

Rapport d'évaluation mi-parcours DGD - Plan Sénégal 2022-2026

**« Renforcement de la qualité de la prise en charge de la tuberculose
et de la lèpre au Sénégal »**

SENEGAL

Mission effectuée du 21 au 31 octobre 2024

Dr. Juergen Noeske

Mr. Angelo Makpenon

Ce rapport reflète le point de vue des évaluateurs, lequel ne correspond pas nécessairement à celui d'Action Damien et des autres partenaires techniques et/ou financiers.



1. Introduction

En collaboration avec la Direction générale de la Coopération au développement et à l'Aide humanitaire (DGD) belge, l'Action Damien (AD) gère un programme quinquennal (2022-2026) dans sept pays partenaires à savoir Bangladesh, Burundi, RD Congo, Guinée-Conakry, Inde, Niger et Sénégal. Dans le cadre de ce programme quinquennal financé par la DGD, AD est tenue de réaliser des évaluations au cours de la mise en œuvre dudit programme.

AD à travers le PNT et le PNEL apporte un appui à la détection, à la prévention et à la prise en charge de la lèpre et de la tuberculose (TB) au Sénégal depuis 2017. Les résultats attendus du programme 2022-2026 du DGD au Sénégal sont :

- La sensibilisation, la détection et la prise en charge des cas de la TB sensible et de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) sont renforcées ;
- La sensibilisation, le dépistage et la qualité des soins aux malades lépreux sont renforcés ;
- Les capacités de gestion et de suivi-évaluation des partenaires locaux sont renforcées.

Les groupes-cibles du programme sont :

- La population générale des six (06) régions couvertes par le programme (Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Saint-Louis et Ziguinchor) ;
- Les personnes infectées par la lèpre et leurs familles (contacts) ;
- Les populations vivant dans les foyers des personnes touchées par la lèpre (villages de reclassement social (VRS) et zones endémiques) ;
- Les enfants de moins de 15 ans à risque de lèpre (contacts, zones endémiques) ;
- Les malades de la tuberculose sensible et de la TB-MR et leurs familles (contacts).

Le rapport qui suit présente **l'évaluation à mi-parcours** du programme DGD 2022-2026 intitulé « **Renforcement de la qualité de la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre au Sénégal** ».

Avant la présentation du rapport d'évaluation, les consultants tiennent à exprimer leurs remerciements :

- ❖ A l'équipe d'Action Damien Sénégal, au Directeur de la Lutte contre les Maladies, à l'équipe du PNT et du PNEL des niveaux central, régional et opérationnel impliqués dans la lutte contre la tuberculose et la lèpre, aux acteurs de la société civile et de la communauté (ASLUT, HELP-TB, ASCL/MTN) et aux patients pour avoir facilité le bon déroulement de cette mission d'évaluation sur le terrain ;
- ❖ A l'équipe de CHOM et de DAHW pour avoir accepté d'échanger avec nous dans le cadre de cette évaluation ;
- ❖ A Action Damien Siège pour nous avoir confié cette mission d'évaluation et nous avoir accompagné tout au long de ce processus ;
- ❖ A la DGD pour avoir financé ce plan quinquennal au Sénégal qui a prévu cette évaluation à mi-parcours.

2. Table des matières

1.	<i>Introduction</i>	2
2.	<i>Table des matières</i>	3
3.	<i>Sigles et Abréviations</i>	4
4.	<i>Résumé</i>	5
5.	<i>Méthodologie</i>	7
6.	<i>Analyse et facteurs explicatifs</i>	8
6.1	Situation épidémiologique de la tuberculose et riposte du PNT	8
6.2	Situation épidémiologique de la lèpre et riposte du PNEL	9
6.3	Programme d'appui de l'AD Sénégal aux deux programmes	10
6.3.1	<i>Performance à mi-parcours du programme</i>	11
6.3.1.1	Renforcement du contrôle de la tuberculose	11
6.3.1.2	Renforcement du contrôle de la lèpre	12
6.3.2	<i>Appréciation de l'exécution physique et financière des activités</i>	14
6.4	Analyse du programme selon les critères d'évaluation OCDE	16
6.4.1	<i>Pertinence</i>	16
6.4.2	<i>Cohérence</i>	16
6.4.3	<i>Efficacité</i>	16
6.4.4	<i>Efficiences</i>	17
6.4.5	<i>Impact</i>	18
6.4.6	<i>Durabilité</i>	18
6.4.7	<i>Cadre Stratégique Commun</i>	18
7.	<i>Conclusion et enseignements tirés</i>	19
8.	<i>Recommandations</i>	20
9.	<i>Illustration des bonnes pratiques identifiées</i>	24
10.	<i>Annexes</i>	25
a.	Termes de référence	25
b.	Notes méthodologiques	41
c.	Liste des documents consultés	42
d.	Déroulement de la mission	44
e.	Les outils de collecte de données (qualitatives et quantitatives).	46
f.	Liste des personnes rencontrés / interrogés	53

3. Sigles et Abréviations

ACNGs	Acteurs de la coopération non gouvernementale Belges
AD	Action Damien
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASCL/MTN	Association Sénégalaise de Lutte contre la Lèpre / Maladies Tropicales Négligées
ASLUT	Association Sénégalaise de Lutte contre la TB
AT	Assistance technique
CDT	Centre de diagnostic et de traitement pour la tuberculose
CHOM	Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte
CHR	Centre Hospitalier Régional
CRAO	Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CS	Centre de Santé
CSC	Cadre Stratégique Commun
DAHW	Association Allemande de lutte contre la lèpre et la tuberculose
DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement et à l'Aide Humanitaire
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DS	District de santé
FM	Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FRF	Fondation Raoul Follereau
IG2	Infirmité de Grade 2
ILEP	Fédération Internationale des Associations contre la <i>lèpre</i>
ISL	Infirmiers superviseurs lèpre
MB	Multi bacillaires
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MTN	Maladie Tropicale Négligée
OCB	Organisation Communautaire de Base
OCDE	Organisation de la Communauté de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OS	Objectif Spécifique
PALs	Personnes affectées par la lèpre
PAPALF	Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Famille
PB	Pauci Bacillaires
PCT	Polychimiothérapie
PeC	Prise en charge
PEP	Prophylaxie post-exposition
PIRP	Prévention des invalidités et réadaptation physique
PNEL	Programme National d'Elimination de la Lèpre
PS	Poste de Santé
PSN	Plan Stratégique National
PTA	Plan de Travail Annuel
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SIS	Système d'Informations Sanitaires
SMART	Simple Mesurable Atteignable Réalisable et Temporel
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose Multi résistante
TPT	Traitement Préventif de la tuberculose
UNION	Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
VAD	Visite à domicile
VRS	Village de Reclassement Social

4. Résumé

Action Damien, à travers un financement de la Direction générale de la Coopération au développement et à l'Aide humanitaire (DGD) belge, appuie sept (07) pays dont le Sénégal dans le cadre d'un plan quinquennal 2022-2026. L'objectif spécifique de ce programme est **de renforcer la qualité de la prise en charge de la TB et de la lèpre dans la zone d'intervention, à savoir six (06) régions médicales : Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Saint-Louis et Ziguinchor**. Quatre (04) interventions stratégiques ont été développées et sont en cours de mise en œuvre sur le terrain : i) **Renforcer la sensibilisation et la prévention des deux maladies** : le traitement préventif à la rifampicine (PEP) administré aux sujets contact de lèpre, des émissions et spots sur la TB et lèpre diffusés sur les radios communautaires, ii) **Renforcer le dépistage chez les présumés tuberculeux et chez les sujets contact de lèpre dans les structures de santé** : Visites à domicile (VAD) des malades de lèpre ou de TB-MR à la recherche des sujets contacts y compris les enfants et transport des échantillons pour le diagnostic de la TB-MR, iii) **Traiter et soutenir tous les patients présentant une TB ou une lèpre**: renforcement des capacités du personnel sur la PeC TB-MR ou lèpre et soutien social des personnes affectées lèpre et TB et iv) **Renforcer le système sanitaire, les capacités de gestion et le système de suivi-évaluation des deux programmes**: supervision des activités de lutte contre la TB-MR et la lèpre. Trois principaux résultats sont attendus de la mise en œuvre de ces interventions stratégiques. Il s'agit de i) la sensibilisation, la détection et la prise en charge des cas de la TB sensible et de la TB-MR sont renforcées, ii) la sensibilisation, le dépistage et la qualité des soins aux malades lépreux sont renforcés et iii) les capacités de gestion et de suivi-évaluation des partenaires locaux sont renforcées. Un cadre de performance avec douze (12) indicateurs a été élaboré dans afin de mesurer les résultats attendus.

Ce programme est mis en œuvre directement sur le terrain à travers les formations sanitaires et les organisations communautaires de base (OCB) impliquées dans la lutte contre la tuberculose sensible, la TB-MR et la lèpre via le Programme National contre la Tuberculose et le Programme Nationale d'Élimination de la Lèpre. Ces formations sont des Postes de Santé (PS), des Centres de Santé (CS), des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) dans les six (06) régions. Les trois (03) associations travaillant avec les deux programmes sur ce financement sont l'Association Sénégalaise de Lutte Contre la Tuberculose (ASLUT) et HELP-TB pour la Tuberculose et l'Association Sénégalaise de Lutte Contre la Lèpre et les Maladies Tropicales Négligées (ASCL/MTN).

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme quinquennal financé par la DGD, il est prévu de réaliser deux évaluations. A cet effet, Action Damien Siège a contracté deux (02) consultants internationaux pour appuyer la réalisation de l'évaluation à mi-parcours.

Cette évaluation à mi-parcours s'est déroulée principalement en trois (03) phases. La 1^{ère} phase s'est déroulée du 1^{er} au 18 octobre 2024 et a concerné la revue documentaire afin de faire un bilan descriptif global de l'appui sur les deux (02) années de mise en œuvre. La 2^{ème} phase a consisté en une descente sur le terrain dans l'ensemble des six (06) régions médicales du 21 au 31 octobre 2024 avec des interviews avec les différents acteurs impliqués dans ce

programme à différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional, opérationnel). Au cours de cette visite terrain, l'équipe des consultants a visité onze (11) structures sanitaires et a travaillé avec les Infirmiers Responsables de la PeC TB, TB-MR et Lèpre. Nous avons également échangé avec l'équipe AD Sénégal (Représentant, Adjoint-Représentant, Assistance Administrative et Financière), le Directeur de la Lutte contre les Maladies (DLM), l'équipe du PNT (Coordonnatrice, Point Focal AD), Coordonnateur Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL), équipe du Centre Hospitalier Ordre de Malte (CHOM) (Directeur, Dermatologue, Assistante Sociale, Gestionnaire, Cordonnier), le Représentant de Association Allemande de lutte contre la lèpre et la tuberculose (DAWH), les Présidents des associations ASLUT et ASCL/MTN et l'équipe de l'ONG HELP-TB (Président, Responsable S&E et Point Focal Ziguinchor), la Directrice Régionale de la Santé / Dakar et son Adjoint. La 3^{ème} phase a été l'analyse des résultats issus de la revue documentaire, des visites de terrain et des échanges avec les différents acteurs. Elle a été aussi consacrée à l'évaluation de l'appui selon les critères de l'Organisation de la Communauté et de Développement Economique (OCDE).

A l'issue de l'examen du programme, nous avons noté que sans l'appui substantiel au PNEL par Action Damien, la lèpre devrait rester une maladie tropicale négligée dépourvue de ressources financières et d'une équipe complète de personnel technique. – Le programme AD trouve sur le terrain parmi les partenaires et les bénéficiaires consentement et satisfaction inconditionnels. L'efficacité et la visibilité des interventions de l'AD dans le domaine de la lèpre au Sénégal sont un acquis.

Pour augmenter l'efficacité et la visibilité de ses interventions dans le domaine de la TB(-MR), AD ferait bien de se concentrer en accord avec le Programme National contre la Tuberculose (PNT) et le Point Focal TB-MR sur la maîtrise de l'endémie et le suivi de la PeC des populations à risque et des patients une fois diagnostiqués pour éviter le risque de voir son appui se « diluer » dans multiples autres appuis au PNT et d'apparaître surtout comme « bouche-trou » comblant les vides laissées par des financements plus importants comme par exemple celui du Fonds Mondial.

En général, le programme a atteint ses résultats visés à mi-parcours de ses interventions, et il ne reste que peu de doutes que le programme va atteindre ses résultats-cibles à terme du programme d'ici 2026.

5. Méthodologie

Cette évaluation à mi-parcours s'est déroulée principalement en trois (03) phases.

a. Phase 1 : La revue documentaire : elle s'est déroulée du 1^{er} au 18 octobre 2024 et a concerné la revue d'un ensemble de documents mis à disposition des consultants afin de faire un bilan descriptif global de l'appui sur les deux (02) années de mise en œuvre. Tous les principaux documents (Plan Sénégal 2022-2026, PTA, rapports, etc) ont été obtenus, sans difficulté ce qui montre une bonne organisation du bureau Action Damien au Sénégal.

b. Phase 2 : Les visites sur le terrain : cette 2^{ème} phase a consisté en une descente sur le terrain dans l'ensemble des six (06) régions médicales du 21 au 31 octobre 2024 avec des interviews basés sur des questionnaires semi-structurés avec les différents acteurs impliqués dans ce programme à différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional, opérationnel). Au cours de cette visite terrain, l'équipe des consultants a visité onze (11) structures sanitaires et a travaillé principalement avec les Infirmiers Responsables de la PeC TB, TB-MR et Lèpre. Nous avons également échangé avec l'équipe AD Sénégal (Représentant, Adjoint-Représentant, Assistance Administrative et Financière), le Directeur de la Lutte contre la Maladie (DLM), l'équipe du PNT (Coordonnatrice, Point Focal Appui AD), Coordonnateur PNEL, équipe CHOM (Directeur, Dermatologue, Assistante Sociale, Gestionnaire, Cordonnier), le Représentant DAWH, les Présidents des associations ASLUT et ASCL/MTN et l'équipe de l'association HELP-TB (Président, Responsable S&E et Point Focal Ziguinchor), la Directrice Régionale de la Santé / Dakar et son Adjoint. La liste des formations sanitaires visitées se présente comme suit :

Tableau 1 : Répartition des structures sanitaires visitées au cours de la mission de terrain

N°	Région	Structure	Type de PeC
01	Dakar	- CS Keur Massar - CHOM	TB, TB-MR, Lèpre Lèpre
02	Diourbel	- PS Khaïra (DS Touba) - DS 10 ^{ème}	TB, TB-MR Lèpre
03	Thiès	- CHR Thiès - DS Thiès	Dermatologie / Lèpre TB, TB-MR, Lèpre
04	Ziguinchor	- DS Ziguinchor - PS Manguiline (DS Bignona)	TB, TB-MR Lèpre
05	Kaolack	- CHR Kaolack - DS Kaolack	Dermatologie / Lèpre TB, TB-MR, Lèpre
06	Saint Louis	- CS Saint Louis	TB, TB-MR, Lèpre

c. Débriefing de la mission terrain : la 2^{ème} phase s'est soldé par un débriefing de la mission terrain avec l'équipe Action Damien Sénégal, le Directeur de Lutte contre la Maladie, les équipes du PNT, du PNEL et le responsable de l'ASCL/MTN.

d. Phase 3 : Examen des résultats de la mise en œuvre et rapport de l'évaluation : cette phase comprenait l'analyse des résultats issus de la revue documentaire, des visites de terrain et des échanges avec les différents acteurs. Elle a été aussi consacrée à l'évaluation de l'appui selon les critères d'évaluation OCDE (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et impact) en rapportant les résultats. Finalement, l'évaluation a identifié les principaux succès et défis, les principaux enseignements, les bonnes pratiques, et elle a présenté les conclusions et recommandations pour la poursuite de la mise en œuvre du programme, avec des orientations pour un éventuel poursuite de financement pour la période 2027-2031. Le rapport de l'évaluation a été rédigé selon les instructions des Termes de référence.

6. Analyse et facteurs explicatifs

6.1 Situation épidémiologique de la tuberculose et riposte du PNT

Au Sénégal, la tuberculose (TB) est l'une des trois maladies prioritaires. Au cours des dix dernières années, l'**incidence estimée** de la TB a montré une diminution régulière, passant de 123 en 2015 à 112 cas pour 100,000 habitants en 2022. Pour l'année 2023, l'OMS a estimé le nombre de cas-incident de la tuberculose au Sénégal à 19 000 (13 000 – 26 000) nouveaux cas et rechutes. En 2023, le PNT a notifié 16 668 cas (taux de couverture de traitement estimé à 88%). Le taux de **mortalité** dû à la TB baisse lentement, évalué à 15 décès pour 100 000 habitants avec 2 600 (1 600 – 3 800) cas de décès estimés dans la population générale (2022). L'analyse des données a montré une **disparité dans la répartition des cas** selon les régions avec plus de 84% des cas notifiés dans les six (06) régions médicales couvertes AD (2023). La répartition par tranche d'âges a montré une prédominance des cas notifiés dans la **tranche d'âge des 25-54 ans** (environ 57%) suivie de celle des 15-24 ans (environ 25%). Plus de 65% des cas sont de sexe masculin. Environ 50% des cas de **TB pédiatrique** ne sont pas dépistés. Dans la tranche la plus vulnérable des enfants de 0-4 ans, à peu près 9 enfants atteints de TB sur 10 ne sont pas dépistés.

La notification des cas de la TB multirésistante (**TB-MR**), même si augmentant, reste relativement faible avec 57% (111 cas en 2023) de couverture de traitement. Il y a un écart entre le nombre de cas notifiés et le nombre de cas mis sous traitement – avec le BPaLM - ainsi qu'un problème de la complétude avec la couverture des examens pré-thérapeutiques et de suivi (parfois un problème d'enregistrement, parfois un problème de retour des résultats de laboratoire).

Le **traitement préventif** de la TB (TPT) cible les contacts des patients avec une TB pulmonaire, en particulier les enfants de < 5ans et les PVVIH avec le régime 3RH (ou 3HP). En 2021, 7373 sujets contacts de < 5 ans ont été mis sous TPT. La couverture avec le TPT chez les PVVIH est faible. La couverture en diagnostic VIH au sein des patients TB, la prise en charge avec les ARV et la couverture avec cotrimoxazole chez les **patients coinfectés** oscillent autour d'une couverture de 95%.

Le **taux de succès** thérapeutique pour la TB sensible (TB-DS) est autour de 90%, celui des patients TB-MR autour de 85% pour les derniers cohortes évalués (2022 et 2021 respectivement).

Un programme de diagnostic systématique portant sur le **diabète** chez le patient TB a été instauré avec une couverture de >95% en 2022.

La **riposte** contre la TB au Sénégal est basée sur la stratégie END-TB avec ses trois piliers et, ses dix (10) composantes, prévoyant la réduction significative de l'incidence et de la mortalité ainsi que l'élimination des inégalités d'accès aux soins.

Les axes stratégiques techniques principales du PNT sont :

- Un renforcement et un ciblage du dépistage et la prise en charge de la TB, y inclut les comorbidités ;
- L'intensification du dépistage parmi les populations-clés et vulnérables (populations démunies et/ou défavorisée, population carcérale) ;
- Un renforcement et un ciblage parmi les populations à risque pour le diagnostic et la PeC de la TB-MR ;
- Une augmentation significative du TPT (approche ciblée pour les enfants et les PVVIH) ;
- Un renforcement de la communication sur la maladie et les services disponibles ;
- Un engagement des communautaires (OCB, ASC, ONG) ;
- Un renforcement de la gestion du programme et du Système d'Informations Sanitaires (SIS).

6.2 Situation épidémiologique de la lèpre et riposte du PNEL

Le Sénégal avait atteint le seuil d'élimination de la lèpre depuis 1995 (taux de prévalence inférieur à 1 cas/10 000 habitants) ; après une recrudescence du nombre de cas entre 2018 et 2021, un seuil de <1 cas par 100 000 habitants a été atteint 2022. Les taux de prévalence et de détection des nouveaux cas ont baissé respectivement de 40% et de 28% de 2012 à 2019. Entre 2021 et 2023, le nombre de cas de lèpre notifiés a baissé de 184 de 162 cas. La plupart des nouveaux cas de lèpre proviennent de quatre (04) régions, à savoir Dakar, Diourbel, Thiès et Kaolack, représentant environ 75% de la charge de morbidité.

A noter qu'en 2023, la proportion de nouveaux cas avec invalidités de degré 2 était de 17% contre 15% en moyenne de 2012 à 2018. Les proportions relativement élevées de cas multi-bacillaires (MB) (83%) et d'enfants (21%) dénotent le dépistage tardif et la transmission active de la maladie au sein des populations à risque.

La riposte du PNEL, se basant sur les documents politiques et stratégiques (directives, guides) alignées sur les recommandations de l'OMS, repose sur :

- Le dépistage actif précoce, visant entre autres les VRS avec la visite à domicile (VAD) à répétition ;
- La prévention parmi les contacts des patients avec la rifampicine prophylactique (PEP) visant surtout les enfants ;

- La prévention des infirmités et la réadaptation physique (PIRP) : assurée par le Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte (CHOM) avec des missions PIRP dans sept (07) régions et par les Centre Régional d'Appareillage Orthopédique (CRAO) de Ziguinchor, Kolda et Tambacounda ;
- La décentralisation du diagnostic et de PeC dans les Postes de Santé des zones endémiques avec formations et supervisions formatives ;
- Un programme pilote de décentralisation de la prise en charge des réactions et des névrites dans quatre (04) hôpitaux, à savoir le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Thiès, de Kaolack et de Ziguinchor et le Centre de Santé (CS) de Touba.
- Un Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Famille (PAPALF) avec la formation professionnelle pour les enfants et jeunes, la rénovation de bâtiments ou constructions de logements sociaux, des projets économiques et communautaires.

Plusieurs indicateurs nécessaires pour une planification basée sur des résultats ne sont pas ou seulement partiellement disponibles :

- Les taux d'achèvement de la PCT par les patients ;
- Les nouveaux cas pédiatriques avec IG2 ;
- Les proportions de patients qui ont développé de nouvelles incapacités au cours du traitement ;
- Le nombre total des (anciens) patients avec les IG2 nécessitant une PeC ;
- La couverture des VAD après le dépistage de nouveaux cas ;
- Le taux des résistances parmi les cas de rechutes ;
- Une cartographie de la distribution des cas (anciens, nouveaux), à actualiser en permanence, et à rendre disponible au niveau central et décentralisé (DS, PS).

6.3 Programme d'appui de l'AD Sénégal aux deux programmes

L'objectif spécifique (OS) du programme d'appui AD/DGD est de renforcer la qualité de la prise en charge de la TB et de la lèpre dans la zone d'intervention (Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Saint-Louis et Ziguinchor).

Les interventions stratégiques planifiées par le programme AD et en cours de mise en œuvre s'inscrivent dans les axes stratégiques sur lesquels reposent les ripostes des deux programmes nationaux à savoir les trois piliers de la stratégies END-TB en ce qui concerne le PNT et, pour le PNEL, la « Towards zero leprosy. Global Leprosy (Hansens's Disease Strategy 2021-20230) » de l'OMS.

Les résultats attendus du programme AD/DGD sont :

- a. La sensibilisation, la détection et la prise en charge des cas de la TB sensible et de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) sont renforcées ;
- b. La sensibilisation, le dépistage et la qualité des soins aux malades lépreux sont renforcés ;
- c. Les capacités de gestion et de suivi-évaluation des partenaires locaux sont renforcées.

La formulation de l'OS du programme, peu « SMART », ne facilite pas la formulation de résultats attendus quantifiables. Par contre, les interventions stratégiques, en donnent quelques indications sans pour autant permettre de formuler les valeurs des indicateurs chiffrées.

6.3.1 Performance à mi-parcours du programme

6.3.1.1 Renforcement du contrôle de la tuberculose

Le programme d'appui AD/DGD est doté d'un cadre de performance à douze (12) indicateurs d'impact, d'outcome et d'output (processus) : six (06) pour la TB sensible et TB-MR et six (06) pour la lèpre. Les valeurs de base des indicateurs sont pour l'année 2020 – le programme a été conçu en 2021 – et des valeurs à atteindre en 2024 (mi-parcours) et en 2026 (fin du programme). L'année 2024 n'étant pas encore achevée, les données validées ne sont pas encore disponibles pour 2024.

Cette évaluation à mi-parcours est partie de l'hypothèse (soutenue par la logique du cadre de performance même) que la progression des valeurs des indicateurs vers l'atteinte des résultats soit progressive-linéaire. Ainsi, nous avons mesuré les résultats pour l'année 2023 étant donné que les résultats de 2024 n'étaient pas encore disponibles au moment de l'évaluation.

Le Tableau 2 présente les six (06) indicateurs pour la TB et la TB-MR avec les valeurs de base (2020), les résultats attendus en 2023 ainsi que, dans la dernière colonne, le taux de réalisation calculé - pour les six (06) régions ou zone de couverture du programme AD. Pour la comparaison, le tableau présente également, les valeurs des indicateurs correspondant du PNT pour tout le pays (ensemble des 14 régions).

Tableau 2 : Cadre de performance du programme AD Sénégal pour le volet (TB et TB-MR)

Outcome : La prévention, la qualité de PeC de la TB DS et de la TB MR sont renforcées dans la zone d'intervention						
		Cible Zone AD '23	Cible PNT '23	Résultat Zone AD '23	Résultat PNT '23	Performance AD '23 (%)
Indicateur 1	Taux de succès thérapeutique des cas incidents tuberculeux (nouveaux et rechutes)	93%	>90%	89%	90%	96%
Indicateur 2	Taux de succès thérapeutique des cas TB-MR	88%	=/>85%	85%		97%
Résultat 1 : La sensibilisation, la détection et la PeC des cas de la TB DS et de la TB MR sont renforcées						
Indicateur I.1	Proportion de malades à risque élevé de développer la TB-MR ayant fait le test GeneXpert	70%	?	70%		100%
Indicateur I.2	Taux de détection de nouveaux cas de TB MR	62%	>70%	57%		92%

Indicateur I.3	Taux de détection des cas incidents tuberculeux (nouveaux et rechutes)	65%	>76%	81%	93%	143%
Résultat 3 : Les capacités de gestion et de S&E des partenaires locaux sont renforcées						
Indicateur III.1	Pourcentage du personnel sanitaire dans les districts, formé en TB-MR	85%	?	97%	?	114%

Les résultats présentés au tableau 2 ci-dessus suscite des commentaires suivants :

1. Les résultats entre la zone la zone d'intervention AD et les résultats au niveau national sont comparables ; parfois ils se confondent même entre eux.
2. Les résultats du plan quinquennal à mi-parcours ont été atteints à plus de 90% (couleur verte !) pour l'ensemble des indicateurs. Vu que l'année 2024 n'est pas encore achevé, il reste peu de doute que le programme va atteindre ses objectifs escomptés. – Le seul indicateur relativement faible, portant sur le taux de détection du TB-MR, est dû entre autres à des difficultés de transport des échantillons vers les sites GeneXpert et aussi au fait que plusieurs machines GeneXpert restaient en panne ou défectueuses.

En résumé on peut conclure par rapport aux résultats du programme visant la TB et la TB-MR que : « *La sensibilisation, la détection et la prise en charge des cas de la TB sensible et de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) sont renforcées* ».

Ces résultats sont atteints du point de vue du contrôle de la tuberculose pendant l'exécution du plan quinquennal. Mais, il reste discutable quelle partie du renforcement est attribuable à ou découle en ligne droite de la mise en œuvre de ce plan. La mise en œuvre du plan y a contribué sûrement étant donné que les renforcements de capacités des acteurs opérationnels, la mise à disposition des cartouches GeneXpert pour le dépistage de la TB-MR, les supervisions régulières des sites de prise en charge des cas de TB et de TB-MR sont un gage de bons résultats pour le programme. Mais il serait difficile d'évaluer cette contribution en termes de pourcentage étant donné que le PNT dispose d'un financement du Fonds Mondial (FM) de lutte contre la TB, le VIH et le Paludisme (FM) à hauteur de 12 millions d'euros pour 3 ans tandis que le financement AD pour la TB est de l'ordre de 180 049 € pour 02 ans. Par ailleurs, le FM finance une partie importante de la PeC globale de la TB-MR, y inclut le fonctionnement, l'aide sociale (appui nutritionnel et le transport).

6.3.1.2 Renforcement du contrôle de la lèpre

Le Tableau 3 mesure le progrès fait dans le contrôle de la lèpre pendant la période d'exécution du programme, en partant du cadre de performance et en procédant de la même façon que pour la TB.

Tableau 3 : Cadre de performance du programme AD Sénégal pour la lèpre

Outcome : La prévention, la qualité de PeC de la TB DS et de la TB DR et de la lèpre sont renforcées dans la zone d'intervention						
		Cible Zone AD '23	Cible PNEL '23	Résultat Zone AD '23	Résultat PNEL '23	Performance Zone AD '23(%)
Indicateur 3	Taux d'achèvement du traitement de la lèpre (MB et PB)	94%	95%	83%	?	88%
Résultat 2 : La sensibilisation, le dépistage et la qualité des soins aux patients lépreux sont renforcées						
Indicateur 2.1	Nombre de nouveaux cas de lèpre détectés (par sexe et âge)	115	144	110	162	96%
Indicateur 2.2	Taux (par million d'enfants) de nouveaux cas d'enfants (0-14 ans) atteints de lèpre	2,8	<10% des cas	4,2 / 1000 000 enfants. (21% des cas)		70%
Indicateur 2.3	Proportion des cas de lèpre chez les femmes parmi les nouveaux cas dépistés	37%	40%	46%	43%	116%
Indicateur 2.4	Taux par million de nouveaux cas avec incapacités de grade 2 (ID2)	0,7 par million (9% des cas)	3,3%	1,7 par million (18% des cas)		41%
Résultat 3 : Les capacités de gestion et de suivi évaluation des partenaires locaux sont renforcées						
Indicateur 3.2	Proportion des infirmiers superviseurs lèpre des districts sanitaires formés	93%	?	79%	?	85%

Les commentaires suivants s'imposent à partir des résultats du tableau 3 ci-dessus :

1. Apparemment, l'étendue de la lèpre au Sénégal a été sous-estimée au moment de la conception du programme AD. Plusieurs résultats-clés du programme n'ont pas été atteints (couleur orange). Ainsi, le nombre d'enfants notifiés, les patients nouvellement diagnostiqués avec IG2 (détection tardive) et la proportion des patients MB (réaction immunitaire) (ne figurant dans le cadre de performance) restent très importants, indiquant une détection tardive des cas de lèpre. Si on se réfère à l'année 2020, année de base pour le PSN Lèpre 2021-2025, la situation n'a pas fondamentalement changé : Nouveaux cas : 192 (164), MB : 73% (83%), Enfant : 20% (21%), IG2 : 6% (18%), (+/-85% PCT achevé).
2. Mais, il serait prématurer de conclure à une performance faible du programme face aux valeurs des indicateurs. Le renforcement de la lutte contre la lèpre pendant la période d'intervention du programme, bien qu'il ne se traduise pas dans un contrôle progressif et continu de l'endémie, a eu plutôt le mérite d'une **récupération d'un « back-log » important des cas de la lèpre, par les VAD**, une activité initiée et portée surtout par le programme de renforcement par AD. A cette activité s'ajoutent, par ailleurs, les initiatives du PEP des sujets-contacts (surtout des enfants) et de la de promotion de la décentralisation de la PeC de la maladie.

3. Il paraît évident qu'un nombre assez important mais inconnu avec exactitude des patients lèpre nécessitant dépistage, diagnostic précoce et soins sont encore dans la communauté.

Alors, on peut conclure que le programme a réussi à renforcer le dispositif du contrôle de la maladie, malgré l'apparente contre-performance.

Pour la lèpre, le financement et les activités planifiées sur le programme DGD constituent une partie substantielle des ressources disponibles pour essayer de contrôler la maladie – à côté d'un financement du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et de la Fondation Raoul Follereau (FRF). Ce financement est vital pour la poursuite et le renforcement du contrôle de la lèpre sur le terrain.

6.3.2 Appréciation de l'exécution physique et financière des activités

Tableau 4: Exécution financière sur la période 2022-2023 en euros

	Budget 2022-2023		Dépenses 2022-2023	
	Montant	%	Montant	%
PNEL				
Aides sociales (appareillage et complications)	11 882	7%	5 052	4%
VAD / formation sanitaire	8 000	5%	4 057	3%
VAD / ONG	5 000	3%	7 652	6%
Dépistage actif	15 000	9%	2 986	2%
Supervision	16 594	10%	20 889	17%
Formation / Réunion / Séminaire / Conférence	80 629	51%	60 509	48%
Communication	10 672	7%	14 023	11%
Recherche opérationnelle	-	0%	-	0%
Appui à la coordination	11 075	7%	10 746	9%
TOTAL	158 852	100%	125 914	100%
PNT				
Soutien aux patients TB-MR (frais déplacement examen ECG et Audiométrie)	2 744	2%	2 864	2%
VAD / formation sanitaire	2 573	1%	1 829	1%
VAD / ONG	8 000	4%	7 982	5%
Supervision	12 000	7%	11 058	7%
Audit de la qualité des données	9 100	5%	8 945	5%
Formation / Réunion / Séminaire / Conférence	70 829	39%	64 990	39%
Communication	21 828	12%	17 224	10%
Appui à la coordination	9 285	5%	9 490	6%
Ordinateur Xpert / Cartouches	21 190	12%	42 122	25%
Recherche opérationnelle	19 000	11%	-	0%
Transport d'échantillon / Xpert	3 500	2%	-	0%
TOTAL	180 049	100%	166 503	100%
AD Sénégal et Siège				
Réinsertion socio-professionnelle / Lèpre	10 213	3%	15 311	5%
Supervision	6 000	2%	5 336	2%

	Budget 2022-2023		Dépenses 2022-2023	
	Montant	%	Montant	%
Dépistage actif lèpre	2 000	1%	-	0%
Audit de la qualité des données	2 000	1%	246	0%
Formation / Réunion / Séminaire / Conférence	37 800	12%	33 636	11%
Recherche opérationnelle	3 000	1%	-	0%
Frais de personnel	195 721	62%	195 991	62%
Frais de fonctionnement	52 066	16%	56 207	18%
Audit financier annuel	7 613	2%	7 622	2%
TOTAL	316 413	100%	314 350	100%

TOTAL GENERAL	655 314		606 768	
----------------------	----------------	--	----------------	--

Source : réalisé par les consultants à partir des plans de travail annuels et les rapports narratifs

NB : ce tableau n'a pas pris en compte le financement additionnel de 5.148 € pour la prise en charge des formateurs internationaux de l'atelier international de formation sur la TB-MR et un autre financement de 5.000 € d'une commune Belge pour appuyer les activités de la ferme pédagogique.

A partir du tableau 4 ci-dessus, il a été noté que le taux d'exécution financière a été de 93% (606 768 / 655 314). Ce qui est très apprécié étant donné que les résultats des audits financiers sur la période 2022-2023 n'ont pas révélé de problèmes de gestion des ressources mises à disposition pour le financement des activités.

Nous notons, toujours, à partir du tableau 4 que seulement 4% du financement des deux (02) années étaient destinés aux patients (aides sociales et réinsertion socio-professionnelle) tandis que les formations /réunions / séminaires et conférences ont représenté 29% sans oublier le fonctionnement et personnel du Bureau AD et appui à la coordination qui ont consommé 41% du budget des deux années.

Pour les activités d'appui au PNT, le taux de réalisation technique a été à 75% (12/16) en 2022. En effet, sur 15 activités prévues, 09 ont été complètement réalisées, 02 partiellement réalisées et 04 non réalisées. Une activité de reprogrammation a été réalisée (élaboration du plan stratégique intégré TB, VIH, IST et hépatites virales). En 2023, sur 20 activités planifiées, 19 (95%) ont été exécutées avec la formation internationale TB-MR partiellement réalisée. C'est la recherche opérationnelle qui n'a pas été réalisée essentiellement dû au retard de mise en œuvre et le calendrier chargé du PNT au second semestre de l'année.

Pour la lèpre, le taux de réalisation technique été de 74% (14/19) en 2022. En effet, sur 18 activités prévues avec le PNEL, 09 ont été totalement réalisées, 04 partiellement réalisées (aides sociales aux PALS, VAD, contractualisation avec les radios, réunions de planification) et 05 non réalisées (appareillage des PALS en prothèses, élaboration des directives nationales sur le diagnostic et le traitement des MTN à manifestation cutanée, la conférence internationale lèpre en 2022, la reproduction du PSN lèpre, l'organisation des journées mondiales de lutte contre la lèpre). Cependant, une activité non prévue a été réalisée, à savoir

la mission de contrôle qualité des laboratoires de diagnostic de la lèpre. En 2023, sur 20 activités planifiées, 18 (90%) ont été exécutées parmi lesquelles deux incomplètement réalisées (VAD d'investigation de contacts par les districts sanitaires et les VAD de l'association ASCL/MTN). Les activités non réalisées étaient la confection de prothèses de PALs et la campagne de dépistage de la lèpre à Touba, essentiellement dû au retard de mise en œuvre et le calendrier chargé du PNEL au second semestre de l'année.

6.4 Analyse du programme selon les critères d'évaluation OCDE

6.4.1 Pertinence

La Tuberculose est l'une des trois maladies prioritaires au Sénégal, la lutte contre la lèpre - maladie négligée qui entraîne des souffrances physiques, psychologiques et sociales considérables - est redevenue importante avec les initiatives pour son élimination par l'OMS. Deux programmes spécifiques (PNT pour la TB et PNEL pour la Lèpre) s'en occupent. Les interventions et les activités planifiées et mises en œuvre par le programme quinquennal DGD/AD sont alignées sur les stratégies nationales qui elles-mêmes sont conformes aux politiques, stratégies, guides et recommandations internationales tant de l'OMS, de l'UNION que de l'ILEP. Les interventions et activités financées répondent donc aux problèmes, besoins et priorités de la politique sanitaire du MSAS ainsi que des deux programmes, PNT et PNEL - avec un ciblage sur les six (06) régions qui concentrent aujourd'hui plus de 80% de la charge de morbidité des deux maladies.

6.4.2 Cohérence

Les interventions et activités de l'AD Sénégal sont mises en œuvre par et/ou étroitement coordonnées avec l'administration, le personnel du secteur santé et - en ce qui concerne les bénéficiaires directes - en franche collaboration avec les associations des patients. Elles se déroulent, de plus, en collaboration et coordination avec les partenaires actifs sur le terrain (DAHW, FRF, CHOM) ou des structures sanitaires privées. Avec ces derniers, plusieurs initiatives de recherches opérationnelles ont été prises, en partie encore en cours. Les personnes-ressources du programme, de nationalité Sénégalaise, compétentes et avec une longue expérience dans le système de santé, font partie intégrante des dispositifs du PNT et du PNEL, respectivement. Le financement DGD/AD est devenu un pilier important dans la lutte contre la lèpre au Sénégal ; il constitue un atout indéniable et apprécié par le PNT pour le diagnostic et la PeC de la TB-MR.

6.4.3 Efficacité

A l'issue de l'analyse des résultats du cadre de performance du programme quinquennal, nous avons noté que les cibles des indicateurs TB-MR sont atteints au moment de cette évaluation mi-parcours ; ils seront très probablement - également atteints comme prévu à la fin de 2026.

Par contre, les cibles des indicateurs lèpre, pouvaient ne pas être atteints vu un "back-log" inattendu des cas récupérés par une relance des activités de recherche active des cas. Néanmoins, cette récupération s'est faite grâce à l'intervention du programme DGD/AD.

Le financement AD permet à trois associations (ASLUT, HELP-TB et ASCL/MTN) de mener des activités sur le terrain en direction des patients TB, Lèpre et leurs contacts. Ce qui a permis d'apporter un appui aux malades et permettre à d'autres cas présumés TB ou lèpre d'être orientés vers les formations sanitaires appropriées pour chercher les soins de qualité.

Plusieurs exemples de bonnes pratiques ont été observés sur le terrain (initiation rapide du traitement TB-MR tenant compte des contre-indications avant la disponibilité de l'ensemble des examens pré-thérapeutiques, implication des dermatologues dans la PeC de la lèpre et d'autres MTN avec une symptomatologie dermatologique dans plusieurs régions dont la généralisation est à encourager. Les acteurs de mise en œuvre et les groupes cibles ont exprimé sans réserve partout leur satisfaction avec l'appui fourni par AD.

Pour les bénéficiaires TB-MR du programme AD, l'apport AD n'est pas toujours perceptible vu le fait que les interventions sont financées par plusieurs partenaires. Pour les patients lèpre, la PeC est appréciée unanimement.

6.4.4 Efficience

Une bonne partie du financement DGD/AD, soit 34% du budget sur les deux ans, est consacré au développement d'expertise locale à travers les formations, séminaires, réunions et conférences sur la TB-MR et la Lèpre des acteurs sur le terrain, les supervisions formatives (TB-MR et Lèpre), la participation au développement des stratégies nationales de contrôle des deux maladies. Les choix stratégiques d'AD pour préserver l'efficacité en ce qui concerne les réductions budgétaires initiales ont été gérés avec le PNT et le PNEL selon les priorités.

Les audits financiers effectués en 2022 et 2023 n'ont pas révélé de problèmes de gestion des ressources allouées à la mise en œuvre des interventions.

Néanmoins, nous avons constaté que la part du budget qui revient directement aux patients est très limitée autour de 4%. Ceci est lié au fait qu'AD est une ONG médicale dont les priorités sont la détection et la mise sous traitement des cas. Son approche vise le dépistage précoce pour les deux maladies afin d'éviter les conséquences socio-économiques, et c'est pour cela que le budget est prioritairement alloué aux activités programmatiques, renforcement des capacités, appui aux programmes, etc. Le développement d'activités génératrices de revenus en plus des interventions actuelles d'AD serait un plus pour les patients afin d'améliorer leur situation économique.

De plus, l'engagement d'une ONG (AD) pour l'engagement des financements prévus pour les interventions et activités des deux programmes pourraient entraîner des doublons de dépenses. Nous avons été rassurés que ces types de dépenses sont évités et les dépenses effectuées sont complémentaires. Les coûts des « overheads » (bureau et logistiques, frais de personnel administratif etc.) ; et, finalement, les coûts d'un personnel technique pris en charge selon des barèmes beaucoup sont plus importants que ceux alloués au personnel

technique et administrative de l'Etat. Il est souhaitable qu'AD Sénégal fasse des efforts pour minimiser les « overheads » au profit des activités plus efficaces sur le terrain.

6.4.5 Impact

Les effets à long terme, même si un long chemin est encore à parcourir seraient l'élimination des deux maladies (< 1 cas / 1 million habitants pour la TB, zéro nouveau cas autochtone de la lèpre). Le PNT avec sa performance en 2023 a fait un bond en avant important sur ce chemin. Les initiatives entamées par le programme AD Sénégal vers un contrôle de la lèpre et ses résultats sont prometteurs. Tout contrôle des deux maladies passe à travers un dépistage précoce des cas et leur guérison ainsi que par des programmes(-ciblés) de prévention toute en s'appuyant sur les membres des communautés engagés.

6.4.6 Durabilité

Le programme DGD/AD consacre une bonne partie de son financement au renforcement suffisant des capacités des acteurs tant au niveau central que décentralisé pour le contrôle de la maladie et une PeC correcte des deux maladies dans les six régions cibles. Les mutations de personnel, les départs du personnel du système de santé et les départs à la retraite peuvent être des freins à la pérennisation des acquis du programmes DGD/AD, La documentation des bonnes pratiques observées sur le terrain et la poursuite ininterrompue du renforcement des capacités à travers les formations ciblées et les supervisions formatives, financées aussi avec les ressources propres de l'Etat sera un gage de durabilité des acquis.

6.4.7 Cadre Stratégique Commun

Dans le cadre Stratégique Commun 2022-2026 (CSC 2022-2026), en 2022, la représentation d'AD au Sénégal a participé à l'atelier de révision des cibles stratégiques et synergies (du 17 au 18 mars) et au forum annuel des Acteurs de la coopération non gouvernementale Belges (ACNGs) le 24 novembre, pour une meilleure connaissance des programmes des ACNG et une amélioration des synergies. Ainsi, AD s'est inscrite dans quatre propositions de synergies : i) sensibilisation, dépistage et prise en charge médicale des enfants en situation d'handicap pour prendre en compte les enfants atteints de la lèpre et présentant un handicap (Cible stratégique 1 du CSC), ii) autonomisation des jeunes (CS3), iii) Caravane : genre, environnement, santé (CS4) et iv) Partage d'expertise sur la santé publique (CS5). AD a aussi participé au mois de novembre 2022, à la caravane de l'environnement et de l'inclusion sociale, synergie qui a suscité un fort engouement avec la participation de 14 organisations (ACNG et partenaires).

En 2023, AD Sénégal a participé au mois de novembre 2023 au forum annuel des ACNGs et à la caravane de l'environnement et de l'inclusion sociale, en organisant une journée de dépistage de la tuberculose à Thiès commune avec l'unité de radiographie mobile du programme national de lutte contre la tuberculose. Au total,
- 63 personnes ont bénéficié de radiographie des poumons dont 45 femmes et 01 enfant ;

- 17 parmi elles ont présenté des images suspectes de TB dont 10 femmes, les prélèvements de crachats ont été effectués pour confirmation au laboratoire et 2 cas ont été confirmés.

7. Conclusion et enseignements tirés

Le Sénégal à l'instar de six (06) pays bénéficient du financement du programme quinquennal 2022-2026 du DGD via Action Damien pour le renforcement de la prise en charge de la tuberculose et la lèpre dans six (06) régions médicales sur les quatorze (14) qui au moment de la conception du programme en 2020 portent plus de 80% de la morbidité de ces deux (02) maladies. L'évaluation à mi-parcours de ce programme a permis d'observer que plus de 90% des activités planifiées sur les deux premières années ont été exécutées avec 93% de consommation des crédits alloués. Pour le renforcement du volet TB(-MR) les indicateurs du cadre de performance ont atteint leurs valeurs-cibles à mi-parcours. Comme conséquence d'un nombre de patients de la lèpre non diagnostiqués bien plus important qu'estimé, les valeurs-cibles des indicateurs du volet lèpre n'ont pas été atteints. Mais d'autre part, le renforcement du programme lèpre a eu le grand mérite de : a) par des activités de dépistage actif de mettre en évidence un « back-log » important des cas, souvent déjà atteints de IG2 ; b) démontrer - dans le cadre de la recherche opérationnelle – comment le contrôle de la maladie peut progresser par le biais des campagnes de dépistage actif parmi les populations à risque en y associant la dispensation PEP aux sujets-contacts de proximité.

Le programme AD au Sénégal intervient dans une situation complexe en étant lui-même assez complexe (avec un éventail d'activités portant sur toute la cascade de la PeC des deux maladies). Les activités du programme AD ne sont pas réalisées seulement à cause de la disponibilité des ressources financières, mais essentiellement aussi sur la base d'une assistance technique de deux personnes-ressources compétentes et dédiés à leurs tâches. Une conséquente coordination et collaboration avec le PNT avec la flexibilité requise a permis de renforcer la lutte contre la TB et surtout la TB-MR. De plus, sans l'appui substantiel au PNEL par l'AD, la lèpre devrait rester une maladie tropicale négligée dépourvue de ressources financières et en personnel technique. – Le programme AD trouve sur le terrain parmi les partenaires et les bénéficiaires consentement et satisfaction inconditionnels. On regrette surtout que sa marge de manœuvre est restreinte à cause des ressources disponibles limitées. La visibilité des interventions de l'AD dans le domaine de la lèpre est un acquis au Sénégal. Pour augmenter sa visibilité et celle de ses interventions dans le domaine de la TB(-MR), AD ferait bien de se concentrer en accord avec le PNT et le Point Focal TB-MR sur la maîtrise de l'endémie et le suivi de la PeC des populations à risque et des patients une fois diagnostiqués (voir aussi Recommandations).

En général, il ne reste que peu de doutes que le programme va atteindre sans doute ses résultats-cibles à terme du programme d'ici 2026 avec le maintien et le renforcement de l'effort déjà en place.

8. Recommandations

En général, les interventions de l'AD gagneraient en visibilité si l'ensemble des activités prévues dans le plan opérationnel quinquennal serait – année par année – serait pourvu par des cibles à atteindre avec des indicateurs mesurables, d'une façon qu'on ne se limite pas dans les rapports d'activités à une mention de « activité réalisée » (output, processus) mais qu'on ajoute un résultat (outcome).

De plus, il serait souhaitable de rediriger si possible une partie du budget des formations, vers une augmentation des aides sociales lèpre et du budget des supervisions formatives. Etant donné que l'expertise AD repose sur le développement des interventions de santé pour améliorer la prise en charge précoce et la qualité des soins, le PNEL pourrait mener des plaidoyers auprès du gouvernement pour un complément d'aides sociales par rapport aux aides sociales d'AD. Ainsi, l'on pourrait augmenter le nombre de supervisions formatives à 4-6/an au lieu de 2/an avec un focus sur les districts sanitaires avec une charge d'importance numérique des cas notifiés – pour les deux pathologies. On peut se demander l'efficacité d'une formation de trois (03) jours d'un personnel sur une pathologie (Lèpre et aussi TB-MR) à laquelle ce personnel ne se trouve dans la pratique quotidienne confronté qu'une ou deux fois par an. Il s'agit d'une suggestion de stratégie « payante » par rapport à une série de formations qui peuvent se révéler sans impact réel. Les recommandations spécifiques pour la TB et pour la lèpre se trouvent dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Recommandations opérationnelles 2025-2026

Recommandation	Responsable	Acteurs impliqués	Priorité
Renforcement TB et TB-MR			
Appuyer le PNT pour la collecte, la synthèse et l'exploitation des données relatives aux indicateurs essentiels pour suivre l'endémie de la TB-MR.	AD Sénégal	PNT	Haute
Suivre au quotidien avec le Point Focal TB-MR la PeC des patients TB-MR notifiés ; jusqu'au moment où le « tracker » est pleinement fonctionnel et permettant de suivre en temps réel le processus de la PeC des cas dès le bilan pré-thérapeutique jusqu'à la guérison pour éviter autant que possible délai et non-complétude des activités de PeC ;	AD Sénégal	PNT	Haute
Insister sur l'initiation des patients TB-MR nouvellement notifiés sans délai, même si les résultats du bilan pré-thérapeutique manquent partiellement – s'il n'y a pas contre-indication évidemment ;	PNT	District Sanitaire Sites de prise en charge	Haute
Insister sur la VAD immédiatement après la notification et éventuellement après 6-8 mois ;	PNT	District Sanitaire Sites de prise en charge	Haute
Améliorer le retour des résultats des antibiogrammes du Laboratoire National de Référence (Fq!) et leur enregistrement dans les outils de gestion des patients ;	PNT	LNR	Haute
Compléter les fiches patients et le registre (catégorisation cas – nouveaux cas!) ;	PNT	District Sanitaire Sites de prise en charge	Moyenne

Recommandation	Responsable	Acteurs impliqués	Priorité
Améliorer la gestion de l'aide sociale (appui nutritionnel et transport) <ul style="list-style-type: none"> Mettre à la disposition l'aide sans délai dès le démarrage du traitement Reconsidérer le paiement total au début du traitement. 	PNT	District Sanitaire Sites de prise en charge	Moyenne
Appuyer ou démontrer les pistes pour un appui pour confédérer ASLUT et HELP-TB dans une seule Association <i>si besoin persiste</i>	PNT	AD, PNT, ASLUT et HELP-TB	Relative
Renforcement du contrôle de la lèpre			
Appuyer le PNEL pour la collecte, la synthèse et l'exploitation des données relatives aux indicateurs essentiels pour suivre l'endémie de la lèpre.	AD Sénégal	PNEL	Haute
Actualiser et afficher en temps réel une cartographie opérationnelle des cas-incidents de lèpre (niveau central, région médicale (Infirmier Superviseur Lèpre), niveau district sanitaire (Point Focal), Poste de Santé (infirmier.) ; ceci, pour mieux connaître l'évolution de l'endémie et, donc, mieux la contrôler ;	PNEL	ISL, DS et PS	Haute
Organiser avec le PNEL et les membres des associations locales (ou. Agents de Santé Communautaires engagés par d'autres partenaires comme PLAN) la VAD exhaustive (tous les cas-incidents) et sans délai (dès la notification) ;	PNEL	ONGs, OCB	Haute
Faire considérer chaque enfant notifié avec lèpre et IG2 comme « critical incident » (OMS), un cas pour lequel il faut reconstruire le chemin thérapeutique ayant retardé le diagnostic précoce ;	PNEL	Sites Pec Lèpre	Haute
Continuer à promouvoir et instaurer le PEP, au moins aux enfants à bas âge ; ceci en continuant l'initiative de recherche opérationnelle de VAD et PEP entamée avec le DAHW ;	PNEL	AD Sénégal, DAHW	Haute
Concevoir, planifier et mettre en œuvre un plan progressif de décentralisation réelle sur le terrain de la PeC de la lèpre (tenir compte de la compétence et de l'expérience du personnel au niveau décentralisé). - Commencer avec le Poste de Santé de Khaira (Touba) où un infirmier suit actuellement plus de 70 patients – charge de travail et responsabilité impossibles à porter par une seule personne ;	PNEL	AD Sénégal, DS Touba, PS Khaira	Haute
Faire repartir le financement des aides sociales proportionnellement à la charge maladie (nombre de cas).	AD Sénégal	PNEL	Haute
En collaboration avec le CHOM, actualiser une cartographie et une base de données individualisée des patients lèpre nécessitant une intervention par rapport à leur handicap. Cette liste doit constituer a) la base pour les interventions à planifier pour l'année 2025 et 2026 ; et elle doit constituer b) une base pour une cohorte des patients nécessitant un suivi des interventions et/ou la fourniture en matériel renouvelable pour l'adaptation (chaussures adaptées) et/ou l'aide sociale ponctuelle ou structurelle ;	PNEL	AD Sénégal, CHOM	Moyenne

Recommandation	Responsable	Acteurs impliqués	Priorité
Veiller lors des supervisions sur la complétude des données du registre et des fiches patients	PNEL	AD Sénégal	Moyenne
Coordonner les activités des différents intervenants en VAD au niveau des DS (CS/PS et les associations, OCB, ASC etc.) ;	PNEL	AD Sénégal	Moyenne
Revoir le montant, la disponibilisation et le renouvellement des fonds d'aide sociale ;	PNEL	AD Sénégal	Moyenne
Faire gérer, autant que possible, le financement de VAD (et l'aide sociale) d'une façon décentralisée en caisse avance ;	PNEL	AD Sénégal	Moyenne
Doter en matériel d'IEC, de sensibilisation, de formation ASC / OCB. (Actualiser les vieilles affiches, tableau PeC (posologie traitement, réactions) ; fournir à Ziguinchor – sur demande - des boîtes à images) ;	PNEL	AD Sénégal	Moyenne
Collecter et exploiter pour les PTA tous les indicateurs indispensables pour la gestion du programme (achèvement PCT, IG2 enfants...) – voir stratégie OMS (à adapter) ;	PNEL	AD Sénégal	Moyenne
Mettre tout en œuvre pour débloquer la situation concernant la coordination des interventions pour la PeC des handicaps avec l'aide sociale entre CHOM, PNEL et AD Sénégal	PNEL	AD Sénégal, CHOM	Moyenne
Avec le PNEL et le PNT - intégrer VAD Lèpre / VAD TB dans les endroits où c'est indiqué ;	PNEL	PNT, AD Sénégal	Relative
Organiser dans les zones de faible incidence avec les infirmiers PeC lèpre des formations "sur le tas" (= "sur le cas") pour créer / maintenir une expérience sur le diagnostic de la lèpre ;	PNEL	AD Sénégal	Relative
Initier, avec DAHW la préparation du nouveau PSN Lèpre en tenant compte des directives, guides et recommandations de l'OMS en vigueur.	PNEL	DAHW, AD Sénégal	Relative

A la suite de ces recommandations, nous avons jugé nécessaire de proposer des orientations pour le prochain programme quinquennal 2027-2031.

En effet, les programmes nationaux de lutte contre la TB souffrent d'un sous-financement chronique. Ce sous-financement est encore plus prononcé pour la lèpre, raison pour laquelle elle figure parmi les maladies tropicales négligées pendant de longues années. Les organismes de coopération internationale dans le domaine du développement ont une obligation de la mise à la disposition des ressources pour le contrôle des maladies infectieuses étroitement liées à des situations de pauvreté dans les pays du Sud causées par des siècles de (néo-) colonisation. L'appui du DGD à travers le programme quinquennal 2022-2026 au Sénégal à la lutte contre la tuberculose et la lèpre via Action Damien est capital pour le pays pour le contrôle de la lèpre, mais également pour la TB-MR. La question n'est pas autant avec quels arguments renouveler l'accord du financement. Elle est celle de la meilleure façon de conceptualiser, organiser et mettre en œuvre un financement renouvelé. La formule de base avec laquelle est en train de s'opérer le financement a plusieurs avantages. Il ne s'agit pas d'un « basket funding » dans lequel les ressources partielles mises à la disposition se diluent

facilement dans un grand panier commun ni d'une assistance technique classique (AT) dans laquelle l'AT agit comme un élément relativement libre et reste finalement « accountable » surtout pour celui qui l'engage. L'ONG AD a engagé deux personnes-ressources nationaux, professionnellement bien qualifié, avec toutes leurs réseaux formés au cours des années de travail dans l'administration Sénégalaise. Et l'ONG AD s'est engagé de ne pas agir en indépendance politique et technique relative, mais en coordination et collaboration étroite avec l'administration censée de mettre en œuvre les interventions et activités. La position intermédiaire des deux personnes-ressources entre leur responsabilité vers le bailleur et son sous-contractant (AD Siège), d'une part, et leur responsabilité, ou plutôt inaliénable loyauté vers une administration nationale demande bien sûr un acte de balance permanente. Mais cet acte de balance a été bien maintenu au profit de la mise en œuvre des activités planifiées, y inclut des initiatives en recherches opérationnelles – autant que les consultants ont pu le juger. Ces activités continuent d'être bénéfiques, à une administration en profitant de la compétence des personnes-ressources, aux patients lèpre et TB-MR et leurs associations. Un accord de financement renouvelé avec le but de renforcer le contrôle de la TB et surtout de la TB-MR et la lèpre pouvait prendre la forme suivante :

- Augmenter le budget destiné à la lèpre étant donné l'étendu de l'endémie et les besoins importants en termes d'aides sociales et en réinsertion sociale ;
- Continuer avec la mise en œuvre par l'ONG AD Sénégal avec une équipe de personnes-ressources qualifiés en TB-MR et Lèpre et en collaboration avec les parties prenantes-clés (MSAS, PNT, PNEL) ;
- Pour augmenter la visibilité de l'impact de l'AD sur le contrôle des deux pathologies, essayer en collaboration avec les parties prenantes, d'obtenir l'accord sur une concentration et ciblage des composantes "sensibles" de la PeC de la TB-MR par le PNT. La concentration comprendra l'appui au contrôle de la tuberculose (l'ensemble des données sur l'endémie de la TB-MR, TB-XDR et le suivi au jour le jour et en temps réel de la cohorte des patients sous traitement au niveau central (assistance technique) et dans les unités de soins (supervisions formatives plusieurs fois / an). Cet appui inclura des analyses épidémiologiques poussées (cartographie actualisée en permanence, itinéraires thérapeutiques des patients avant diagnostic etc.) ainsi que la recherche opérationnelle.
- Parallèlement, concentrer l'appui au contrôle de la lèpre sur la maîtrise de l'endémie de la lèpre avec un accompagnement soutenu du PNEL pour la complétude et la promptitude des données. L'accent sera aussi mis sur des analyses poussées de l'évolution épidémiologique de la lèpre au Sénégal, mais aussi sur la gestion plus rigoureuse des patients et des données en incluant :
 - Le suivi de la PCT, des VAD, du PEP ;
 - La cartographie des patients actualisé au jour le jour ;

- La formation continue « sur les cas » ;
 - L'aide sociale (chirurgie, prothèse, ordonnance, hospitalisation, etc) plus consistante et répartie de façon équitable ;
 - La continuation de la recherche opérationnelle avec les partenaires ;
 - La recherche continue des ressources additionnelles pour le programme ;
- Un plan opérationnel quinquennal, base pour la recherche de financement, doit être conçu conséquemment avec les parties prenantes (MSAS, PNT, PNEL) et inclure des objectifs « SMART » et des résultats, précis et relativement flexibles en même temps.

9. Illustration des bonnes pratiques identifiées

Lors des visites de terrain effectuées dans les six (06) régions médicales d'intervention du programme quinquennal 2022-2026, les bonnes pratiques observées se présentent comme suit :

TB-MR

- Initiation pragmatique du traitement TB-MR même si tous les résultats du bilan pré-thérapeutique ne sont pas encore disponibles, mais apparemment pas de contre-indication ; cette pratique est à généraliser ;
- Affichage lisible dans la plupart des bureaux de consultation des instructions pour la PeC (algorithme, posologie, effets indésirables) ;
- Disponibilité des moyens pour faire les VAD chez les patients par un personnel qualifié (infirmier en charge) ;
- L'établissement des réseaux spontanés de communication entre soignants d'une zone de couverture donnée.

Lèpre

- Intégration de la lutte contre la lèpre dans l'ensemble de la lutte contre les MTN (négligées) ; avec la collaboration entre les soignants, les Points Focaux et les Dermatologues de référence, - une pratique à répliquer dans tous les DS avec plusieurs cas de lèpre notifiés ;
- L'établissement des réseaux spontanés de communication entre soignants d'une zone de couverture donnée ;
- Dans la plupart des sites visités : l'attribution aux personnel soignant des espaces de travail éclairés et ventilés.

a. Termes de référence



**TERMES DE REFERENCE
EVALUATION MIS-PARCOURS DU
PROGRAMME DGD 2022-2024**

Titre :

«Renforcement de la qualité de la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre au Sénégal »

Juillet 2024

CONTENU DES TERMES DE REFERENCE

1. Contexte de l'évaluation

- 1.1. Description de l'organisation Action Damien au Sénégal
- 1.2. Description du programme

2. Questions d'évaluation

- 2.1. Finalité, objectif et critères de l'évaluation
 - a. Objectif
 - b. Questions et critères auxquels il faut répondre lors de l'évaluation
 - c. Bénéficiaires
- 2.2. Groupes cibles de l'évaluation

3. Déroulement de l'évaluation et éléments méthodologiques

- 3.1. Phase de cadrage
- 3.2. Phase d'évaluation
- 3.3. Phase de rapport et de consolidation

4. Sources d'information disponibles

5. Calendrier indicatif

6. Gestion et suivi

7. Sécurité

8. Profil des évaluateurs et composition de l'équipe d'évaluation

9. Éthique et conduite professionnelle

10. Procédures relatives à l'offre de l'évaluateur

- 10.1. Critères pour l'introduction de l'offre :
- 10.2. Description détaillée de l'offre

11. Budget

12. Critères de sélection/attribution

13. Clauses suspensives, assurances et conditions de paiement

14. Publication du rapport d'évaluation

1. Contexte de l'évaluation

AD est une association sans but lucratif et une organisation non gouvernementale (ONG) de droit belge dédiée à la lutte contre la lèpre, la tuberculose et d'autres maladies liées à la pauvreté. Sa vision est la suivante : " Un monde où la lèpre et la tuberculose auront disparu ". Sa mission est de faire la différence dans la lutte mondiale contre la lèpre, la tuberculose, la leishmaniose et d'autres maladies négligées liées à la pauvreté.

En tant que telle, AD :

- Fournit des soins de santé par la formation, la recherche et des actions médicales ciblées.
- Facilite la réinsertion des personnes touchées par la lèpre ou la tuberculose.
- Sensibilise le public aux aspects médicaux et sociaux de la lèpre et de la tuberculose.
- S'assure que le pays partenaire dispose des moyens nécessaires pour atteindre ses objectifs.

AD opère sur la base de valeurs définies et a fixé des objectifs stratégiques pour atteindre les buts suivants : prestation de soins, amélioration de la communication, collecte de fonds, développement des ressources humaines, gestion organisationnelle et assurance qualité en appui aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, la lèpre et la leishmaniose.

AD a pour objectif de contribuer aux Objectifs de Développement Durable (ODD), en particulier l'ODD 3.

En collaboration avec la Coopération fédérale belge au développement (DGD), AD gère un programme quinquennal (2022-2026) dans sept pays partenaires, dont Bangladesh, Burundi, RD Congo, Guinée - Conakry, Inde, Niger et Sénégal. Dans le cadre de ce programme quinquennal 2022-2026 subventionné par la DGD, AD est tenue de réaliser des évaluations au cours du dit programme.

Conformément aux engagements pris avec l'État belge, les actions mises en œuvre par AD doivent être évaluées. L'évaluation externe qui fait l'objet des présents termes de référence :

- Répond à une obligation de redevabilité d'AD envers les contribuables et le bailleur de fonds, la DGD (Coopération fédérale belge au développement).
- Reflète également la volonté et la responsabilité d'AD de rendre des comptes à ses partenaires, groupes cibles et bénéficiaires.
- Est destiné à être formatif afin d'améliorer les résultats à atteindre et la durabilité des bénéfices du programme. Elle contribuera à l'apprentissage interne et à la prise de décisions et d'orientations opérationnelles, stratégiques et méthodologiques éventuelles.

En analysant les résultats de l'intervention d'AD dans le domaine de la tuberculose, (TB), y compris la tuberculose multirésistante (TB MDR) et la lèpre et son modus operandi, l'évaluation permettra d'expliquer ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné, d'établir les causes et d'identifier les réorientations opérationnelles et/ou stratégiques pour 2025-2026 et la préparation du nouveau programme 2027-2031, avec ou sans le soutien de AD, dans une perspective de durabilité et d'impact. L'évaluation sera donc utile à AD et aux différents partenaires directs impliqués.

En fournissant des leçons apprises et des bonnes pratiques, l'évaluation sera utile au département « Health Action and Global Impact » (HAGI) AD pour améliorer la formulation, la mise en œuvre et les pratiques de suivi et d'évaluation de ses programmes. Elle doit également contribuer à la gestion des connaissances d'AD.

1.1 Description de l'organisation au Sénégal

AD soutient le programme National de lutte contre la tuberculose (PNT) et le programme d'élimination de la lèpre (PNEL) au Sénégal depuis 2017, via le Ministère de la Santé et l'Action Sociale (MSAS) par le biais d'une convention de partenariat signée le 31 août 2017.

AD fournit une assistance technique permanente et programmatique au PNT dans 6 des 14 régions à savoir Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Saint-Louis et Ziguinchor, qui sont les régions les plus touchées par la TB et la lèpre (représentant environ 70% du fardeau national). C'est ce programme quinquennal de cofinancement DGD-AD piloté par Action Damien qui sera évalué à mi-terme en 2024.

1.2 Description du programme

Le programme quinquennal de cofinancement entre DGD et Action Damien a un budget total de 1.680.001,00 euros en incluant environ 11.600.775 habitants (64% de l'ensemble du pays). Le soutien aux six régions à forte charge de la TB et la lèpre est articulé à travers les programmes PNT et PNEL dans la pyramide sanitaire ; au niveau central avec les différents programmes mentionnés sous la Direction de Lutte contre la Maladie (DLM), et la Direction Générale de la Santé publique (DGSP) ; au niveau intermédiaire avec les Directions Régionales de la Santé (DRS); et au niveau périphérique avec les Districts Sanitaires (DS).

Ce programme a été élaboré selon l'approche participative et en harmonie avec le Cadre Stratégique Commun (CSC) des acteurs de la coopération non gouvernementale belge (ACNGs) du Sénégal.

La mise en œuvre de ce programme se fait via les services centraux (PNT-PNEL), mais surtout les services régionaux (DRS) et périphériques (DS) du MSAS.

Par ailleurs, pour maximiser les chances d'atteinte de l'objectif spécifique, des synergies et complémentarités ont été créées avec les acteurs de la coopération non gouvernementale (ACNG), mais aussi avec d'autres partenaires du MSAS tels que le Fonds Mondial (FM) FM/TB-VIH, mais aussi d'autres acteurs internationaux : Association Allemande de lutte contre la TB et la lèpre (DAHW), et la Fondation Raoul Follereau (FRF), et le Centre Hospitalier Ordre de Malte (CHOM), France ; et acteurs nationaux : Université de Thiès, Association Sénégalaise de Lutte Contre la Lèpre et les Maladies Tropicales Négligées (ASCL/MTN), et associations des personnes affectées par la TB (ASLUT, et HELP-TB).

L'intervention a réalisé d'importantes contributions aux politiques de contrôle de la lèpre comme la prophylaxie-post-exposition (PEP) pour les contacts avec les nouveaux cas de lèpre, la recherche des contacts de TB, la formation du personnel soignant, le renforcement du système de suivi-évaluation des programmes PNT et PNEL et la réhabilitation socio-économique des personnes affectées par la lèpre.

L'objectif spécifique (OS) est de renforcer la qualité de la prise en charge de la TB et de la lèpre dans la zone d'intervention (Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Saint-Louis et Ziguinchor).

Les résultats attendus du programme sont :

- a) La sensibilisation, la détection et la prise en charge des cas de la TB sensible et de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) sont renforcées;
- b) La sensibilisation, le dépistage et la qualité des soins aux malades lépreux sont renforcés;
- c) Les capacités de gestion et de suivi-évaluation des partenaires locaux sont renforcées.

Les interventions stratégiques à mettre en œuvre sont :

- i. Renforcer la sensibilisation et la prévention des deux maladies: le traitement préventif à la rifampicine administré aux sujets contact de lèpre, des émissions et spots sur la TB et lèpre diffusés sur les radios communautaires.
- ii. Renforcer le dépistage chez les présumés tuberculeux et chez les sujets contact de lèpre dans les structures de santé. L'accent sera mis sur des visites à domicile (VAD) des malades souffrant de la lèpre ou de la TB-MR à la recherche des sujets contacts y compris les enfants et au système de transport des échantillons pour le diagnostic de la TB-MR.
- iii. Traiter et soutenir tous les patients présentant une TB ou une lèpre: entre autres à travers le renforcement des capacités du personnel sur la prise en charge de la TB-MR ou de la lèpre, et le soutien social des personnes affectées par la lèpre et des tuberculeux.
- iv. Renforcer le système sanitaire, les capacités de gestion et le système de suivi-évaluation des deux programmes: l'accent sera mis entre autres sur la supervision des activités de lutte contre la TB-MR et la lèpre.

2. Questions d'évaluation

Dans le contexte des changements majeurs de la coopération belge et internationale au développement, marqués par la reconnaissance du rôle central des acteurs locaux dans les processus de développement et le partage des responsabilités qui en découle, AD souhaite réaliser une évaluation **participative et formative**.

A cette fin, l'évaluation finale devrait :

- Répondre à une exigence de redevabilité face à notre pouvoir subventionnant (DGD).
- Évaluer le respect des principes d'appropriation, d'harmonisation, d'alignement, de gestion axée sur les résultats et de responsabilité mutuelle, tels que définis dans la Déclaration de Paris.
- Mesurer le degré de prise en compte des thèmes transversaux concernés par la nature du programme.
- Tirer des conclusions et des recommandations.
- Identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques à capitaliser.

2.1. Finalité, objectifs et critères de l'évaluation

a. *Objectif*

Cette évaluation vise à évaluer les progrès de la mise en œuvre et l'obtention des résultats à mi-parcours, à identifier les forces, les faiblesses et les goulots d'étranglement probables, et à proposer des mesures correctives selon les critères d'évaluation standards (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et impact).

Concrètement, il s'agit donc de :

- Identifier les principales forces du projet pour atteindre l'objectif spécifique.
- Identifier les principales contraintes pour atteindre l'objectif spécifique.
- Proposer des mesures à prendre pour améliorer ou adapter les interventions afin d'atteindre les objectifs du programme actuel et de développer le prochain programme 2027-2031.

b. *Questions et critères auxquels il faut répondre lors de l'évaluation*

Est-ce que les résultats fixés attendront-ils les objectifs fixés :

- a) La sensibilisation, la détection et la prise en charge des cas de la TB sensible et de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) sont renforcées;
- b) La sensibilisation, le dépistage et la qualité des soins aux malades lépreux sont renforcés;
- c) Les capacités de gestion et de suivi-évaluation des partenaires locaux sont renforcées.

L'évaluation du programme prendra en compte les critères suivants du Comité d'aide au développement de la coopération économique et du développement (CAD/OCDE) :

1. **Pertinence et cohérence** : le degré d'adéquation de l'intervention avec les priorités du public cible, des ODD et de l'organisation partenaire : alignement sur les politiques, adéquation des interventions par rapport aux évolutions du contrôle de maladies (TB/lèpre), cohérence avec les dynamiques locales, et qualité de la collaboration AD. Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme répond-elle aux problèmes, besoins et priorités du partenaire local et de la zone couverte, et aux objectifs fixés pour la lutte contre la tuberculose et la lèpre ?
2. **Efficacité** : le degré auquel l'objectif spécifique (résultat) sera atteint, comme prévu à la fin de 2026. Dans quelle mesure les résultats sont-ils atteints, en se référant aux indicateurs, à la capacité du partenaire et des autres acteurs, au choix de la stratégie opérationnelle, à la gestion des risques, aux bonnes pratiques, etc. Dans quelle mesure les partenaires, les groupes cibles et en particulier les bénéficiaires sont-ils satisfaits des résultats obtenus dans le cadre du programme ?
3. **Efficience**: le degré auquel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de manière économique et opportune : choix stratégique de AD pour préserver l'efficacité en ce qui concerne les réductions budgétaires initiales, le rapport qualité/ressources, la capacité et le processus de gestion des ressources, le respect des délais en ce qui concerne les contraintes des donateurs et les contraintes externes. Dans quelle mesure les intrants ont-ils été gérés de manière économique ?
4. **Impact** : effets à long terme: sur les cibles de la tuberculose et de la lèpre telles que définies dans les ODD et les stratégies (inter)nationales, groupes cibles et bénéficiaires touchés, thèmes transversaux - genre et environnement -.

Facultatif : évaluer les conséquences plus larges produites par l'intervention sur les bénéficiaires et les parties prenantes (partenaires, groupes cibles et non cibles) :

- a) Quels sont les effets, les changements ou les impacts que les bénéficiaires et les institutions partenaires et les groupes non cibles obtiennent du programme ?
- b) Les changements induits contribuent-ils à une amélioration des conditions économiques et sociales des bénéficiaires et, dans un sens plus absolu, du contexte du pays ?

5. **Durabilité** : le degré de probabilité de préserver et de reproduire les bénéfices d'une intervention à long terme (durabilité financière, sociale, technique, institutionnelle et environnementale): méthodologie appliquée, stratégie de sortie et capacité du partenaire à garantir la durabilité mais avec les prérequis nécessaires pour des services de qualité et un accès égal et abordable à la santé pour tous (principe de 'Leaving no one behind') programme, pour maintenir les acquis, etc.

Par exemple :

- a) Le programme prévoit-il un renforcement suffisant des capacités pour accroître ou garantir la durabilité ?
- b) Les outils technologiques et méthodologiques utilisés dans le programme sont-ils adaptés aux réalités locales ?

- 6. Contribution au Cadre Stratégique Commun (CSC) :** complémentarités et synergies réalisées et bénéfiques tirés, degré d'implication dans les approches et objectifs du CSC, valeurs ajoutées, etc.

Autres critères

- Le programme actuel a-t-il pris en compte les objectifs transversaux de la DGD dans les domaines du genre (plus d'accès et d'autonomisation pour les femmes), de l'environnement et des droits de l'homme?
- Le rapport d'évaluation répondra à cette question sur les thèmes et objectifs transversaux du cadre stratégique commun dans le domaine spécifique et mis en œuvre en conséquence :
 - Dans le domaine des droits de l'homme et de la santé ?
 - Dans le domaine du genre ?
 - Dans le domaine de l'environnement ?
- Quels sont les principaux enseignements tirés et les mesures à prendre pour améliorer/adapter le programme actuel et préparer le prochain programme ?

c. Bénéficiaires

- DGD.
- Pour AD : AD Sénégal, gestion sur le terrain et AD Bruxelles.
- Les responsables des programmes nationaux de lutte contre la lèpre et la tuberculose.
- Les partenaires opérationnels impliqués : DAHW, FRF, CHOM, ASCL-MTN, HELP-TB, ASLUT, etc.
- Bénéficiaires : les personnes affectées par la lèpre et la TB.

2.2 Groupes cibles de l'évaluation

L'évaluation cible les groupes suivants :

- Le personnel de santé d'AD et du gouvernement impliqué dans la mise en œuvre du programme AD.
- Les bénéficiaires directs ou les personnes affectées par les (deux) maladies dans les 6 districts ciblés du programme AD.
- Au niveau communautaire : Les organisations à assises communautaires et associations des personnes touchées par la lèpre et la TB.
- Le secteur privé à but lucratif : principalement les médecins généralistes et d'autres prestataires du secteur privé (hôpitaux des sociétés minières, entreprises agricoles,...).

2.3 Aires d'évaluation

Cette évaluation à mi-parcours portera sur les aires suivantes : la liste de formations sanitaires et districts sanitaires dont Action Damien couvre sera fournie aux évaluateurs. Ils sélectionneront les centres à visiter. Une carte montrant les zones couvertes par Action Damien est présentée en annexe.

3. Déroulement de l'évaluation et éléments méthodologiques

3.1 Phase de cadrage

Une première phase d'étude documentaire du programme et de discussion avec l'équipe AD au Sénégal pour permettre aux évaluateurs d'approfondir leur connaissance des enjeux de l'évaluation, d'ajuster le choix, la formulation et la structuration des questions évaluatives (critères de jugement, indicateurs), et de préciser les méthodes de collecte et d'analyse des données qui seront proposées pour y répondre.

Le(s) expert(s) détaillera(ont) la manière dont l'évaluation sera menée sur la base du but, des objectifs et des questions d'évaluation qui répondent aux critères.

L'expert proposera dans son offre :

- Une analyse du contexte et des commentaires sur les termes de référence.
- Les cibles concernées par l'évaluation (personnel et gestion du programme, autorités, bénéficiaires, acteurs locaux, organisations, institutions, etc.).
- Les outils de collecte et d'analyse des données (qualitatifs, quantitatifs, par résultat, par catégorie de personnes).
- La méthode de collecte et d'analyse des données (revue documentaire, entretien, visite de terrain, consultation, questionnaire, atelier participatif).
- Le processus pour assurer une évaluation conjointe, participative et formative.

En outre, avant le début de la mission, l'expert fournira un briefing et une matrice d'évaluation pour les questions d'évaluation, les résultats, les sources de données, la collecte de données et les outils ou méthodes d'analyse appropriés pour chaque source de données. Il justifiera l'adéquation des méthodes et outils proposés.

La réunion d'information sera l'occasion de discuter de la matrice d'évaluation, de l'adapter et de fournir des informations supplémentaires sur les données à collecter.

Les outils de collecte et d'analyse des données (qualitatifs, quantitatifs, par résultat, par catégorie de personnes)

L'équipe dispose de deux sources de données :

- Tout d'abord, les dossiers consolidés produits par AD sont utilisés pour le suivi interne, les rapports aux autorités nationales et les rapports aux donateurs. Ces sources de données secondaires sont d'abord examinées afin d'identifier de manière appropriée les données primaires à rechercher.
- Ensuite, les données primaires disponibles au niveau des formations sanitaires seront examinées. Il s'agira notamment d'informations tirées des cartes de traitement et des registres, ainsi que de l'observation directe par les membres de l'équipe et des réponses fournies par les informateurs (y compris les bénéficiaires, les agents de santé et les membres de la communauté) au cours d'entretiens semi-structurés, qui donneront un aperçu de ce qui est fait et de ce que les gens comprennent. Les opinions du personnel périphérique doivent être prises en compte et l'équipe doit entendre la voix des patients, à la fois sur le travail dans le domaine de la tuberculose et sur celui de la lèpre. D'autres entretiens seront menés avec des informateurs clés

au niveau du district et au niveau national. L'équipe améliorera sa compréhension de la situation en étudiant les rapports d'autres évaluations pertinentes réalisées ces dernières années.

Ils interpréteront les résultats à la lumière des documents de stratégie nationale de contrôle des maladies et des politiques Action Damien.

Résultats de cette phase

Une note méthodologique comprenant :

- Les questions évaluatives, reformulées et complétées selon les critères de la section ci-dessus.
- Les méthodes et outils de collecte d'informations pour la phase de terrain, avec une attention particulière à la collecte d'informations auprès des bénéficiaires et des communautés.
- Un calendrier indicatif pour la réalisation des visites de terrain.

3.2 Phase d'évaluation

Au cours de cette phase, l'équipe d'évaluation se rendra sur le terrain. La méthodologie proposée doit garantir la collecte des données nécessaires et suffisantes, vérifiées auprès des partenaires, des communautés et des bénéficiaires finaux, et leur analyse triangulée.

Il est conseillé de programmer la visite d'au moins 12 établissements de santé dans 6 régions pendant 10 jours. Les responsables locaux de la mise en œuvre n'interviendront pas dans la sélection des établissements de santé à visiter.

Des entretiens sont recommandés avec les parties prenantes suivantes : Responsables des programmes de lutte contre la tuberculose et la lèpre, personnel de santé du gouvernement, populations et patients affectés et praticiens privés, partenaires locaux et internationaux.

Il est important de noter que :

Pour chaque question d'évaluation, le rapport final devrait identifier :

- Les points de friction, les points sensibles et les points de tension.
- Les meilleures pratiques/facteurs de réussite.
- Les solutions possibles à traduire en recommandations.

A la fin de la mission sur le terrain, une réunion de restitution sera organisée dans le pays avec l'équipe locale de coordination de AD afin de "confronter" les résultats de cette phase et d'obtenir un premier retour.

Résultats de cette phase

- Une présentation PowerPoint des résultats et des premières recommandations.
- Un rapport sur les discussions et la position initiale des équipes locales sur les premières recommandations formulées.

Si les questions d'évaluation ont été soumises aux parties prenantes et aux personnes interrogées sous la forme d'un questionnaire d'enquête, la documentation complète (liste de toutes les personnes rencontrées, des lieux et des installations visités au cours de la mission) doit être jointe au rapport final. Une description du rôle des parties prenantes dans la collecte des données nécessaires à l'évaluation peut également être fournie.

3.3 Phase de rapport et de consolidation

Après la mission sur le terrain et dans les 10 jours suivant la fin de cette phase, un rapport écrit sera envoyé au siège de AD. Le comité d'évaluation examinera le rapport et enverra des commentaires consolidés aux évaluateurs dans les 15 jours ouvrables. Les évaluateurs auront 10 jours pour intégrer les commentaires et envoyer un rapport final.

Résultats de cette phase

- Un pré-rapport final (à discuter avec le comité d'évaluation lors d'une réunion virtuelle avec les évaluateurs).
- Un rapport final en français (20 pages maximum, hors annexes).

Le rapport doit être présenté comme suit :

1. Introduction
2. Table des matières
3. Résumé
4. Méthodologie
5. Analyse et facteurs explicatifs
6. Conclusions et enseignements tirés
7. Recommandations
8. Illustration des bonnes pratiques identifiées
9. Les annexes (à joindre à la version finale du rapport) contiendront notamment
 - a) Les termes de référence
 - b) Les notes méthodologiques
 - c) La liste des documents consultés
 - d) Les outils de collecte de données (qualitatives et quantitatives).

La liste des personnes interrogées et des documents consultés doit être annexée au rapport dans la mesure où cela n'est pas incompatible avec le respect de la vie privée des participants et la confidentialité des informations les concernant.

Résultats attendus de l'évaluation à mi-parcours

1. Conclure et formuler des recommandations concrètes visant à l'apprentissage sur la base de l'analyse SWOT.
2. Identifier les principales forces du projet pour atteindre l'objectif spécifique.
3. Identifier les principales contraintes pour atteindre l'objectif spécifique du projet.
4. Proposer des mesures à prendre pour améliorer ou adapter les interventions afin d'atteindre les objectifs du programme actuel et de développer le prochain programme, 2027-2031.

4. Sources d'information disponibles

Révision des documents

- Proposition Sénégal programme DGD 2022-2026.
- Rapports pertinents des outils de suivi du programme.
- Rapports sur le score de performance de la DGD.
- Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose, 2018 – 2022.

- Plan stratégique national pour une riposte multisectorielle intégrée contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST, 2023 – 2030.
- Plan stratégique national de lutte contre la lèpre, 2021 – 2025.
- Plan stratégique national de lutte contre les maladies tropicales négligées, 2022 – 2025.

5. Calendrier indicatif

Délivrables	Dates	
Travail de terrain	Du 16 au 25 Septembre 2024	10 jours
Première version du rapport d'évaluation	09 Octobre 2024	10 jours après terrain
Feedback sur le projet du rapport par AD Sénégal et AD siège	17 Octobre 2024	15 jours après 1 ^{ère} version du rapport
Rapport final	1 Novembre 2022	10 jours après feedback

L'évaluateur désigné produira un calendrier détaillé des activités qui sera discuté avec le représentant de l'AD au Sénégal.

6. Gestion et suivi

Le Comité de pilotage local est composé de :

1. Le directeur national d'AD - Dr Gilbert Batista
2. Le coordinateur médical d'AD - Dr Tito Tamba
3. Le responsable du programme national de lutte contre la tuberculose et le responsable du programme national de lutte contre la lèpre.

Personne de contact au Sénégal :

Dr Gilbert Batista, représentant pays : Gilbert Batista drgbatista@gmail.com

Personnes de contact au siège AD à Bruxelles :

Dr Paola López Saavedra, conseiller technique : paola.lopez@damienfoundation.be

Dr Nimer Ortuño Gutiérrez, conseiller médical : Nimer.OrtunoGutierrez@damienfoundation.be

Le Comité de pilotage à Bruxelles est composé de conseillers médicaux, de gestionnaires de programmes et de directeur de HAGI.

Le Comité de pilotage local désigné devra revoir la première version du rapport soumis par les évaluateurs et fournir un feedback pour la finalisation des dits rapports en étroite collaboration avec le représentant AD au Sénégal.

Le comité de pilotage local suivra le travail selon le calendrier indicatif proposé et exprimera un avis sur la qualité du travail, le contenu des analyses et les conclusions et recommandations du rapport. Les représentants de ce comité local seront également chargés de faciliter l'organisation de l'évaluation sur le terrain et d'organiser le retour d'information.

7. Sécurité

Le consultant est responsable de la gestion de sa sécurité lorsqu'il est envoyé sur le terrain pour réaliser cette évaluation. Au début de la phase de terrain, le représentant de AD en RDC organisera un briefing

sur la sécurité avec l'équipe d'évaluation, qui visera à fournir des conseils utiles sur la sécurité dans le pays.

8. Profil des évaluateurs et composition de l'équipe d'évaluation

L'évaluation sera menée par une équipe composée d'un expert international en chef (lié à la tuberculose), d'un expert international en matière de lèpre. Un expert international fera de chef de mission.

Tous les experts doivent être indépendants et n'avoir aucun lien professionnel et/ou intérêt avec AD et les ministères compétents du pays concerné par le programme.

Compétences :

- Expérience dans le secteur de la santé publique, épidémiologie, tuberculose, lèpre.
- Bonne connaissance du contexte de la région africaine et spécifiquement au Sénégal.
- Connaissance des méthodologies liées à l'objectif et aux questions d'évaluation.
- Capacité à respecter un calendrier et à travailler sous pression.
- Excellente maîtrise de la langue française (orale et écrite) et, en particulier pour les experts locaux, de la langue locale Wolof.
- Capacité à travailler en binôme avec les experts locaux.

Expérience : (nombre d'années, domaines, lieu) :

Les experts internationaux auront **au moins 10 ans d'expérience professionnelle**, de préférence dans des programmes de lutte contre la **lèpre ou la tuberculose** et dans des secteurs de **santé publique**.

Il/elle a de l'expérience dans l'évaluation de programmes de santé.

Il/elle aura réalisé des évaluations similaires, de préférence en Afrique et au Sénégal.

Les références des évaluations réalisées seront mentionnées dans le dossier administratif (CV).

Les **experts nationaux** sont des personnes ressources qui aideront à la collecte des données qui seront utilisées pour l'analyse avec les experts internationaux. Il s'agira de médecins expérimentés dans le domaine de la tuberculose et/ou de la lèpre, avec au moins cinq (05) années d'expériences.

9. Éthique et conduite professionnelle

Les évaluateurs doivent prendre toutes les mesures raisonnables pour s'assurer que l'évaluation est conçue et menée de manière à respecter et à sauvegarder les droits et le bien-être des individus et de leurs communautés, qu'elle est techniquement précise, fiable et légitime, qu'elle est menée de manière transparente et impartiale et qu'elle favorise l'apprentissage et la responsabilité institutionnels. Par conséquent, l'équipe d'évaluation devra adhérer aux normes et pratiques d'évaluation telles que définies dans les Normes de qualité pour l'évaluation du CAD de l'OCDE :

1. **Utilité** : Les évaluations doivent être utiles et utilisées.
2. **Faisabilité** : Les évaluations doivent être réalistes, diplomatiques et gérées de manière rentable et judicieuse.
3. **Éthique et juridique** : les évaluations doivent être menées de manière éthique et juridique, en accordant une attention particulière au bien-être des personnes qui y participent ou qui sont touchées par elles.
4. **Impartialité et indépendance** : Les évaluations doivent être impartiales et fournir une appréciation détaillée et objective qui tient compte des points de vue de toutes les parties prenantes.
5. **Transparence** : les évaluations doivent être menées de manière ouverte et transparente.

6. **Exactitude** : Les évaluations doivent être techniquement précises et fournir suffisamment d'informations sur les méthodes de collecte, d'analyse et d'interprétation des données pour démontrer leur validité ou leur pertinence.
7. **Participation** : Les parties prenantes doivent être consultées et véritablement impliquées dans le processus d'évaluation lorsque cela est possible et justifié.
8. **Collaboration** : La collaboration entre les partenaires opérationnels clés dans le processus d'évaluation contribue à la légitimité et à l'utilité de l'évaluation.

10. Procédures relatives à l'offre de l'évaluateur

10.1 Critères pour l'introduction de l'offre

- Les offres doivent proposer un plan d'action (y compris le calendrier indicatif des visites sur le terrain).
- Les offres doivent être datées et signées.
- les CV mis à jour des consultants qui exécuteront cette demande doivent être inclus.
- Un projet de calendrier sera fourni par l'expert dans son offre.
- Les offres complètes (y compris les annexes) doivent être envoyées par e-mail à :
Action Damien- Damiaanactie:
Lena Fiebig, Directrice HAGI (Health Action and Global Impact):
Lena.Fiebig@damiaanactie.be
Dr Paola López Saavedra, conseiller technique : paola.lopez@damienfoundation.be
Dr Nimer Ortuño Gutiérrez, conseiller médical :
Nimer.OrtunoGutierrez@damienfoundation.be

Date limite de soumission des offres: le 09 Août 2024 à 17h00 (heure belge).

10.2 Description détaillée de l'offre

Le ou les experts détailleront la manière dont l'évaluation sera menée en fonction de la finalité, des objectifs et des questions d'évaluation répondant aux critères.

L'expert proposera dans son offre :

- Une analyse du contexte et des commentaires des termes de référence.
- Les cibles concernées par l'évaluation (personnel et direction du programme, autorités, bénéficiaires, acteurs locaux, organisations, institutions, etc.).
- Les outils de collecte et d'analyse des données (qualitatif, quantitatif, par résultat, par catégorie de personnes).
- La méthode de collecte et d'analyse des données (revue documentaire, interview, visite de terrain, consultation, questionnaire, atelier participatif,...).
- Le processus pour assurer une évaluation conjointe, participative et formative.

En outre, l'expert fournira avant le début de la mission un briefing, une matrice d'évaluation pour les questions d'évaluation, les résultats, les sources de données, la collecte des données, les outils ou méthodes d'analyse appropriée pour chaque source de données. Il justifiera l'adéquation des méthodes et outils proposés.

Le briefing sera l'occasion de discuter de la matrice d'évaluation, de l'adapter et de fournir des informations supplémentaires sur les données à collecter.

Si les questions d'évaluation ont été soumises aux parties prenantes et aux personnes interrogées sous la forme d'un questionnaire d'enquête, la documentation complète devra être jointe au rapport final (liste de toutes les personnes rencontrées, des lieux et des installations visités pendant la mission). Une description du rôle des parties prenantes de l'évaluation dans la collecte des données nécessaires à l'évaluation peut également être fournie.

11. Budget

Le budget global disponible pour cette évaluation est d'environ quinze mille euros (€ 15,000).

Le budget comprend les honoraires de l'ensemble de l'équipe d'évaluation, les assurances, les indemnités journalières, le logement, le transport international, la communication, l'administration, l'équipement et les frais de secrétariat. Pour les visites sur le terrain, un véhicule et un chauffeur seront mis à la disposition de l'évaluateur. Les coûts associés (carburant, per diem du chauffeur, etc.) seront dans ce cas facturés à l'évaluateur. Tous les frais encourus par le contractant dans le cadre de la préparation de son offre sont à sa charge.

En soumettant son offre, l'évaluateur reconnaît que tous les accessoires nécessaires à l'exécution de sa mission font partie intégrante du prix.

12. Critères de sélection/attribution

12.1 La sélection des offres sera effectuée par le comité de pilotage sur la base des critères suivants :

- Profil du chef de mission et des autres experts, (formation, compétences, expériences, répartition des rôles) : Expériences, connaissances liées au thème et au sujet de l'évaluation ; connaissance des contextes des régions du Sénégal à évaluer ; expérience avérée sur les méthodologies analytiques.
- Compréhension et interprétation des termes de référence et du contexte de chaque pays.
- Objectifs clairs et lisibles avec une proposition de méthodologie en adéquation avec les résultats attendus.
- Méthodologie (collecte et analyse des informations, production et diffusion des conclusions et recommandations) participative, innovante, adaptée.
- Pertinence et réalisme de l'offre.
- Calendrier, agenda, planning et disponibilité.
- Offre financière : Les critères de qualité quant au choix des experts, tels que décrits aux sections 8 et 11, seront déterminants.

12.2 Critères d'attribution et notation :

- **Profil : (30%) :**
 - Niveau et spécialité du diplôme
 - Langue(s) maîtrisée(s) à l'oral et à l'écrit
 - Expérience technique
 - Expérience au Sénégal
 - Expérience dans la mise en œuvre et l'évaluation de programmes
 - Compréhension et interprétation de l'offre : (10%)
- **Méthodologie: (20%)**
- **Clarté et présentation de l'offre: (15%)**

- **Prix:** (25%)

13. Clauses suspensives, assurances et conditions de paiement

13.1. Clauses suspensives

Pour cet accord, AD se réserve le droit de suspendre ou de renoncer à son exécution pour une ou plusieurs des raisons suivantes :

- Non-respect du calendrier des opérations et des termes de référence.
- Remplacement du ou des experts sélectionnés par un profil non équivalent sans accord préalable d'AD.
- Non-respect des délais de production des livrables.
- Impossibilité objective pour l'évaluateur de mener à bien sa mission.
- Force majeure.
- Dissolution ou retrait du financement de AD.

13.2 Assurances

L'attributaire souscrit l'assurance couvrant sa responsabilité en cas d'accident du travail et sa responsabilité civile à l'égard des tiers lors de l'exécution du contrat.

Dans les trente jours de la conclusion du marché, le titulaire justifie qu'il a souscrit ces assurances, au moyen d'une attestation établissant l'étendue de la garantie de responsabilité exigée par les documents du marché.

13.3 Modalités de paiement

Le paiement du montant dû au demandeur est effectué dans un délai de 30 jours à compter de l'échéancier de la fin de l'audit, à condition que le pouvoir adjudicateur soit, dans le même temps, en possession de la facture régulièrement établie ainsi que des autres documents éventuellement requis. La facture vaut déclaration de dette.

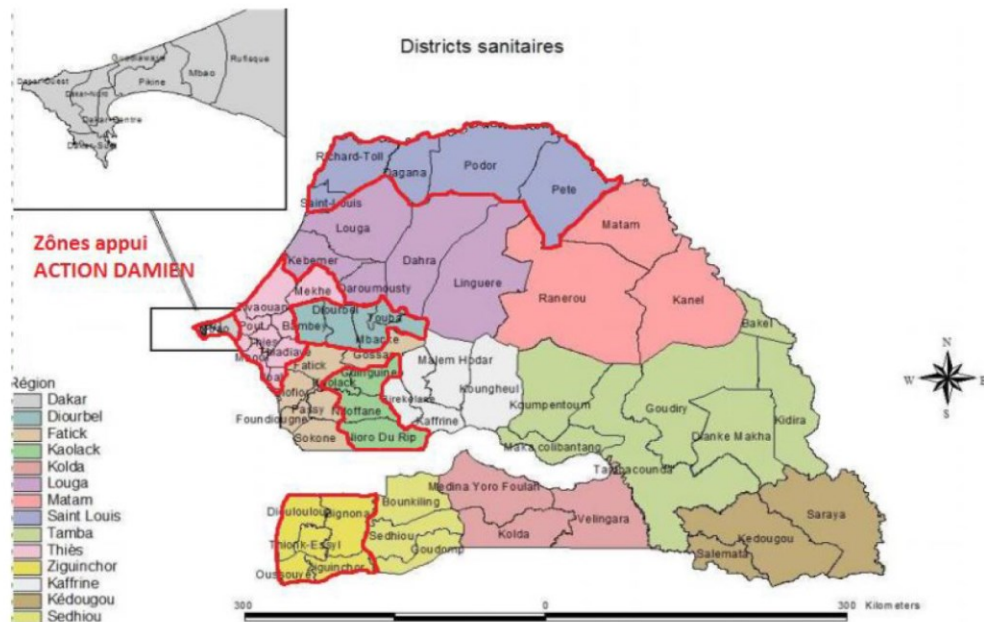
Un acompte peut être versé après la signature du contrat. Les modalités seront définies lors de la signature du contrat.

14. Publication du rapport d'évaluation

Le rapport final sera publié sur le site internet de AD et sur le site internet du bailleur de fonds. A cette fin, les évaluateurs devront s'assurer que les rapports et leurs annexes respectent les règles du RGPD.

ANNEXES

Annexe 1. Carte du Sénégal avec les districts appuyés par Action Damien



b. Notes méthodologiques

- « Renforcer » vs « contribuer »
- Multitudes de facteurs, intervenant à la base d'un renforcement. Difficile d'attribuer (une partie du) renforcement à la seule intervention d'Action Damien. Proportion de financement du programme moins importante (1-2%) par rapport financement du Fonds mondial /TB !
- Cadre de performance avec 12 indicateurs épidémiologiques (impact, "outcome", "output") soumis à la DGD ensemble avec la demande de financement – après une visite du pays par le siège.
> **Calcul des indicateurs 2024 ramener à 2023 en partant d'une progression linéaire**
- Donc, évaluation mi-parcours en deux parties
 - Évaluation des progrès dans la lutte contre les deux maladies, TB, Lèpre ;
 - Évaluation des autres aspects de renforcement.

c. Liste des documents consultés

Documents du programme AD Sénégal.

1. Liste des formations sanitaires couvertes par le projet Action Damien,
2. Proposition Sénégal programme DGD 2022-2026 (DGD. **Programme DGD 2021-2026_SENEGAL IATIID:** BE-BCE_KBO-0406694670-prg2022-5-SN **Short title:** Programme Sénégal)
3. Rapports sur le score de performance de la DGD,
4. Plans opérationnels 2022, 2023 et 2024 du projet,
5. Rapports annuels d'activités 2021, 2022, 2023 et 2024 (Semestre 1) du projet,
6. Rapports annuels d'activités 2021, 2022, 2023 du PNT et du PNEL,

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

1. Plan stratégique national pour une riposte multisectorielle intégrée contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST 2023 – 2030. Version finale mai 2023
2. Plan stratégique national de lutte contre la lèpre 2020-2025.
3. Plan stratégique national de lutte contre les maladies tropicales négligées 2022 – 2025.

Références bibliographiques

1. Agence National de la Statistiques et de la Démographie (ANSD) **Données de population. Dernière publication.** RGPH-5, 2023
https://www.ansd.sn/theme/demographie?field_type_indicateurs_target_id=25.
2. Batista G, Dioussé P, Diagne PM, Cissé M, Tamba IT, Diop F, et al. (2024) Feasibility of post-exposure-prophylaxis with single-dose rifampicin and identification of high prevalent clusters in villages' hyperendemic for leprosy in Senegal. PLoS Negl Trop Dis 18(2): e0011755. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011755>
3. Clarke A, Richter K, Lokot M, Rivas A-M, Hafez S, Singh NS (2024) Decolonising humanitarian health: A scoping review of practical guidance. PLOS Glob Public Health 4(10): e0003566. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003566>
4. Hasker E, Assoumani Y, Randrianantoandro A, Stéphanie Ramboarina S et al. Post-exposure prophylaxis in leprosy (PEOPLE): a cluster randomised trial Lancet Glob Health 2024; 12: e1017–26.
5. Quiltera EEV, Butlinb CR, Carrionc C, Ruiz-Postigod JC. Lepr Rev (2024) 95, e2024030 doi:10.47276/lr.95.2.2024030 LETTER The WHO Skin NTD mobile application – a paradigm shift in leprosy diagnosis through Artificial Intelligence?
6. Ruiz Postigo JA. L'application mobile sur la peau de l'OMS, un outil pédagogique pour le personnel de santé de première ligne. Journal officiel de la Fondation internationale de dermatologie 2024 ; Volume 20(1) bit.ly/cshjournal et sur l'application CSH.
7. Kalidou Djibril Sow KD et al. Elimination of Leprosy Journal of Interventional Epidemiology and Public Health [Internet].

8. Taal AT, Blok DJ, van Brakel WH, de Vlas SJ, Richardus JH (2021) Number of people requiring post-exposure prophylaxis to end leprosy: A modeling study. *PLoS Negl Trop Dis* 15(2): e0009146. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009146>

Documentation World Health Organization

1. Leprosy: Global consultation of National Leprosy Programme managers, partners and affected persons on Global Leprosy Strategy 2021–2030: Report of the virtual meeting 26-30 October 2020. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017.
2. Senegal. Tuberculosis profile. Senegal 2023 ([who.int./tuberculosis/data](http://who.int/tuberculosis/data))
3. Senegal. Tuberculosis profile. Senegal 2024 ([who.int./tuberculosis/data](http://who.int/tuberculosis/data))
4. Leprosy/Hansen Disease: Management of reactions and prevention of disabilities. Technical guidance. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Towards zero leprosy Global Leprosy (Hansen’s disease) Strategy 2021–2030
6. Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 9 SEPTEMBER 2022, 97th YEAR / 9 SEPTEMBRE 2022, 97e ANNÉE No 36, 2022, 97, 429–452 (<http://www.who.int/wer>).
7. Leprosy Programme and Transmission Assessment: Tool accompanying the Technical guidance on interruption of transmission and elimination of leprosy. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2023.
8. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017.
9. Leprosy Elimination Monitoring Tool: The LEMT is a tool accompanying the Technical guidance on interruption of transmission and elimination of leprosy. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2023.
10. Global Leprosy Strategy 2016–2020. Accelerating towards a leprosy-free world. Monitoring and Evaluation Guide. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017.

d. Déroulement de la mission

Date	Objet	Personnes concernées
Ve 18/10	Arrivée Dr Noeske	
Lu 21/10	<p>Rencontre avec AD pour briefing, mise au point du programme de la mission, interview portant sur les interventions AD au Sénégal.</p> <p>Rencontre avec DGSP, DLM, Coord. PNEL pour présentation objectifs et déroulement de la mission.</p> <p>Arrivée M. Makpenon.</p>	<p>Représentant AD, Représentant Adjoint AD, Assistante Administrative et financière, Personnel Appui, stagiaire</p> <p>Directeur de la lutte contre les Maladies (DLM) Directeur Général de la Santé Publique (DGPS) et Coordonnateur PNEL absents</p>
Ma 22/10	<p>Rencontre avec PNT, pour présentation objectifs et déroulement de la mission et interviews portant sur les interventions AD au Sénégal.</p> <p>Briefing AD Sénégal sur la mission, avec dernières mise au point</p> <p>Rencontre avec ASLUT pour interview sur l'organisation, collaboration avec AD, complémentarités, aspects financiers.</p>	<p>Coordonnatrice PNT Point Focal Gestion appui AD au PNT</p> <p>Équipe AD</p> <p>Coordonnateur ASLUT,</p>
Me 23/10	<p>Rencontre avec DRS Diourbel (présentation de la mission). Visite du DS et l'hôpital Keur-Massar, CDT, avec le PF TB/lèpre pour évaluer dépistage, diagnostic et PeC de la TB et de la lèpre.</p> <p>Rencontre avec DAHW et CHOM pour évaluer la collaboration (synergies, complémentarité) avec l'appui AD à la lutte contre la lèpre à travers le PNEL.</p> <p>Rencontre avec DAHW pour évaluer la collaboration entre AD et DAHW.</p> <p>Voyage à Touba</p>	<p>DRS NN et DRS Adj NN Awady Ba, MCD Mamadou Cissokho, PF TB/L Cheikh Badji, Inf. Mme Aissatou Atwe, OCB (Plan) M. Beuchet, Dir. CHOM Dr Lala Fall, dermatologue Mme Fall, Ass.Soc. M. Jean-Pierre, cordonnier Mme NN, Comité Gestion CHOM</p> <p>M. Cissé Mahamat, Dir DAHW</p>
Je 24/10	<p>Rencontre avec le PF Lèpre/TB au Poste de Santé (PS) de Khaira de Touba pour apprécier la performance du PNEL au niveau du DS sous l'aspect de l'appui par AD.</p> <p>Visite du CS Touba pour apprécier la performance de la PeC des patients TB-MR appuyé par AD.</p>	<p>M. Seck Abdourahmane, Chef du PS et PF Lèpre/TB du DS</p> <p>M- Cheikh Badji, Inf. PeC TB-MR Mme Aissatou Athie, ASC Plan</p>

	Rencontre avec ASCL/MTN pour apprécier l'organisation et ses démembrements et évaluer collaboration avec AD Voyage à Thiès	Papa Mamadou Diagne, Prés.
Ve 25/10	Thiès : Visite du CS Thiès 10e, pour évaluation PeC TB-DS, TB-MR, Lèpre. Rencontre avec Help-TB pour évaluer collaboration avec AD Rencontre Département Dermatologie pour s'informer sur le rôle du département dans la lutte contre la lèpre ainsi que sur le déroulement des études en cours (VAD dans les VRS, évaluation application Skin-NTDs de l'OMS en collaboration avec Univ. Heidelberg. Retour à Dakar	DRM et MCD absents Mme Mbaye Khady Seck, Inf. PeC TB-MR Mouhamadou Niang, Prés. Help-TB Alioune Diouf, S&E Help-TB Pr Pauline Diousse, dermatologue
Sa 26/10	Voyage à Ziguinchor.	Deux consultants
Di 27/10	Préparation résumé et débriefing. Rencontre avec responsable Antenne Help-TB.	Deux consultants. Mme Albertine Diedhiou
Lu 28/10	Visite DS Ziguinchor (évaluation PeC Lèpre, TB-DS/-MR ; Interview avec un patiente sur chemin thérapeutique et TB en général. Visite du PS Grandes Endémies avec service lèpre. Visite du DS Bignona (PS Manguili), service lèpre, TB. Voyage à Kaolack	PF Rég. M. Djiba, Inf. Mme Mariama Gaitan Bassene, PF DS Lèpre/TB Ziguinchor Mme Sidibé, PF GS TB/Lèpre
Ma 29/10	Visite du CS Kaolack avec service Lèpre et TB-DS/-MR. Voyage à St Louis	PF TB/L Mme Ndiaye Aziz Thioro Fall.
Me 30/10	Visite du CS de St Louis avec services lèpre, TB-DS/-MR ; Retour à Dakar	PF DS TB/L M. Goudou Fall
Je 31/10	Entretien avec le Coordo PNEL sur stratégies et interventions et partenaires du PNEL. Rencontre avec le DLM portant sur la restitution du travail. Préparation présentation Débriefing Débriefing, en partie en ligne, avec DLM. PNT, PNEL, Association	Dr Louis Hyacinthe Zoubi DLM DLM, Cordo PNT et PNEL, ASCL/MTN, ASLUT.

e. Les outils de collecte de données (qualitatives et quantitatives).

Evaluation mi-parcours du Plan Sénégal DGD/AD 2022-2026
Questionnaire
Action Damien Sénégal

Date :	Personnes rencontrées :
--------	-------------------------

Questions	Réponses
Gouvernance	
Quel est le rôle précis de l'AD dans l'ensemble des acteurs ?	
Comment l'AD est intégré dans le PNEL ?	
Comment l'AD est intégré dans le PNT ?	
Complémentarité avec l'OMS ? le Fonds mondial ?	
Objectifs, résultats supervisions ?	
Comment l'AD assure la complémentarité avec les interventions des autres partenaires implantés au niveau local (CHOM, FRF, DAHW) : PIRP / référencements / Formations / VAD à Dakar – CHOM ?	
Mécanisme de collaboration AD avec ASCL/MTN – OCB – relais communautaire	
Quels principes / hypothèses (« focused case detection ») guident PTA pour assurer la PEP pour les contacts patients lèpre pour l'année en cours ?	
Problèmes ?	
<u>Solution hormis Conclusion rapports narratifs ?</u>	

Evaluation mi-parcours du Plan Sénégal DGD/AD 2022-2026
Questionnaire

Questions partenaires : PNT, PNEL, CHOM, DAHW, ASCL-MTN, HELP TB, ASLUT

Date :	Partenaire / Personnes rencontrées :
---------------	---------------------------------------------

Questions	Réponses
Depuis quand vous travaillez avec l'AD ?	
Sur quels volets ?	
Avant 2022	
Sur quels volets ?	
Depuis 2022	
Par volet : - Identifier les principales forces de la collaboration ; - Identifier les principales contraintes pour atteindre l'objectif spécifique ; - Proposer des mesures à prendre pour améliorer ou adapter les interventions afin d'adresser d'atteindre faiblesses ou de lever les blocages	
- Vos perspectives pour la collaboration jusqu'en 2026	
- Vos perspectives pour la collaboration 2027-2031 ?	
Avez-vous un feed-back sur l'appui de l'AD - par l'administration, - par le personnel santé, - par les bénéficiaires?	

Evaluation mi-parcours du Plan Sénégal DGD/AD 2022-2026
Questionnaire
Unité spécialisée traitement TB-RR/MR

Unité :	Date :	Responsable :
----------------	---------------	----------------------

Questions	Réponses
Diagnostic / Traitement	
Registre TB-MR / Vue globale	
<input type="checkbox"/> Nombre de nouveaux au 3 ^{ème} trimestre 2024	
<input type="checkbox"/> Nombre de patients sous traitement	
<input type="checkbox"/> Renseignements socio-démographiques, historique du traitement :	
<input type="checkbox"/> SOP affichés (étapes PEC, posologie, effets indésirables, référencement / aide sociale)	
Dossier individuel patient – 3-5 derniers patients	
<input type="checkbox"/> Délai de mise sous traitement – à partir de registre, 3 derniers patients	
<input type="checkbox"/> Renseignements examens pré-thérapeutiques complets ? ECG ? LPA ? Audiogrammes ?	
<input type="checkbox"/> Posologie ok ?	
<input type="checkbox"/> Examens de suivi complets ? ECG (j0, j7, M2, M4, M6) ? Audiogramme ?	
<input type="checkbox"/> Type Effets indésirables ?	
<input type="checkbox"/> Prise en charge des effets indésirables ?	
<input type="checkbox"/> Effets indésirables notifiés ?	
<input type="checkbox"/> Aide sociale (transport /appui alimentaire) ?	
Régime de traitement et stock médicaments ?	
<input type="checkbox"/> Régime thérapeutique	
<input type="checkbox"/> Disponibilité médicaments ?	
<input type="checkbox"/> Mode de gestion des médicaments ?	
Contrôle d'infection ?	
<input type="checkbox"/> Masques : disponibilité et quantité ?	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation selon le risque de transmission ?	
<input type="checkbox"/> Ventilation des salles, bureau de consultation ?	
Examen des contacts fait	
<input type="checkbox"/> Nombre de contacts examinés, Nombre de cas dépistés, TPT TB-MR ?	
Gestion des déchets ?	
Problèmes / Solutions	

Evaluation mi-parcours du Plan Sénégal DGD/AD 2022-2026
Questionnaire
Unité de prise en charge de la lèpre (observations et interview)

Unité :	Date :	Responsable :
----------------	---------------	----------------------

Questions	Réponses
Général	
Carte zone couverte, taille population – cluster endémique ?	
Consultations, IEC, VAD, collaboration avec le District Sanitaire ?	
Matériel éducatif présent ?	
Conditions de travail :	
Personnel	
Formé ?	
Supervisé ?	
Capable de faire des examens physiques ?	
Gestion des réactions ?	
Connait référencement avec modalités ?	
Outils de gestion	
Registre lèpre (combien sous PCT) – complet ?	
Fiche patient (incapacités notées, contacts notés) ?	
Registre VAD (contacts investigation) ?	
Registre incapacité ? Registre résistances antibiotiques ?	
Rapports trimestriels (T2 / 2024), DHIS2 ?	
Prévention incapacités	
Combien IG2 dans la zone ?	
Combien d'enfants ?	
« cirtcal incident » registre (IG2, surtout enfants)	
Combien de PALs éligibles pour soutien ?	
Combien de PALs ont bénéficié du soutien (chaussures, instructions soins, aide sociale=nourriture)	
Soutien fait avec participation d'un (ancien) patient ?	
Gestion des déchets ?	

Evaluation mi-parcours du Plan Sénégal DGD/AD 2022-2026
Questionnaire
Patient lèpre

Questions (Observation, interview)	Réponses
Nom (si acceptable en échange directe))	
Provenance	
Age	
Sexe	
Conséquence (psycho-) sociale diagnostic, maladie	
Examen physique sommaire avec infirmier	
<u>Début symptôme ?</u>	
Délai 1ere consultation (active/ passive)	
Délai diagnostic	
Délai début PCT	
<u>Pendant le traitement ?</u>	
Suivi mensuel observance, infirmité / incapacité /réactions	
Si réaction - PeC	
Délai référencement / fourniture appareillage etc.	
Qualité appareillage / chaussure	
« Branchement » sur association / exclusion – inclusion sociale	

Evaluation mi-parcours du Plan Sénégal DGD/AD 2022-2026
Questionnaire (analyse documentaire + interview)

Mise en œuvre PTA, critères OCDE et Meilleures pratiques

Questions	Réponses
Mise en œuvre des plans annuels de travail	
Globalement, 2022 – 2023 / mi-24, Mise en œuvre des activités réalisées comme prévu par l'AD ? (Taux d'exécution physique et financier pour 2021, 2022, 2023 et mi-2024, si possible par nature, par ex. Formation, Supervision, communication, appuis aux patients, fonctionnement).	
Critères OCDE	
<p>Pertinence et cohérence</p> <p>L'appui par l'AD répond-il aux problèmes, besoins et priorités du PNEL et du PNT et de la zone couverte ? Les objectifs annuels (avec budgétisation) de l'AD, sont-ils conformes aux besoins du PNEL (principaux problèmes de lutte contre la lèpre et interventions clés prévues dans par PNEL /PNT vs interventions AD, zones de forte incidence lèpre vs zone de couverture AD) ? L'appui de l'AD, est-il cohérent avec les dynamiques locales ? Qualité de la collaboration entre PNEL, le PNT et l'AD.</p>	
<p>Efficacité</p> <p>Les objectifs spécifiques (résultats escomptés dans les limites du budget et sans résultats indésirables ?) sont-ils atteints, comme prévu en se référant aux indicateurs ? Le PNEL, le PNT, les partenaires, les groupes cibles et en particulier les bénéficiaires sont-ils satisfaits des résultats obtenus dans le cadre de l'appui ? quelles sont les interventions les plus appréciées par les acteurs ?</p>	
<p>Efficience</p> <p>Les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, intrants etc.) ont-elles été converties en résultats de manière économique et opportune ? Comment jugez-vous le rapport qualité/ressources (personnes, matériel). Le résultat maximal possible est-il obtenu à partir des ressources disponibles ? Choix stratégique d'AD pour préserver l'efficacité en ce qui concerne les réductions budgétaires initiales est pertinent ?</p>	
Durabilité	

Questions	Réponses
<p>Les bénéfices de l'appui par l'AD à long terme ? (durabilité financière, sociale, technique, institutionnelle et environnementale ? - le programme prévoit-il un renforcement suffisant des capacités pour accroître ou garantir la durabilité ? - Les outils technologiques et méthodologiques utilisés dans le programme sont-ils adaptés aux réalités locales ? Quelles sont les activités financées par AD qui sont déjà prises en charge par l'Etat ? Existe-t-il un plan de transition vers le financement de l'Etat pour les activités financées par AD ?</p> <p>Le programme actuel a-t-il pris en compte les objectifs transversaux de la DGD (genre (plus d'accès et d'autonomisation pour les femmes), de l'environnement et des droits de l'homme ?</p>	
<p>Impact</p> <p>Dans quelle mesure les résultats peuvent-ils être attribués à l'appui de l'AD (dans sa zone de couverture)? Quels sont les principaux enseignements tirés et les mesures à prendre pour améliorer/adapter le programme actuel et préparer le prochain programme, la capacité et le processus de gestion des ressources, le respect des délais en ce qui concerne les contraintes des donateurs et les contraintes externes ?</p>	
<p>Effet apprentissage ('best practices')</p> <p>L'appui par l'AD, a-t-il établi les meilleures pratiques ? 'best practices ?</p>	
<p>Contribution au Cadre Stratégique Commun</p> <p>Quelles sont les initiatives du CSC auxquelles AD a participé en lien avec les deux maladies au cours des deux années 2022-2023 ?</p>	

f. Liste des personnes rencontrés / interrogées

Institutions, personnes	Fonctions
<p>ACTION DAMIEN (AD) ; <i>Dr Gilbert Batista,</i> <i>Dr Ibrahima Tito Tamba</i> <i>Mme Jeanne d'Arc Cissé</i> <i>M. Maguette</i></p>	<p>Représentant AD Sénégal Conseiller adjoint AD Sénégal Assistante Administrative et Comptable Chauffeur - coursier</p>
<p>MSAS Dr Mamadou Diop Dr Louis Hyacinthe Zoubi Dr Yacine Mariem Diop Mme Oumou Fall</p>	<p>Directeur de Lutte contre la Maladie Coordonnateur PNEL Coordinatrice PNT PF Financement AD au PNT</p>
<p>PARTENAIRES CHOM (Centre Hospitalier de l'Ordre du Malte) M. Beuchet Dr Lala Fall Mme Fall M Jean-Pierre Mme NN</p> <p>DAHW (Deutsches Aussätzigenhilfswerk) M. Mahamat Cissé</p>	<p>Directeur CHOM Dermatologue de référence du CHOM Ass. Soc. CHOM Cordonnier CHOM Représentante du Comité de Gestion du CHOM</p> <p>Directeur DAHW Sénégal</p>
<p>ASSOCIATION DES PATIENTS ASCL/MTN (Association sénégalaise contre la lèpre / les maladies tropicales négligées) Papa Mamadou Diagne</p> <p>ASLUT (Association sénégalaise de lutte contre la tuberculose) Mamadou Mbaye</p> <p>HELP-TB Mouhamadou Niang, Alioune Diouf Mme Albertine Diiedhiou</p>	<p>Président ASCL/MTN</p> <p>Directeur ASLUT</p> <p>Président HELP-TB S&E HELP-TB PF Antenne Help-TB Ziguinchor</p>
<p>ADMINISTRATEURS ET PERSONNEL DE SANTE EN REGION CS Keur Massar Dr Awady Ba Mamadou Cissokho Cheikh Badji, Mme Aissatou Atwe, PS Touba-Khaira M. Abdoullrahmane Seck</p>	<p>MCD, MCH PF TB/L Inf TB / Lèpre OCB (Plan) Chef du PS et PF TB / Lèpre du DS</p>

<p>CS Diourbel M- Cheikh Badji Mme Aissatou Athie</p> <p>CS Thiès Mme Mbaye Khady Seck</p> <p>CHU Thiès Pr Pauline Diousse</p> <p>CS Ziguinchor / Gr. Endémies Mme Mariama Gaitan Bassene</p> <p>DS Bignona Mme Sidibé</p> <p>DS Kaolack Mme Ndiaye Aziz Thioro Fall</p> <p>CS St Louis M. Goudou Fall</p>	<p>Inf. PeC TB-MR ASC Plan</p> <p>Dermatologue de référence</p> <p>PF RM TB/Lèpre PF DS Lèpre/TB</p> <p>PF DS TB/Lèpre</p> <p>PF DS TB/Lèpre</p> <p>PF DS TB/L</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------