge des malades de tuberculose multirésistants	187 200	100 822	96 000	100 822	96 000	580 844	8,2%
3.1	3	Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'infection et de la maladie chez les sujets contacts	221 096	79 296	79 296	79 296	79 296	538 280	7,6%
3.2	3	Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'infection et de la maladie chez les prisonniers	15 186	720	15 186	720	720	32 532	0,5%
3.3	3	Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'infection et de la maladie chez le personnel de santé expose	30 000	51 896	27 600	51 896	27 600	188 992	2,7%
4.1	4	Lutter contre la co-infection TB/VIH	0	4 000	0	0	4 000	8 000	0,1%
5.1	5	Implémenter PAL au niveau des PHCs	179 040	308 736	0	0	0	487 776	6,9%
6.1	6	Résoudre les problèmes du programme par la recherche opérationnelle	50 000	15 000	0	0	0	65 000	0,9%
6.2	6	Renforcer les capacités de recherche du personnel du PNLT	13 432	0	0	13 432	0	26 864	0,4%
		Totale	2 628 393	1 329 676	1 042 260	1 080 912	1 037 362	7 118 603	100,0%

SÉRIE 8 - Tuberculose

5.4. Résumé du budget détaillé par catégorie de coût (les informations succinctes de ce tableau devront être étoffées dans les rubriques 5.4.1 - 5.4.3 ci-après.)

Catégorie de coût	Total Année 1	Total Année 2	Total Année 3	Total Année 4	Total Année 5	Total sur 5 ans	%
Assistance technique et de Gestion	69 000	60 000	53 000	67 000	50 000	299 000	4,2%
Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	200	200	200	200	200	1 000	0,0%
Formation	217 720	366 616	54 660	64 312	33 762	737 070	10,4%
Infrastructure et autres équipements	177 000	5 000	5 000	5 000	5 000	197 000	2,8%
Matériel de communication	25 000	0	0	0	0	25 000	0,4%
Planification et administration	133 000	133 000	194 000	194 000	194 000	848 000	11,9%
Produits et équipements médicaux	1 484 253	262 700	262 700	262 700	262 700	2 535 053	35,6%
Produits pharmaceutiques (Médicaments)	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	300 000	4,2%
Ressources humaines	154 800	154 800	165 600	165 600	165 600	806 400	11,3%
Soutien humain aux patients/populations cibles	96 000	96 000	96 000	96 000	96 000	480 000	6,7%
Suivi et évaluation (S&E)	211 420	191 360	151 100	166 100	170 100	890 080	12,5%
Total	2 628 393	1 329 676	1 042 260	1 080 912	1 037 362	7 118 603	100,0%

total phase 1

3 958 069

SÉRIE 8 - Tuberculose

5.4.1. Contexte du budget global

Expliquez brièvement toute variation significative des catégories de coût par année, ou tous totaux quinquennaux significatifs pour ces catégories.

Les produits et équipements médicaux représentent 34.5% du total du budget demandé (soit un montant de \$US 2,583,398 dont \$US 1,532,598 pour la première année. Ceci s'explique essentiellement par le besoin très ressenti pour développer le réseau laboratoire qui souffre de plusieurs insuffisances et qui sont à l'origine des faiblesses actuelles au niveau de l'application de la stratégie DOTS, ainsi qu'au niveau d'un ciblage approprié des groupes à risque. Le montant de \$US 1, 532,598 au cours de la première année pour cette catégorie sera utilisé essentiellement pour l'acquisition d'équipements nécessaires au développement du réseau laboratoires, en particulier :

- Renforcement des équipements de laboratoires supplémentaires pour les cultures en milieu solide (y compris les consommables et le matériel de sécurité) : \$US 483450
- Equipement de laboratoires pour les cultures en milieu liquide (y compris le consommable et le matériel de sécurité) : \$US 467400

D'une manière générale, l'achat d'équipements et l'infrastructure sont programmés en majeure partie durant la première année. Concernant l'implantation du PAL, elle est essentiellement prévue au cours de la deuxième année ; toutefois, les activités qui auront lieu au cours des années suivantes visent à consolider la formation des médecins. De même, la majorité des activités de recherche commenceront durant la deuxième année.

5.4.2. Ressources humaines

Dans les cas où les "Ressources humaines" représentent une part importante du budget, résumez : (i) la base de calcul du budget sur les deux premières années ; (ii) la méthode de calcul des coûts anticipés sur les années trois à cinq ; et (iii) dans quelle mesure les dépenses en ressources humaines renforceront la prestation de services.

(Les informations utiles permettant d'étayer les hypothèses à formuler dans le budget détaillé sont : une liste des postes proposés cohérente avec les hypothèses sur les heures, les salaires, etc. inclus dans le budget détaillé ; et le temps (en pourcentage) qui sera affecté au travail à effectuer dans le cadre de cette proposition.

→ Joignez toute information complémentaire sous forme d'annexe clairement libellée et numérotée

Les insuffisances actuelles dans le domaine de dépistage, suivi et évaluation sont essentiellement dues à un manque de ressources humaines et à un manque de formation de personnel. Les ressources humaines qualifiées sont indispensables à la bonne gestion et à l'implantation des activités proposées. Ainsi, les ressources humaines de la présente proposition représentent 11% des catégories de coût.

Les fonds des ressources humaines ont été estimés en fonction des standards nationaux et seront repartis comme suit :

-Dépistage :

- 6 techniciens de laboratoire à un salaire annuel de \$10800 ;

-24 personnes des ONGs engagé à quart de temps à US\$2500 par an pour les contacts ;

-Suivi et évaluation :

- Un épidémiologiste à un salaire de \$30,000 par an pour le renforcement de l'unité centrale du S&E du PNLT.

- Un coordinateur du projet (salaire d'US \$ 4000 par mois) pour le renforcement de l'unité centrale du PNLT.

SÉRIE 8 - Tuberculose

- Formation

La rémunération des intervenants se fera comme suit :

- . Formateur \$US150 par jour
- . Chauffeur \$US 25 par jour
- . Personnel d'appui \$US 40 par jour

Il est à noter que dans la présente proposition et conformément aux directives du Fonds Mondial ; les frais de fonctionnement des PRs sont inclus dans la catégorie Planification et Administration.

5.4.3. Autres postes de dépenses importants

Si d'autres "catégories de coût" représentent d'importants montants dans le résumé du tableau 5.4, (i) expliquez la base de calcul de ces montants dans le budget. Expliquez également en quoi ces contributions sont importantes pour la mise en œuvre du programme Tuberculose national.

→ Joignez toute information complémentaire sous forme d'annexe clairement intitulée et numérotée

SANS OBJET

5.5. Demandes de financement dans le cadre d'un mécanisme de financement commun

Dans cette rubrique, les **mécanismes de financement commun** se rapportent aux situations dans lesquelles tout financement est intégré à un fonds commun destiné à être distribué aux partenaires de la mise en œuvre.

Ne complétez pas cette rubrique si le pays partage, par exemple, les efforts d'approvisionnement, mais si tous les autres financements sont gérés séparément.

5.5.1. Statut opérationnel du mécanisme de financement commun

Résumez brièvement les principales caractéristiques du mécanisme de financement commun en précisant le nom du fonds, ses objectifs, sa structure de gouvernance et ses partenaires clés.

→ Joignez, sous forme d'annexes à votre proposition clairement libellées et numérotées, le protocole d'accord, les procédures communes de suivi et d'évaluation, le dernier bilan annuel, les procédures comptables, la liste des partenaires clés, etc.

5.5.2. Mesure de la performance

À quelle fréquence la performance du programme est-elle mesurée par les mécanismes de financement commun ? Expliquez si la performance du programme influence les contributions financières au fonds commun.

5.5.3 Complémentarité de la demande au Fonds mondial

Expliquez comment le financement demandé dans cette proposition (si elle est approuvée) contribuera aux réalisations et aux résultats qui, autrement, n'auraient pas été pris en charge par les ressources disponibles ou prévues par le mécanisme de financement commun.

Si la portée du fonds commun s'étend au-delà du programme Tuberculose, les candidats doivent expliquer le procédé leur permettant de garantir que les fonds demandés contribueront à peser sur les résultats du programme Tuberculose pendant la durée de la proposition.

SÉRIE 8 - Tuberculose

5B. DEMANDE DE FINANCEMENT - INTERVENTIONS DE RSS TRANSVERSALES

Demander un financement pour les interventions de RSS transversales est facultatif dans la série 8

DANS LA SÉRIE 8, LA RUBRIQUE 5B NE PEUT ÊTRE INCLUSE QUE DANS UNE SEULE MALADIE, sous réserve que cette maladie comprenne à la rubrique 4B. la description programmatique du candidat concernant les interventions de RSS transversales.

Lisez les [Directives de la série 8](#) pour la prise en compte d'interventions de RSS transversales.

La rubrique 5B peut être téléchargée sur le site Web du Fonds mondial. Les candidats sont invités à cliquer [ici](#) s'ils comptent inclure des "interventions de renforcement des systèmes de santé transversales" ("interventions de RSS transversales") dans la série 8 et s'ils ont complété la section 4B et l'ont incluse dans les sections Tuberculose de leur proposition.

Liste de contrôle de la proposition Tuberculose

Rubriques 3 à 5 : Description du programme		Nom et numéro d'annexe
4.1	Documentation annexe sur la stratégie nationale	<p><u>Annexe n° 9</u> Plan stratégique National de lutte contre la tuberculose 2008-2015</p> <p><u>Annexe n° 10</u> <i>Guide technique du programme national du PNL T</i></p> <p><u>Annexe n° 11</u> <i>Guide technique pour le diagnostic de la tuberculose par microscopie directe (DSSB/GT/LAT/1-83)</i></p> <p><u>Annexe n° 12</u> <i>Protocoles thérapeutiques pour le traitement de la tuberculose multirésistante (projet approuvé par GLC 2005)</i></p> <p><u>Annexe n° 13</u> <i>Circulaire n34/95</i> <i>Lutte antituberculeuse en Tunisie</i></p> <p><u>Annexe n° 14</u> <i>Gratuité des services sanitaires liés à la lutte contre la TBC (Circulaire n°11 du 31/2/2002)</i></p>
4.2.1	Carte, si la proposition vise une région ou un groupe de population spécifique	NON APPLICABLE
4.3.2	Tout rapport récent sur les faiblesses et lacunes des systèmes de santé ayant un impact sur les résultats pour les trois maladies (et au-delà, le cas échéant).	<p><u>Annexe n°17:</u> <i>Rapports annuel du PNL T 2006 (version arabe)</i></p> <p><u>Annexe n° 18 :</u> <i>Analyse de la</i></p>

Liste de contrôle de la proposition Tuberculose

		<i>situation épidémiologique de la tuberculose en Tunisie mai 2008</i> Annexe n°19 : <i>Rapport Global de l'OMS, 2008</i>
4.4	Document(s) expliquant sur quoi reposent les objectifs de couverture	Annexe n°15: <i>Plan quinquennal de 2007-2011</i>
4.5.1	Un "Cadre de performance" complet par maladie Reportez-vous au Guide de S&E pour remplir ce tableau.	Annexe A
4.5.1	Un plan d'action détaillé (informations trimestrielles pour les deux premières années, et annuelles pour les années 3, 4 et 5) par maladie.	Plan d'action
4.5.2	Un exemplaire du formulaire d'examen du groupe d'examen technique (TRP) pour les propositions de série 6 ou 7 non approuvées (seulement si nécessaire).	NON APPLICABLE
4.8.1	Une évaluation récente des "Systèmes de mesure de l'impact" se rapportant à la proposition (le cas échéant)	NON APPLICABLE
4.9.1	Une évaluation récente des capacités du récipiendaire principal (autre que le rapport de performance de subvention du Fonds mondial).	NON APPLICABLE
4.9.1 <i>(pour les candidats non-CCM)</i>	Document décrivant l'organisation, tel que : documents d'inscription officiels, résumé de l'historique récent de l'organisation, renseignements sur l'équipe dirigeante	NON APPLICABLE
4.9.2	Liste des sous-récepteurs déjà identifiés (inclure leur nom, le secteur qu'ils représentent et le(s) DPS correspondant le mieux à leurs activités sur la période de la proposition)	NON ENCORE IDENTIFIÉS
4.10.6	Une "Liste des produits pharmaceutiques et médicaux" complète par maladie (le cas échéant).	Annexe B

Liste de contrôle de la proposition Tuberculose

Rubrique 4B : RSS transversal (une seule fois pour toute la proposition pays)		Nom et numéro d'annexe
4B.2	Un "Cadre de performance" de RSS transversal complet distinct (ou ajoutez une "feuille de calcul" distincte au "Cadre de performance" de la maladie pour laquelle la r. 4B est soumise) Reportez-vous au Guide de S&E pour remplir ce tableau.	Annexe A
4B.2	Un Plan d'action de RSS transversal détaillé distinct (ou ajoutez une "feuille de calcul" distincte au Plan d'action de la maladie pour laquelle la r. 4B est soumise) (informations trimestrielles pour les deux premières années, et annuelles pour les années 3, 4 et 5).	Plan d'action
Rubrique 5 : Informations financières		Nom et numéro d'annexe
5.2	Un "budget détaillé" (informations trimestrielles pour les deux premières années, et annuelles pour les années 3, 4 et 5)	Budget détaillé
5.4.2	Informations sur la base de calcul du budget et diagramme et/ou liste des ressources humaines prévues d'être financées par la proposition (seulement si nécessaire)	Hypothèse détaillée
5.4.3	Informations sur la base de calcul des coûts des éléments de la "catégorie de coûts élevés"	Annexe 23 (Devis relatifs aux appareils et produits médicaux)
5.5.1 <i>(s'il existe un dispositif de financement commun)</i>	Documentation décrivant le fonctionnement du dispositif de financement commun	NON APPLICABLE
5.5.2 <i>(s'il existe un dispositif de financement commun)</i>	Dernière évaluation des performances du dispositif de financement commun	NON APPLICABLE
Rubrique 5B : Informations financières sur le RSS transversal		Nom et numéro d'annexe
5B.1	Un "budget détaillé" distinct pour le RSS transversal (ou ajoutez une "feuille de calcul" distincte au "budget détaillé" de la maladie pour laquelle la r. 4B est soumise). Information trimestrielle pour les deux	Budget détaillé

Liste de contrôle de la proposition Tuberculose

	premières années, et annuelles pour les années 3, 4 et 5).	
5B.4.2	Informations sur la base de calcul du budget et diagramme et/ou liste des ressources humaines prévues d'être financées par la proposition (seulement si nécessaire)	Hypothèse détaillée
5B.4.3	Informations sur la base de calcul des coûts des éléments de la "catégorie de coûts élevés"	Annexe 23 (Devis relatifs aux appareils et produits médicaux)
Autres documents relevant des rubriques 3, 4 et 5 joints par le candidat :		Nom et numéro d'annexe
4.1.1	Lettre d'approbation du projet de prise en charge de la tuberculose multirésistante par GLC (mars 2005)	Annexe 24
4.5.5.	rapport des résultats du test de faisabilité de PAL en Tunisie,	Annexe 22
4.10.2	Schéma relatif aux Rôles et responsabilités	Annexe 25