



RÉSEAU NATIONAL DES ASSOCIATIONS
DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

RN/ASLUT

PLAN STRATÉGIQUE 2027 – 2030

Renforcer la contribution communautaire à l'élimination
de la tuberculose au Sénégal

Atelier de co-production du plan stratégique — district sanitaire de Keur Massar, Dakar, juillet 2026

VISION 2030

Vision 2030 du RN/ASLUT : Un Sénégal où plus aucune personne malade de la tuberculose ne reste invisible, parce que ceux qui ont vaincu la maladie se tiennent aux côtés de ceux qui l'affrontent. »

Document adopté par les instances du RN/ASLUT
Dakar, Sénégal — 2026

SOMMAIRE

Liste des sigles et abréviations	3	Partie VI — Stratégie de financement	35
Mot du président du RN/ASLUT	4	6.1. Analyse des besoins financiers	35
Remerciements	6	6.2. Sources de financement mobilisables	35
Processus d'élaboration du plan	6	6.3. Plan de financement et déficit à mobiliser	36
Composition du comité de rédaction	6	6.4. Stratégie de durabilité financière	36
Résumé exécutif	7	Partie VII — Plan de renforcement organisationnel	37
Partie I — Présentation générale du RN/ASLUT	9	7.1. Organigramme recommandé	37
1.1. Historique et création	9	7.2. Instruments de gestion	37
1.2. Mandat et mission	9	7.3. Plan de formation du personnel, des membres et des bénévoles	37
1.3. Vision institutionnelle	10	7.4. Système de gestion financière	38
1.4. Valeurs fondamentales	10	7.5. Outils administratifs à déployer	38
1.5. Gouvernance et organisation interne	10	Partie VIII — Plan de communication institutionnelle	39
1.6. Composition du réseau et rôle des associations membres	11	8.1. Positionnement du RN/ASLUT	39
1.7. Zones d'intervention	12	8.2. Publics cibles et messages clés	39
1.8. Expérience dans la lutte contre la tuberculose	12	8.3. Canaux et supports	40
1.9. Positionnement institutionnel et relations partenariales	13	8.4. Calendrier annuel de communication	40
Partie II — Analyse stratégique de la situation (2026)	14	8.5. Règles déontologiques de communication	41
2.1. Analyse de l'environnement externe	14	Partie IX — Gestion des risques	42
2.2. Analyse PESTEL	15	9.1. Registre des risques	42
2.3. Analyse des parties prenantes	16	9.2. Lecture du registre	43
2.4. Analyse interne des capacités du RN/ASLUT	16	9.3. Dispositif de gestion des risques	43
2.5. Synthèse FFOM (SWOT)	17	Partie X — Dispositif de suivi-évaluation	44
2.6. Hiérarchisation des faiblesses	18	10.1. Principes directeurs	44
2.7. Enseignements tirés du cycle 2024–2028	18	10.2. Architecture du dispositif	44
Partie III — Orientation stratégique 2027–2030	19	10.3. Indicateurs clés du plan	44
3.1. Vision 2030	19	10.4. Outils de collecte	45
3.2. Mission	19	10.5. Calendrier de rapportage et d'évaluation	45
3.3. Valeurs	19	10.6. Apprentissage et gestion des connaissances	46
3.4. Théorie du changement	19	Partie XI — Mise en œuvre, validation et conditions de réussite	47
3.5. Objectif général	20	11.1. Gouvernance de la mise en œuvre	47
3.6. Les six axes stratégiques	20	11.2. Processus de validation du plan	47
Partie IV — Cadre logique stratégique 2027–2030	27	11.3. Conditions critiques de réussite	48
Partie V — Plan opérationnel pluriannuel 2027–2030	32	11.4. Ce qui change par rapport au cycle précédent	48

Annexes	49
Annexe 1 — Récapitulatif budgétaire par axe et par exercice	49
Annexe 2 — Contenu type d’une fiche d’indicateur	49
Annexe 3 — Chronogramme synthétique de mise en œuvre	49
Annexe 4 — Documents à joindre au plan	50
Annexe 5 — Sources et références	50

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABDH

Approche basée sur les droits humains

AcDev

Action et Développement (ONG)

AG

Assemblée générale

ANCS

Alliance nationale des communautés pour la santé

CCM

Country Coordinating Mechanism — instance de coordination nationale du Fonds mondial

CD

Comité directeur

CDT

Centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose

CNLS

Conseil national de lutte contre le sida

3CAP-Santé

Cadre de concertation, de coordination et d'actions de plaidoyer de la société civile pour le financement de la santé

CSVA

Comité de suivi, de veille et d'alerte

CVALTB

Comité de veille et d'alerte pour la lutte contre la tuberculose

DGSP

Direction générale de la Santé publique

DOTS

Directly Observed Treatment, Short-course

DRAF-TB

Dynamique de la réponse d'Afrique francophone à la tuberculose

ECD

Équipe cadre de district

FCFA

Franco de la Communauté financière africaine

GC7 / GC8

Septième / huitième cycle de subvention du Fonds mondial

IEC / CCC

Information, éducation et communication / communication pour le changement de comportement

MCD / MCR

Médecin-chef de district / Médecin-chef de région

MNT

Maladies non transmissibles

MSAS

Ministère de la Santé et de l'Action sociale

OCB

Organisation communautaire de base

OCDE-CAD

Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques

ODD

Objectifs de développement durable

OMS

Organisation mondiale de la Santé

ONG

Organisation non gouvernementale

OSC

Organisation de la société civile

PESTEL

Politique, économique, social, technologique, environnemental, légal

PNT

Programme national de lutte contre la tuberculose

PTF

Partenaire technique et financier

RN/ASLUT

Réseau national des associations de lutte contre la tuberculose

RSE

Responsabilité sociétale des entreprises

S&E

Suivi et évaluation

SMART

Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini

SRMNA-N

Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et nutrition

SUA

Speak Up Africa

SWOT / FFOM

Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats — Forces, faiblesses, opportunités, menaces

TB

Tuberculose

TPT

Traitement préventif de la tuberculose

UEMOA

Union économique et monétaire ouest-africaine

UNEG

United Nations Evaluation Group

VAD / VALT

Visite à domicile / Visite au lieu de travail

VBG

Violences basées sur le genre



VIH

Virus de l'immunodéficience humaine

MOT DU PRÉSIDENT DU RN/ASLUT

Il y a plus de vingt ans, d'anciens malades de la tuberculose et des proches de personnes affectées ont fait un choix déterminant : transformer leur expérience de la maladie en engagement collectif au service des autres. De cette volonté est né le Réseau National des Associations de Lutte contre la Tuberculose (RN/ASLUT). Cette histoire constitue encore aujourd'hui notre identité, notre force et notre légitimité auprès des communautés.

Le Plan stratégique 2027–2030 marque une nouvelle étape dans cette dynamique. Il intervient à un moment décisif, alors que le Sénégal poursuit son ambition de réduire fortement le poids de la tuberculose et de progresser vers son élimination. Malgré les progrès enregistrés dans la prise en charge et le succès thérapeutique, un défi majeur demeure : retrouver et accompagner les personnes malades qui restent encore en dehors du système de santé. C'est précisément dans les quartiers, les villages, les lieux de travail, les gares routières et les communautés que l'action du RN/ASLUT prend tout son sens.

Notre ambition pour les quatre prochaines années est donc claire : renforcer une contribution communautaire mesurable, structurée et durable à la lutte contre la tuberculose. Nous voulons intensifier la recherche active des cas, renforcer l'accompagnement des personnes malades, lutter contre la stigmatisation et les inégalités, professionnaliser notre plaidoyer et consolider les capacités institutionnelles de notre réseau dans les quatorze régions du Sénégal.

Ce plan traduit également notre volonté de mieux démontrer les résultats de l'action communautaire. La mise en place d'un dispositif performant de suivi-évaluation constitue à cet égard une priorité majeure. Notre action doit désormais pouvoir être documentée, mesurée et valorisée afin que chaque partenaire, chaque décideur et chaque communauté puisse apprécier concrètement la contribution du RN/ASLUT.

Face à la contraction des ressources internationales, nous devons également renforcer notre autonomie, diversifier nos partenariats et mobiliser davantage de ressources nationales et locales. Notre avenir dépendra de notre capacité à conjuguer engagement communautaire, professionnalisme, transparence, redevabilité et innovation.

Ce Plan stratégique est le fruit d'un travail collectif associant nos associations membres, nos démembrements régionaux, les relais communautaires, les médiateurs psychosociaux, les anciens malades ainsi que nos partenaires institutionnels et techniques. Il traduit une ambition partagée et, surtout, un engagement commun à agir.

Je rends un hommage particulier à la mémoire de notre regretté M. Mamadou MBAYE, membre fondateur et ancien Président du RN/ASLUT, dont l'engagement demeure une source d'inspiration. J'exprime également ma profonde reconnaissance à toutes celles et tous ceux qui, dans les quatorze régions du Sénégal, consacrent leur énergie à cette lutte.

Aux pouvoirs publics, au Programme national de lutte contre la tuberculose, aux collectivités territoriales, aux partenaires techniques et financiers, au secteur privé et à l'ensemble de la société civile, nous adressons une invitation : faisons de ce Plan stratégique un véritable cadre de partenariat et d'action commune.

Ensemble, nous pouvons faire en sorte qu'aucune personne touchée par la tuberculose ne demeure invisible, isolée ou laissée pour compte.

Adama NIANG

PRÉSIDENT DU RN/ASLUT

REMERCIEMENTS

Le Réseau national des associations de lutte contre la tuberculose adresse ses remerciements les plus sincères à l'ensemble des institutions, organisations et personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce plan stratégique 2027–2030.

Nos remerciements vont particulièrement au Ministère de la Santé et de l'Action sociale ; au Programme national de lutte contre la tuberculose, à son coordonnateur et à ses collaborateurs, partenaires de première ligne du réseau depuis 2005 ; à la Direction générale de la Santé publique et à la Direction de la lutte contre la maladie ; à l'instance de coordination nationale du Fonds mondial, au sein de laquelle le réseau siège en qualité de représentant des organisations de la société civile.

Nos remerciements vont également à Plan International Sénégal, Action Damien, Speak Up Africa, l'ONG AcDev, l'ANCS et l'ensemble des partenaires techniques et financiers qui ont accompagné les interventions du réseau ; aux plateformes DRAF-TB, Team 4 ATBP et CRG Afrique francophone ; aux médecins-chefs de région et de district, aux équipes cadres et aux chargés de traitement, dont la collaboration quotidienne rend possible l'action communautaire ; aux collectivités territoriales engagées dans le financement de la santé de proximité.

Enfin, ils vont aux vingt et une associations membres, à leurs démembrements régionaux, aux relais communautaires et aux médiateurs psychosociaux — et avant tout aux personnes malades, anciens malades et familles affectées par la tuberculose, dont l'expérience fonde la légitimité de ce réseau.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

17 286

Cas notifiés, toutes formes

4 400

Écart de détection estimé

89,4 %

Succès thérapeutique

100 M

FCFA sur quatre ans

Un réseau communautaire de vingt ans, présent dans les quatorze régions

Créé en 2005 à Dakar par d'anciens malades de la tuberculose et des parents de personnes affectées, le RN/ASLUT fédère vingt et une associations et plus de deux cent cinquante membres, présents dans les quatorze régions du Sénégal. Il siège à l'instance de coordination nationale du Fonds mondial en qualité de représentant des organisations de la société civile et intervient comme sous-sous-réципиентаire de subventions. Son mandat : mobiliser les communautés pour aller chercher les personnes malades que le système de santé n'atteint pas, les accompagner jusqu'à la guérison et porter leur voix auprès des décideurs.

Un problème central : l'écart de détection

En 2024, le Sénégal a notifié 17 286 cas de tuberculose toutes formes confondues, alors que l'Organisation mondiale de la Santé estimait à plus de 20 000 le nombre de cas attendus, pour une incidence de 110 cas pour 100 000 habitants. Près d'un tiers des personnes malades échappent au système de santé. Le succès thérapeutique atteint 89,4 %, très proche de la cible de 90 % : le pays sait donc traiter. Ce qu'il peine à faire, c'est trouver les malades. C'est précisément là que se situe l'avantage comparatif de la réponse communautaire, et c'est la priorité que ce plan assume.

Six axes stratégiques

- Axe 1 — Lutte contre la tuberculose, la coïnfection TB-VIH et les maladies prioritaires :** davantage de cas présumés orientés par la communauté et effectivement dépistés, en particulier chez les enfants, les femmes et les hommes jeunes.
- Axe 2 — Renforcement du système communautaire :** un réseau de relais et de médiateurs psychosociaux formés, actifs, outillés et fidélisés.
- Axe 3 — Genre, droits humains et lutte contre la stigmatisation :** des droits mieux protégés et un accès plus équitable aux services.
- Axe 4 — Plaidoyer, mobilisation sociale et influence politique :** des engagements formels obtenus des décideurs et suivis dans la durée.
- Axe 5 — Communication, information et changement social :** une présence médiatique et numérique structurée.
- Axe 6 — Développement institutionnel, mobilisation des ressources et gestion des connaissances :** un socle institutionnel consolidé, un dispositif de suivi-évaluation fonctionnel et des ressources diversifiées.

Le chantier prioritaire : mesurer ce que la communauté produit

L'atelier de revue a classé l'absence de dispositif de suivi-évaluation comme la faiblesse la plus déterminante du réseau : elle est bloquante, peu coûteuse à corriger et rapide à traiter. Le réseau produit de la valeur — orientations, accompagnements, activités de proximité — sans pouvoir la démontrer. Dans un contexte de raréfaction des ressources, cette incapacité à documenter devient un risque existentiel. La mise en place d'un dispositif de suivi-évaluation opérationnel dès la première année constitue donc la condition de réussite de l'ensemble du plan.

Un budget de 100 millions de FCFA sur quatre ans

Le plan est chiffré à 100 000 000 FCFA (environ 152 450 euros) sur la période 2027–2030, soit une moyenne de 25 millions de FCFA par an. Cette enveloppe reste volontairement réaliste au regard des capacités d'absorption actuelles du réseau. Elle se répartit entre les interventions de terrain (56 %), le socle institutionnel et le suivi-évaluation (26 %) et les fonctions de communication et de plaidoyer (18 %). La stratégie de financement vise à porter la part des ressources domestiques de 2 % à 20 % à l'horizon 2030, afin de réduire la dépendance aux financements internationaux dans un contexte marqué par le déficit de la huitième reconstitution du Fonds mondial.

56 %

Interventions de terrain

26 %

Socle institutionnel et suivi-évaluation

18 %

Communication et plaidoyer

PARTIE I

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU RN/ASLUT

Cette première partie présente l'identité institutionnelle du réseau : son histoire, son mandat, sa gouvernance, sa composition, ses zones d'intervention, son expérience opérationnelle et son positionnement dans l'architecture nationale de la lutte antituberculeuse. Elle constitue la base sur laquelle s'appuient le diagnostic (Partie II) et les orientations stratégiques (Partie III).

1.1. Historique et création

Le Réseau national des associations de lutte contre la tuberculose a été créé à Dakar en 2005, sous le récépissé n° 11993M-INT-DAGAT/DEL/AS. Sa genèse est inhabituelle dans le paysage des organisations de santé : il n'a pas été fondé par des professionnels de santé ni par une organisation internationale, mais par d'anciens malades de la tuberculose et par des parents de personnes affectées, réunis autour d'un constat simple — la maladie ne s'arrête pas à la sortie du centre de traitement.

Cette filiation détermine encore aujourd'hui le mode opératoire du réseau. Elle explique sa capacité à intervenir auprès de publics que les structures de santé atteignent difficilement, la place qu'il accorde à l'accompagnement psychosocial et sa légitimité à parler au nom des personnes malades. Elle constitue également un actif institutionnel non reproductible : peu d'organisations peuvent revendiquer une continuité aussi directe entre l'expérience vécue de la maladie et l'action collective.

Depuis sa création, le réseau a connu trois évolutions majeures : le passage d'un collectif d'associations à un réseau structuré doté d'instances statutaires et d'un manuel de procédures ; l'entrée dans les mécanismes formels de financement de la santé, avec le statut de sous-sous-réциpiendaire des subventions du Fonds mondial ; enfin, l'accès à la représentation institutionnelle, avec un siège à l'instance de coordination nationale du Fonds mondial en qualité de représentant des organisations de la société civile.

1.2. Mandat et mission

Le RN/ASLUT est une entité faîtière qui fédère et représente les organisations de la société civile et les organisations communautaires de base engagées dans la lutte contre la tuberculose au Sénégal, auprès des pouvoirs publics et des partenaires techniques et financiers.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le RN/ASLUT mobilise et outille les organisations communautaires des quatorze régions pour aller chercher les personnes malades que le système de santé n'atteint pas, les accompagner jusqu'à la guérison et porter leur voix auprès des autorités sanitaires — à partir de l'expérience de ceux qui ont eux-mêmes traversé la maladie.

Ce mandat se décline en cinq fonctions permanentes :

- 01 fédérer les associations membres et animer un cadre national de concertation communautaire sur la tuberculose ;
- 02 mobiliser et former les relais communautaires et les médiateurs psychosociaux ;
- 03 conduire les activités de sensibilisation, d'orientation des cas présumés vers les structures de dépistage et de suivi des personnes sous traitement ;
- 04 accompagner sur le plan psychosocial les personnes malades et leurs familles, et lutter contre la stigmatisation ;
- 05 représenter la voix des communautés dans les instances de décision et conduire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

1.3. Vision institutionnelle

VISION 2030

« Un Sénégal où plus aucune personne malade de la tuberculose ne reste invisible, parce que ceux qui ont vaincu la maladie se tiennent aux côtés de ceux qui l'affrontent. »

Cette formulation, issue des travaux de l'atelier de co-production, articule deux registres. Le premier, celui de la détection, désigne le cœur de métier du réseau et se rattache directement au problème central de la lutte antituberculeuse au Sénégal : l'écart entre les cas attendus et les cas notifiés. Le second, celui de la filiation, rappelle l'origine du réseau et ce qui fonde sa légitimité. La vision s'inscrit dans la vision nationale d'une génération sans tuberculose d'ici 2030 et dans la perspective d'élimination de la maladie à l'horizon 2035.

1.4. Valeurs fondamentales

Les valeurs du réseau ne sont pas énoncées comme des principes déclaratifs, mais formulées de manière à ce que chacune se traduise par une obligation ou une interdiction vérifiable dans le fonctionnement quotidien.

VALEUR	TRADUCTION OPÉRATIONNELLE — CE QU'ELLE OBLIGE OU INTERDIT
Solidarité	Aucun malade accompagné n'est abandonné entre deux cycles de financement : le suivi se poursuit sur ressources propres si nécessaire.
Dignité	Aucun support de communication ne montre une personne malade identifiable sans son consentement écrit et éclairé.
Équité	Chaque activité rapportée est désagrégée par sexe, par âge et par région ; les écarts constatés déclenchent un réajustement documenté.
Inclusion	Aucune activité n'exclut par construction une catégorie de population ; les publics les plus éloignés du système de santé sont ciblés en priorité.
Transparence	Les décisions des instances et l'emploi des ressources sont documentés et accessibles aux associations membres.
Redevabilité	Les rapports techniques et financiers sont restitués annuellement aux associations membres, avant transmission aux partenaires.
Professionnalisme	Aucun engagement n'est pris envers un partenaire sans que la capacité de le tenir ait été vérifiée avec les régions concernées.

1.5. Gouvernance et organisation interne

Le RN/ASLUT est doté de trois organes statutaires, dont les rôles et les règles de fonctionnement sont précisés par les statuts et le règlement intérieur, et dont les procédures sont formalisées dans le manuel de procédures administratives et financières.

Les organes statutaires

ORGANE	COMPOSITION	ATTRIBUTIONS	PÉRIODICITÉ
Assemblée générale	Ensemble des membres du réseau	Organe suprême. Définit les grandes orientations, arrête les plans d'action, élit le Comité directeur, approuve les rapports moraux et financiers.	Session ordinaire annuelle ; sessions extraordinaires sur convocation du président ou à la demande des deux tiers des membres
Comité directeur	Membres élus par l'Assemblée générale, renouvelables par tiers	Organe exécutif. Arrête les orientations de mise en œuvre, élit le Bureau en son sein, contrôle l'action du Bureau.	Réunions statutaires ; renouvellement par tiers annuel
Bureau	Six membres : président, vice-président, secrétaire général et adjoint, trésorier et adjoint	Met en œuvre les orientations du Comité directeur. Élabore, coordonne et exécute les programmes. Contractualise avec les acteurs communautaires. Représente le réseau.	Réunion mensuelle ; réunion trimestrielle élargie aux responsables des antennes régionales
Antennes régionales	Bureaux régionaux issus des associations membres	Coordonnent les actions dans la région, collectent les justificatifs et les données, suivent les activités de terrain, élaborent les rapports trimestriels régionaux et assurent la remontée des données.	Rapportage trimestriel

1.6. Composition du réseau et rôle des associations membres

Le réseau regroupe vingt et une associations membres et plus de deux cent cinquante membres individuels. Il est ouvert à tous les anciens malades et aux personnes infectées ou affectées par la tuberculose, ainsi qu'à toute personne souhaitant s'engager dans la lutte antituberculeuse.

Les associations membres constituent l'unité opérationnelle de base du réseau. Elles portent la mise en œuvre des activités sur leur territoire, mobilisent les relais communautaires, entretiennent la relation avec les équipes cadres de district et les centres de diagnostic et de traitement, et assurent la remontée des données vers l'antenne régionale.

Le diagnostic institutionnel conduit en 2026 a mis en évidence deux points de vigilance sur la composition du réseau. D'une part, neuf associations seulement sur vingt et une étaient à jour de leur cotisation, ce qui traduit à la fois une contrainte de trésorerie des associations et une faiblesse du lien statutaire. D'autre part, l'écart de capacité entre les démembrements régionaux est important : certaines régions disposent de relais nombreux et actifs, d'autres n'ont plus qu'une présence formelle. Ces deux constats sont directement traités par l'axe stratégique 6.

INDICATEUR DE COMPOSITION	SITUATION DE RÉFÉRENCE (2026)	CIBLE 2030
Associations membres	21	25
Associations à jour	9 sur 21	19 sur 25
Membres individuels	plus de 250	plus de 400
Régions couvertes par un démembrement actif	14 sur 14 (niveau d'activité inégal)	14 sur 14 avec démembrement fonctionnel
Relais et médiateurs psychosociaux actifs	à consolider (ordre de grandeur : 420)	600



Le RN/ASLUT en session de travail : un réseau de vingt et une associations présentes dans les quatorze régions du Sénégal.

1.7. Zones d'intervention

Le RN/ASLUT est présent dans les quatorze régions du Sénégal à travers ses démembrements régionaux et ses points focaux. Cette couverture nationale constitue l'un de ses principaux atouts : elle lui permet d'intervenir à l'échelle du pays tout en conservant un ancrage local.

La programmation du présent plan ne traite cependant pas toutes les régions de manière identique. Elle applique un principe de concentration différenciée, aligné sur la géographie de la charge de morbidité : les régions de Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Ziguinchor et Saint-Louis concentrent l'essentiel des cas

notifiés au niveau national et regroupent la majorité des districts à forte charge. Les moyens d'intervention y sont proportionnellement renforcés, sans que les autres régions cessent d'être couvertes par les activités de base et le renforcement de capacités.

CATÉGORIE DE TERRITOIRE	RÉGIONS	LOGIQUE D'INTERVENTION
Régions à forte charge — priorité 1	Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Ziguinchor, Saint-Louis	Intensification de la recherche active de cas, de la stratégie « vigilance-transport » et du suivi des perdus de vue ; densité de relais renforcée.
Régions à charge intermédiaire — priorité 2	Louga, Fatick, Kaffrine, Tambacounda	Maintien des activités de sensibilisation et d'orientation ; consolidation des démembrements ; formation des relais.
Régions à faible densité de services — priorité 3	Matam, Kolda, Sédhiou, Kédougou	Renforcement de la présence institutionnelle, ciblage des zones enclavées, partenariats avec les collectivités territoriales.

1.8. Expérience dans la lutte contre la tuberculose

Depuis 2005, le réseau s'est spécialisé dans les activités communautaires d'information, d'éducation et de sensibilisation, ainsi que dans l'accompagnement des personnes malades. Son expérience opérationnelle porte sur six domaines.

DOMAINE	CONTENU DE L'EXPÉRIENCE ACQUISE
Sensibilisation et communication de proximité	Causeries éducatives, visites à domicile et au lieu de travail, mobilisations sociales, entretiens de groupe, célébration de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose.
Recherche active et orientation des cas	Identification et orientation des cas présumés, recherche des cas contacts, des cas irréguliers, des perdus de vue et des cas d'abandon ou de refus de traitement, avec suivi de l'aboutissement.
Stratégie « vigilance-transport »	Sensibilisation et dépistage orienté dans les gares routières, terminus, garages de taxis et de « clandos », cars rapides et stations de motos-taxis, en collaboration avec les acteurs du secteur.
Accompagnement psychosocial et médiation	Soutien aux personnes sous traitement et à leurs familles, médiation psychosociale, éducation à l'observance, réinsertion sociale et professionnelle des anciens malades, continuité des soins en sortie de détention.
Renforcement de capacités	Personnes-ressources formatrices et modules constitués, utilisés pour la formation des relais, des médiateurs psychosociaux et des pairs éducateurs.
Contractualisation et gestion de projets	Conventions avec Plan International, Action Damien, Speak Up Africa, AcDev et le PNT, exécutées sans contentieux de gestion — actif de crédibilité dans un contexte de sélectivité accrue des bailleurs.

UNE INNOVATION TRANSPOSABLE

La « vigilance-transport » constitue l'acquis méthodologique le plus distinctif du réseau. Son principe — aller au contact des populations mobiles là où elles se trouvent, à des horaires compatibles avec leur activité — est transposable à d'autres milieux à forte promiscuité : marchés, sites miniers artisanaux, lieux de culte, établissements pénitentiaires, chantiers. Le plan 2027–2030 prévoit de documenter la méthode, d'en mesurer le rendement en cas dépistés, puis de l'étendre à deux nouveaux milieux.

1.9. Positionnement institutionnel et relations partenariales

Le RN/ASLUT occupe une position d'interface entre les communautés et le système national de santé. Ce positionnement s'exprime à cinq niveaux.

SPHÈRE	NATURE DE LA RELATION
PNT et MSAS	Le Programme national de lutte contre la tuberculose est le partenaire technique de référence : alignement des interventions sur le plan stratégique national 2023–2030, participation aux revues annuelles de performance et aux cadres de concertation, contribution à la stratégie nationale de recherche active des cas. Au niveau déconcentré, la relation est portée par les régions médicales, les équipes cadres de district et les centres de diagnostic et de traitement.
Mécanismes de financement	Siège à l'instance de coordination nationale du Fonds mondial en qualité de représentant des OSC ; statut de sous-sous-récepteur de subventions ; membre du comité de suivi, de veille et d'alerte et du cadre de concertation 3CAP-Santé.
Partenaires techniques et financiers	Plan International Sénégal, Action Damien, Speak Up Africa, ONG AcDev et ANCS, dans le cadre de conventions ou de subventions déléguées.
Collectivités territoriales	Espace de partenariat encore peu exploité, ouvert par la montée des collectivités dans le financement de la santé de proximité et la mise en place de comités de veille et d'alerte. Le plan en fait un axe explicite de la mobilisation des ressources domestiques.
Échelle régionale et internationale	Membre de la DRAF-TB, de la plateforme Team 4 ATBP et de la plateforme régionale communautés, droits et genre pour l'Afrique francophone : accès à des ressources techniques, à des espaces de plaidoyer et à des opportunités de financement.

PARTIE II

ANALYSE STRATÉGIQUE DE LA SITUATION (2026)

L'analyse stratégique conduite en 2026 mobilise quatre outils complémentaires : une analyse de l'environnement externe complétée par une grille PESTEL, une cartographie des parties prenantes, une analyse interne des capacités institutionnelles, et une synthèse FFOM assortie d'une hiérarchisation des faiblesses. Elle s'appuie sur les données du Programme national de lutte contre la tuberculose et de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi que sur les productions de l'atelier de co-production des 27, 28 et 29 juillet 2026.

2.1. Analyse de l'environnement externe

2.1.1. Situation épidémiologique mondiale

La tuberculose demeure la maladie infectieuse la plus meurtrière au monde. Selon le rapport mondial de l'Organisation mondiale de la Santé publié en 2025, environ 10,7 millions de personnes ont contracté la maladie en 2024 et plus de 1,2 million en sont décédées. L'incidence mondiale a reculé d'environ 2 % et la mortalité de 3 % sur un an — des signaux positifs, mais très en deçà du rythme requis par la stratégie « Mettre fin à la tuberculose ».

La région africaine enregistre l'une des meilleures performances mondiales, avec une baisse de l'incidence de 28 % et une réduction du nombre de décès de 46 % par rapport à la période de référence. Ces résultats démontrent que la trajectoire d'élimination est atteignable lorsque les moyens sont réunis.

Le point de rupture se situe du côté du financement. En 2024, 5,9 milliards de dollars seulement étaient disponibles pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose, soit un peu plus du quart de la cible annuelle de 22 milliards fixée pour 2027. Les travaux de modélisation cités par l'Organisation mondiale de la Santé indiquent qu'un recul durable du financement international pourrait entraîner jusqu'à deux millions de décès supplémentaires et dix millions de cas additionnels entre 2025 et 2035.

2.1.2. Situation épidémiologique nationale

Au Sénégal, la tuberculose reste un problème majeur de santé publique. Les données du Programme national de lutte contre la tuberculose pour l'année 2024 dessinent un tableau contrasté : le pays sait traiter les malades qu'il identifie, mais il n'identifie pas tous les malades.

INDICATEUR (SÉNÉGAL, 2024)	VALEUR	LECTURE STRATÉGIQUE POUR LE RÉSEAU
Incidence estimée	110 pour 100 000 habitants	Charge élevée, concentrée dans les zones urbaines denses
Cas attendus (estimation OMS)	environ 20 000 à 21 000	Base de calcul de l'écart de détection
Cas notifiés, toutes formes	17 286	Progression réelle de la détection
Écart de détection estimé	environ 4 400 cas manquants	Cible directe de la contribution communautaire
Couverture du traitement	environ 79 %	Près d'un malade sur cinq n'accède pas au traitement
Succès thérapeutique	89,4 %	Proche de la cible de 90 % : la prise en charge fonctionne
Répartition par sexe	11 181 hommes / 5 414 femmes	Sous-recours masculin au dépistage à documenter
Coïnfection tuberculose-VIH	environ 3,5 %	En baisse régulière depuis dix ans
Concentration géographique	82 % des cas dans 6 régions	Fonde la concentration différenciée des moyens

Sources : Programme national de lutte contre la tuberculose (données 2024), Organisation mondiale de la Santé (rapport mondial 2025).

LE PROBLÈME CENTRAL QUE CE PLAN ADRESSE

Le Sénégal traite bien : près de neuf patients sur dix mis sous traitement guérissent. Il détecte moins bien : environ un tiers des personnes malades n'atteignent jamais le système de santé. Ces personnes ne sont pas dans les structures de soins — elles sont dans les quartiers, les gares routières, les zones enclavées, les foyers. Combler cet écart relève moins de la technologie médicale que de la capacité à aller chercher les malades là où ils vivent. C'est l'avantage comparatif de la réponse communautaire, et c'est la priorité assumée par ce plan.

2.1.3. Défis liés au dépistage, au traitement et au suivi

- Sous-détection de la tuberculose de l'enfant, dont le repérage repose largement sur l'investigation des cas contacts au domicile — une activité par nature communautaire.
- Perdue de vue et interruptions de traitement, qui alimentent la transmission et le risque de résistance médicamenteuse.
- Sous-recours des hommes adultes jeunes au dépistage, alors qu'ils représentent près de sept cas notifiés sur dix : horaires et modalités de l'offre peu compatibles avec leurs contraintes d'activité.
- Insuffisance de l'investigation systématique des cas contacts et de la couverture du traitement préventif.
- Persistance de la tuberculose pharmacorésistante, dont la prise en charge est plus longue, plus coûteuse et plus exigeante en accompagnement.
- Inégalités territoriales d'accès au diagnostic moléculaire rapide, malgré l'extension du réseau GeneXpert.

2.1.4. Déterminants sociaux : pauvreté, VIH, malnutrition, stigmatisation

La tuberculose est une maladie sociale autant que biologique. Les principaux déterminants documentés — pauvreté, malnutrition, infection à VIH, diabète, consommation de tabac et d'alcool, promiscuité de l'habitat — se cumulent chez les mêmes populations. Le coût indirect reste un obstacle majeur : au niveau mondial, près d'un ménage touché sur deux fait face à des dépenses supérieures à 20 % de son revenu, alors même que le traitement est gratuit. Les frais de transport, les journées de travail perdues et la perte de revenu constituent, dans les faits, la première barrière à l'observance.

La stigmatisation ajoute une barrière sociale à la barrière économique. Elle retarde le recours au dépistage, favorise la dissimulation des symptômes, isole les personnes malades et pèse plus lourdement sur les femmes, pour lesquelles le diagnostic peut avoir des conséquences matrimoniales et familiales spécifiques. La lutte contre la stigmatisation n'est donc pas un supplément d'ordre éthique : elle constitue un levier direct de détection.

2.2. Analyse PESTEL

L'analyse PESTEL classe les facteurs de l'environnement externe selon six dimensions, en distinguant pour chacune ce qui joue en faveur du réseau et ce qui joue contre lui.

DIMENSION	FACTEURS FAVORABLES	FACTEURS DÉFAVORABLES
Politique	Engagement de l'État sur l'objectif d'une génération sans tuberculose ; plan national 2023–2030 ; décentralisation sanitaire ; reconnaissance institutionnelle du réseau (siège au CCM).	Réduction des espaces de participation de la société civile ; concurrence institutionnelle pour la captation des ressources.
Économique	Croissance des ressources domestiques de santé ; budgets des collectivités territoriales ; contributions possibles du secteur privé au titre de la RSE.	Déficit de la huitième reconstitution du Fonds mondial ; retrait de bailleurs bilatéraux ; coûts catastrophiques supportés par les ménages.
Social	Ancrage communautaire historique ; légitimité issue de l'expérience vécue ; réseaux de relais existants.	Stigmatisation persistante ; sous-recours masculin au dépistage ; mobilité des populations ; pauvreté et malnutrition.
Technologique	Extension du diagnostic moléculaire rapide ; téléphonie mobile généralisée ; outils numériques de collecte accessibles et peu coûteux.	Fracture numérique dans les zones enclavées ; faible maîtrise des outils par certains relais ; absence de site et de présence numérique du réseau.
Environnemental	Reconnaissance croissante du lien entre santé et changement climatique, ouvrant de nouveaux guichets de financement.	Aggravation des déterminants : insécurité alimentaire, déplacements de population, habitat précaire.
Légal	Charte du patient ; cadre juridique de la protection sociale ; obligations de redevabilité qui structurent la gestion.	Faible application effective des droits ; absence de mécanismes de recours accessibles ; exigences administratives croissantes des bailleurs.

2.3. Analyse des parties prenantes

La cartographie ci-dessous croise le niveau d'influence de chaque partie prenante sur la réussite du plan et son niveau d'intérêt pour l'action du réseau, et en déduit une stratégie relationnelle.

PARTIE PRENANTE	INFL.	INTÉRÊT	ATTENTES VIS-À-VIS DU RÉSEAU	STRATÉGIE RELATIONNELLE
Programme national de lutte contre la tuberculose	Élevée	Élevé	Contribution mesurable à la réduction de l'écart de détection ; alignement sur les orientations nationales	Partenariat technique rapproché ; transmission régulière des données ; participation aux revues
MSAS, DGSP et Direction de la lutte contre la maladie	Élevée	Moyen	Cohérence avec la politique sanitaire ; complémentarité avec l'offre de soins	Plaidoyer institutionnel ; reddition de comptes
Instance de coordination nationale du Fonds mondial (CCM)	Élevée	Élevé	Représentation crédible des OSC ; capacité de gestion démontrée	Occupation active du siège ; contribution aux dialogues-pays du GC8
Partenaires techniques et financiers	Élevée	Élevé	Résultats documentés ; conformité fiduciaire ; capacité d'absorption	Rapportage rigoureux ; propositions de projets ciblées
Équipes cadres de district et centres de diagnostic	Moyenne	Élevé	Orientations de qualité ; suivi des perdus de vue ; complémentarité de terrain	Conventions locales ; réunions de coordination trimestrielles
Collectivités territoriales	Moyenne	Croissant	Contribution visible à la santé locale ; ancrage territorial	Contractualisation ; participation aux comités de veille
Associations membres, démembrements et relais	Moyenne	Élevé	Appui technique, visibilité, accès aux financements, reconnaissance, continuité entre projets	Animation du réseau ; restitution annuelle ; fidélisation ; plaidoyer sur le statut
Personnes malades et anciens malades	Faible	Élevé	Accompagnement, confidentialité, respect des droits, absence de stigmatisation	Participation aux instances ; consentement systématique ; écoute
Autres OSC, acteurs du transport et médias	Moyenne	Variable	Coordination plutôt que concurrence ; contenus fiables et incarnés ; bénéfice pour les travailleurs	Alliances thématiques ; conventions sectorielles ; fichier presse et porte-parole formés

2.4. Analyse interne des capacités du RN/ASLUT

L'analyse interne évalue sept domaines de capacité institutionnelle. Chaque domaine est noté de 1 (capacité très faible) à 5 (capacité solide), sur la base du diagnostic conduit en atelier et de l'examen documentaire.

DOMAINE DE CAPACITÉ	NOTE /5	CONSTAT	PRIORITÉ
Gouvernance et instances	3 	Organes statutaires en place et fonctionnels ; manuel de procédures disponible. Faiblesse du lien statutaire avec les membres (9 associations sur 21 à jour de cotisation) et dépendance à quelques personnes-ressources.	Moyenne
Ressources humaines	1 	Aucun poste technique permanent. Les fonctions d'assistant administratif et financier, de responsable du suivi-évaluation et de chargé de communication sont assumées bénévolement	Haute
Gestion financière	3 	Manuel de procédures administratives et financières révisé et applicable ; contrats exécutés sans contentieux de gestion. Trésorerie fragile entre deux subventions ; comptabilité peu outillée.	Moyenne
Mobilisation des ressources	2 	Aucune politique formalisée de mobilisation de ressources ni de manuel dédié. Dépendance à un petit nombre de bailleurs.	Haute
Communication et visibilité	1 	Ni site internet, ni présence organisée sur les réseaux sociaux. Faiblesse également de la communication interne entre le niveau national et les démembrements.	Haute
Mobilisation communautaire	4 	Cœur de compétence du réseau : maillage national, relais implantés, méthodes éprouvées, capacité d'innovation démontrée par la stratégie « vigilance-transport ».	À consolider
Logistique et infrastructures	2 	Absence de siège social fonctionnel stable et de moyens roulants ; supervisions dépendantes des transports en commun.	Moyenne

2.5. Synthèse FFOM (SWOT)

Forces et faiblesses

FORCES (AVEC FAIT VÉRIFIABLE EN APPUI)	FAIBLESSES (AVEC MANIFESTATION CONCRÈTE)
Maillage du territoire national — présence effective dans les quatorze régions	Absence de dispositif de suivi-évaluation — aucun cadre d'indicateurs, aucun outil harmonisé, aucune base consolidée
Ancrage communautaire fondateur — réseau créé par d'anciens malades et des parents de personnes affectées	Absence d'archivage et de rapportage structurés — rapports non standardisés, mémoire institutionnelle fragile
Engagement constant des membres — ancienneté des relais, continuité entre deux cycles de financement	Insuffisance de personnel technique — aucun poste permanent (S&E, administratif et financier, communication)
Expérience de la contractualisation — conventions exécutées sans contentieux de gestion	Insuffisance et imprévisibilité des financements — activités suspendues entre deux subventions
Reconnaissance institutionnelle — siège au CCM, statut de sous-sous-récepteur du Fonds mondial	Faiblesse de la communication interne — circulation irrégulière de l'information avec les démembrements
Capacité d'innovation de terrain — stratégie « vigilance-transport », transposable à d'autres milieux	Hétérogénéité des démembrements régionaux — écart important de capacité et d'activité entre régions
Manuel de procédures administratives et financières révisé et opposable ; dispositif de renforcement de capacités (formateurs et modules) ; liens étroits avec les structures de santé ; appartenance à la DRAF-TB, Team 4 ATBP, la plateforme CRG, le CSA et 3CAP-Santé	Absence de visibilité numérique ; inexistence d'une politique de mobilisation de ressources ; absence de siège fonctionnel et de moyens roulants ; faiblesse des ressources propres et dépendance à quelques personnes-ressources (9 associations sur 21 à jour de cotisation)



Travaux de groupe sur le diagnostic institutionnel — atelier de co-production, juillet 2026.

2.6. Enseignements tirés du cycle 2024–2028

La revue du plan précédent a dégagé trois enseignements qui structurent les choix du présent plan.

CONSTAT DE LA REVUE

Le plan 2024–2028 énonçait des axes et des lignes d'action, mais aucun indicateur assorti d'une valeur de référence et d'une cible. Son exécution ne pouvait donc pas être appréciée.

CONSÉQUENCE POUR LE PLAN 2027–2030

Le présent plan intègre un cadre logique complet et un cadre de résultats chiffré, avec valeurs de référence, cibles annuelles, sources de vérification et responsables nommés.

L'absence de budget chiffré empêchait toute négociation sur une base précise, et les ambitions dépassaient les capacités réelles d'absorption du réseau.

Le plan est budgétisé à 100 millions de FCFA sur quatre ans, ventilés par axe et par exercice, avec un déficit à mobiliser explicite. Le dimensionnement est prudent et séquencé : consolidation du socle en année 1, montée en charge en années 2 et 3, capitalisation en année 4.

La contribution communautaire réelle du réseau n'a jamais pu être quantifiée ni valorisée auprès des partenaires.

La mise en place du dispositif de suivi-évaluation est traitée comme la condition de réussite de l'ensemble du plan, et non comme une fonction support.

PARTIE III

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2027–2030

Cette partie définit le cap du réseau pour la période 2027–2030 : sa vision, sa mission, ses valeurs, sa théorie du changement, son objectif général et ses six axes stratégiques. Le plan couvre quatre exercices budgétaires — 2027, 2028, 2029 et 2030 — et cale volontairement son échéance sur l’horizon 2030 de la vision nationale d’une génération sans tuberculose et des Objectifs de développement durable.

3.1. Vision 2030

« Un Sénégal où plus aucune personne malade de la tuberculose ne reste invisible, parce que ceux qui ont vaincu la maladie se tiennent aux côtés de ceux qui l’affrontent. »

3.2. Mission

ÉNONCÉ DE MISSION

Le RN/ASLUT mobilise et outille les organisations communautaires des quatorze régions pour aller chercher les personnes malades que le système de santé n’atteint pas, les accompagner jusqu’à la guérison et porter leur voix auprès des autorités sanitaires — à partir de l’expérience de ceux qui ont eux-mêmes traversé la maladie.

Une variante institutionnelle, utilisable dans les documents de présentation formelle du réseau, en reprend le contenu dans un registre plus classique : « Fédérer, outiller et représenter les organisations communautaires engagées dans la lutte contre la tuberculose au Sénégal, afin de renforcer la contribution des communautés au dépistage, à l’accompagnement des malades, à la défense de leurs droits et à l’orientation des politiques publiques de santé. »

3.3. Valeurs

Les sept valeurs du réseau et leur traduction opérationnelle sont présentées au paragraphe 1.4. Elles ne sont pas reprises ici, mais elles engagent la mise en œuvre du plan : chacune se traduit par une obligation vérifiable, dont le respect est contrôlé dans le cadre du dispositif de suivi-évaluation.

3.4. Théorie du changement

La théorie du changement explicite la chaîne causale par laquelle les activités du réseau sont censées produire l'effet recherché, ainsi que les conditions dont dépend cette chaîne.

PROBLÈME CENTRAL	La contribution des communautés au dépistage, à l'accompagnement et à la défense des droits des personnes malades reste sous-exploitée et non mesurée, alors que près d'un tiers des cas attendus échappent au système de santé.			
CHANGEMENT À LONG TERME VISÉ (IMPACT)	Une génération sénégalaise sans tuberculose : réduction de l'incidence et de la mortalité conformément aux cibles du plan stratégique national 2023–2030.			
CHANGEMENTS INTERMÉDIAIRES (EFFETS)	Davantage de cas présumés sont orientés par la communauté et effectivement dépistés	les relais et médiateurs sont formés, actifs et fidélisés	les droits des personnes malades sont mieux protégés et la stigmatisation recule	le réseau est visible, institutionnellement solide et financièrement moins dépendant
PRODUITS (EXTRANTS)	Orientations communautaires réalisées et abouties ; personnes sensibilisées ; relais et médiateurs formés ; cas contacts investigués ; perdus de vue réorientés ; cas d'atteinte aux droits documentés et suivis ; productions de communication diffusées ; rencontres de plaidoyer tenues et engagements formalisés ; rapports périodiques produits.			
ACTIVITÉS	Causeries éducatives, visites à domicile et au lieu de travail, mobilisations sociales, « vigilance-transport », investigation des cas contacts, recherche des perdus de vue, formation des relais, accompagnement psychosocial, monitoring des droits, campagnes de communication, rencontres de plaidoyer, mise en place du dispositif de suivi-évaluation.			
HYPOTHÈSES CRITIQUES	Maintien de l'engagement du PNT et des districts sanitaires ; disponibilité effective des financements ; remontée régulière des données par les démembrements régionaux ; disponibilité du diagnostic dans les structures de référence ; implication des collectivités territoriales ; stabilité de l'environnement institutionnel.			
ACTEURS PORTEURS DU CHANGEMENT	Relais communautaires et médiateurs psychosociaux, anciens malades, points focaux régionaux, associations membres, Bureau et Comité directeur, en partenariat avec le PNT, les équipes cadres de district et les partenaires techniques et financiers.			
LE RAISONNEMENT EN UNE PHRASE	Si le réseau outille et fidélise ses relais, s'il les déploie prioritairement là où la charge est la plus forte et auprès des publics qui recourent le moins au dépistage, s'il documente rigoureusement ce qu'il produit et s'il en rend compte, alors la part des cas manquants détectés par la voie communautaire augmentera, la contribution du réseau deviendra démontrable, et les ressources nécessaires à sa poursuite pourront être mobilisées — y compris dans un contexte de contraction des financements internationaux.			

3.5. Objectif général

OBJECTIF GÉNÉRAL DU PLAN 2027–2030

Contribuer à la riposte antituberculeuse au niveau communautaire, en renforçant la contribution mesurable des communautés au dépistage, à l'accompagnement des personnes malades et à la défense de leurs droits, dans les quatorze régions du Sénégal.

3.6. Les six axes stratégiques

Les six axes retenus assurent la continuité avec le plan 2024–2028 tout en intégrant les priorités dégagées par l'atelier de co-production : la structuration institutionnelle, la mobilisation des ressources et la gestion des connaissances, regroupées dans un axe 6 élargi.

1 Lutte contre la tuberculose, la coïnfection TB-VIH et les maladies prioritaires de santé publique

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

Écart de détection ; sous-détection pédiatrique et masculine ; perdus de vue

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Plus de cas présumés orientés par la communauté et effectivement dépistés

2 Renforcement du système communautaire de la lutte antituberculeuse

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

Relais insuffisamment nombreux, formés et fidélisés ; participation communautaire inégale

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Un réseau de relais et de médiateurs actifs, outillés et fidélisés

3 Promotion de l'égalité de genre, des droits humains et lutte contre la stigmatisation

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

Atteintes aux droits ; stigmatisation ; écarts de genre dans l'accès au dépistage

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Droits mieux protégés et accès plus équitable aux services

4 Plaidoyer, mobilisation sociale et influence politique

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

Insuffisante prise en compte de la réponse communautaire dans les décisions et les budgets

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Engagements formels obtenus des décideurs et suivis dans la durée

5 Communication, information et changement social

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

Faible visibilité institutionnelle et numérique ; communication interne défaillante

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Présence médiatique et numérique structurée ; communication interne fluide

6 Développement institutionnel, mobilisation des ressources et gestion des connaissances

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

Fragilité institutionnelle ; absence de suivi-évaluation ; dépendance financière

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Socle institutionnel consolidé, dispositif de S&E fonctionnel, ressources diversifiées

3.6.1. Axe stratégique 1 — Lutte contre la tuberculose, la coïnfection TB-VIH et les maladies prioritaires de santé publique

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

Environ un tiers des cas de tuberculose attendus échappent au système de santé. La sous-détection est particulièrement marquée chez les enfants, dont le diagnostic repose largement sur l'investigation des cas contacts, et chez les hommes adultes jeunes, dont les contraintes d'activité sont peu compatibles avec l'offre

de soins. Les perdus de vue alimentent la transmission et le risque de résistance.

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Les communautés des quatorze régions orientent davantage de cas présumés vers les structures de dépistage, et une proportion croissante de ces orientations aboutit à un diagnostic effectif et à une mise sous traitement.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE (SMART)

Accroître, d'ici 2030, le nombre de cas présumés orientés par la voie communautaire de 3 200 à 6 000 par an, et porter le taux de conversion des orientations en dépistages effectifs de 58 % à 78 %, avec une attention particulière aux enfants contacts et aux hommes adultes jeunes.

LIGNE D'ACTION	ACTIVITÉS PRINCIPALES
Informier et sensibiliser les communautés sur la tuberculose et la coïnfection tuberculose-VIH	Organiser des causeries éducatives sur la tuberculose, ses signes d'appel, la gratuité du traitement et la coïnfection tuberculose-VIH ; Conduire des visites à domicile et des visites au lieu de travail dans les zones à forte charge ; Organiser des mobilisations sociales lors des temps forts, notamment la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose.
Rechercher activement les cas et sécuriser l'aboutissement des orientations	Identifier et orienter vers les structures de santé les cas présumés, les cas irréguliers, les cas contacts, les perdus de vue et les cas de refus ou d'abandon de traitement ; Mettre en place une fiche d'orientation à souche permettant de suivre l'aboutissement effectif de chaque orientation auprès du centre de diagnostic et de traitement ; Organiser le suivi téléphonique des personnes orientées n'ayant pas donné suite dans un délai de sept jours.
Améliorer la détection de la tuberculose de l'enfant	Systématiser l'investigation des enfants contacts au domicile de chaque cas index notifié ; Orienter les enfants contacts vers les structures sanitaires pour un traitement préventif ; Orienter vers le dépistage de la tuberculose les enfants en échec de traitement de la malnutrition.
Étendre et documenter la stratégie « vigilance-transport »	Poursuivre les descentes de sensibilisation dans les gares routières, terminus, garages de taxis et de « clandos », cars rapides et stations de motos-taxis ; Formaliser des conventions avec les syndicats et associations de transporteurs ; Documenter la méthode dans un guide opérationnel et mesurer son rendement en cas dépistés.

INDICATEURS DE SUCCÈS DE L'AXE

Cas présumés orientés vers le dépistage (par an) 3 200 → 6 000	Taux de conversion des orientations en dépistages effectifs 58 % → 78 %
Enfants contacts investigués au domicile des cas index (par an) non disponible → 2 500	Perdus de vue et abandons réorientés (par an) 210 → 500
Personnes touchées par la « vigilance-transport » (par an) 12 000 → 26 000	Milieus à forte promiscuité couverts par la méthode 1 (transport) → 3

3.6.2. Axe stratégique 2 — Renforcement du système communautaire de la lutte antituberculeuse

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

La performance du réseau repose sur ses relais et médiateurs psychosociaux. Or ceux-ci sont insuffisamment nombreux au regard de la charge, inégalement répartis entre les régions, et exposés à un fort risque de départ faute de motivation et de continuité entre deux cycles de financement. La perte d'un relais formé représente une perte sèche de compétence pour le réseau.

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Le réseau dispose d'un corps de relais communautaires et de médiateurs psychosociaux formés, actifs, outillés, encadrés et fidélisés, réparti sur l'ensemble du territoire selon la charge de morbidité.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE (SMART)

Porter à 600 le nombre de relais et de médiateurs psychosociaux formés et actifs d'ici 2030, et maintenir un taux de rétention annuel d'au moins 80 %, dans les quatorze régions du Sénégal.

LIGNE D'ACTION	ACTIVITÉS PRINCIPALES
Former et outiller les acteurs communautaires	Actualiser les modules de formation sur la tuberculose, la coïnfection, la tuberculose de l'enfant et l'approche fondée sur les droits humains ; Organiser des sessions de formation initiale et de recyclage annuel des relais dans chaque région ; Doter chaque relais d'un kit d'intervention standard (supports, fiches d'orientation, matériel de visibilité).
Fidéliser et reconnaître les relais	Mettre en place un registre national des relais et médiateurs, tenu à jour par la cellule de suivi ; Instaurer un dispositif de motivation, même modeste, garantissant une continuité entre deux subventions ; Délivrer des attestations de formation reconnues et valorisables.
Impliquer les personnes affectées et anciens malades	Identifier et former d'anciens malades disposés à témoigner et à accompagner ; Organiser le partage d'expérience au sein des communautés, dans le respect du consentement et de la confidentialité ; Accompagner la réinsertion sociale et professionnelle des anciens malades.
Assurer le rôle de suivi, de veille et d'alerte communautaire	Renforcer les capacités des organisations membres à observer, documenter et analyser la performance des services de santé ; Conduire le suivi citoyen du respect des engagements pris par les autorités sanitaires et étatiques ; Participer activement aux comités de veille et d'alerte mis en place avec les collectivités territoriales.

INDICATEURS DE SUCCÈS DE L'AXE

Relais et médiateurs formés et actifs 420 (à consolider) → 600	Taux de rétention annuel des relais formés non disponible → au moins 80 %
Démembrements régionaux évalués comme fonctionnels 8 sur 14 → 14 sur 14	Anciens malades engagés comme pairs accompagnateurs non disponible → 120
Sessions de veille communautaire tenues (par an) non disponible → 28	

3.6.3. Axe stratégique 3 — Promotion de l'égalité de genre, des droits humains et lutte contre la stigmatisation

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

La stigmatisation retarde le recours au dépistage, favorise la dissimulation des symptômes et isole les personnes malades. Elle pèse différemment selon le genre : les femmes s'exposent à des conséquences matrimoniales et familiales spécifiques, tandis que les hommes jeunes tardent à consulter. Les atteintes aux droits des personnes malades ne sont ni documentées ni traitées.

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Les droits des personnes affectées par la tuberculose sont mieux connus, mieux protégés et effectivement défendus ; les écarts de genre dans l'accès aux services communautaires se réduisent.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE (SMART)

Documenter et traiter au moins 120 cas d'atteinte aux droits des personnes affectées sur la période, et porter la part des femmes parmi les personnes touchées par les activités de sensibilisation de 39 % à 48 % d'ici 2030.

LIGNE D'ACTION	ACTIVITÉS PRINCIPALES
Promouvoir le respect des droits humains dans la lutte antituberculeuse	Vulgariser largement la charte du patient et la charte spécifique du malade tuberculeux ; Traduire ces chartes dans les principales langues nationales et en assurer la diffusion communautaire ; Mettre en place un dispositif simple de documentation et de suivi des cas d'atteinte aux droits (fiche de signalement, registre, orientation vers les recours).
Promouvoir l'égalité et l'équité de genre	Orienter davantage les activités de sensibilisation vers les hommes et les jeunes, aux horaires et dans les lieux compatibles avec leurs activités ; Sensibiliser les communautés à la promotion du diagnostic précoce chez les femmes contacts ; Désagréger systématiquement par sexe et par âge l'ensemble des activités rapportées, et réajuster la programmation en cas d'écart persistant.
Lutter contre la stigmatisation et la discrimination	Concevoir et conduire des campagnes de déstigmatisation fondées sur le témoignage d'anciens malades volontaires ; Former les relais à la protection de la confidentialité lors des visites à domicile ; Appliquer strictement la règle de consentement écrit préalable à toute utilisation d'image ou de témoignage identifiable.
Articuler tuberculose et violences basées sur le genre	Former les médiateurs psychosociaux au repérage et à l'orientation des situations de violences basées sur le genre rencontrées dans le cadre de l'accompagnement ; Établir des protocoles d'orientation avec les structures spécialisées.

INDICATEURS DE SUCCÈS DE L'AXE

Cas d'atteinte aux droits documentés et suivis (cumul) 0 → 120	Part des femmes parmi les personnes sensibilisées 39 % → 48 %
Prestataires de santé formés sur stigmatisation et genre (cumul) 0 → 260	Acteurs communautaires formés à l'approche droits humains (cumul) non disponible → 300
Chartes du patient diffusées en langues nationales 0 → 4 langues	

3.6.4. Axe stratégique 4 — Plaidoyer, mobilisation sociale et influence politique

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

La réponse communautaire reste insuffisamment prise en compte dans les décisions et les arbitrages budgétaires. Les rencontres de plaidoyer conduites jusqu'ici n'ont pas donné lieu à des engagements écrits, ce qui rend impossible tout suivi de leur exécution. Le statut des acteurs communautaires n'est pas reconnu.

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Des engagements formels sont obtenus des décideurs nationaux et territoriaux en faveur de la réponse communautaire, et leur exécution fait l'objet d'un suivi documenté.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE (SMART)

Obtenir, d'ici 2030, au moins 20 engagements formalisés par écrit de la part de décideurs nationaux, territoriaux ou institutionnels, et en suivre l'exécution avec un taux de réalisation d'au moins 60 %.

LIGNE D'ACTION	ACTIVITÉS PRINCIPALES
Accroître le financement de la lutte antituberculeuse communautaire	Conduire des rencontres de plaidoyer avec le Ministère de la Santé et de l'Action sociale et la Direction générale de la Santé publique ; Saisir la commission santé de l'Assemblée nationale lors des débats budgétaires ; Rencontrer les élus des collectivités territoriales pour l'inscription d'une ligne dédiée à la lutte antituberculeuse communautaire.
Peser sur les processus de financement de la santé	Occuper activement le siège du réseau à l'instance de coordination nationale du Fonds mondial ; Contribuer aux dialogues-pays et à la préparation des demandes de financement du huitième cycle de subvention ; Plaider pour le maintien d'une enveloppe dédiée à l'engagement communautaire dans un contexte de contraction des ressources.
Revaloriser le statut des acteurs communautaires	Plaider pour la reconnaissance formelle et la motivation financière des relais communautaires ; Plaider pour l'enrôlement de médiateurs psychosociaux de la tuberculose dans les structures sanitaires ; Documenter, chiffres à l'appui, la contribution des relais au dépistage afin d'étayer la demande.
Professionaliser la fonction de plaidoyer	Élaborer une stratégie de plaidoyer assortie d'une cartographie des cibles et d'un calendrier d'opportunités ; Former les membres du réseau aux techniques de plaidoyer et à la négociation institutionnelle ; Produire des notes de position argumentées et fondées sur les données, en amont de chaque rencontre.

INDICATEURS DE SUCCÈS DE L'AXE

Rencontres de plaidoyer tenues avec des décideurs (par an) 3 → 12	Engagements formalisés par écrit (cumul) 0 → 20
Taux d'exécution des engagements obtenus non applicable → au moins 60 %	Collectivités territoriales ayant inscrit une ligne budgétaire TB 0 → 6
Notes de position produites (cumul) 0 → 12	

3.6.5. Axe stratégique 5 — Communication, information et changement social

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

Le réseau n'a ni site internet, ni présence organisée sur les réseaux sociaux : il est invisible pour qui le cherche, y compris pour un bailleur potentiel. La communication interne entre le niveau national et les démembrements est irrégulière, ce qui nuit à la cohésion et à la remontée de l'information.

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Le réseau dispose d'une identité et d'une présence médiatique et numérique structurées, de supports de communication adaptés aux publics visés, et d'un circuit interne d'information fonctionnel.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE (SMART)

Doter le réseau, dès 2027, d'un site internet et de plateformes numériques actives, et porter à 24 le nombre annuel de productions de communication diffusées d'ici 2030, tout en assurant une lettre d'information interne trimestrielle sans interruption.

LIGNE D'ACTION	ACTIVITÉS PRINCIPALES
Structurer la communication institutionnelle	Créer et mettre en ligne un site internet du réseau, adossé à une charte graphique et éditoriale ; Ouvrir et animer des comptes sur les principales plateformes numériques ; Confier l'animation éditoriale à un membre identifié, doté d'une motivation dédiée.
Développer la communication pour le changement social	Élaborer et produire des supports de communication alignés sur les orientations du Programme national de lutte contre la tuberculose ; Concevoir des supports de visibilité à l'effigie du réseau et de ses partenaires ; Participer régulièrement à des émissions radiophoniques et télévisuelles, y compris en langues nationales.
Renforcer la communication interne	Produire une lettre d'information interne trimestrielle à destination des associations membres et des démembrés ; Mettre en place un canal d'échange permanent entre le Bureau et les points focaux régionaux ; Organiser la restitution annuelle des résultats et de l'emploi des fonds aux associations membres.
Professionaliser la relation aux médias	Constituer et entretenir un fichier presse national et régional ; Former deux à trois porte-parole du réseau à la prise de parole publique ; Produire un dossier de presse annuel présentant les résultats du réseau.

INDICATEURS DE SUCCÈS DE L'AXE

Site internet fonctionnel et actualisé inexistant → opérationnel dès 2027	Productions de communication diffusées (par an) 2 → 24
Abonnés cumulés sur les plateformes numériques 0 → 9 000	Lettres d'information internes produites (par an) 0 → 4
Émissions radiophoniques et télévisuelles (par an) non disponible → 16	

3.6.6. Axe stratégique 6 — Développement institutionnel, mobilisation des ressources et gestion des connaissances

PROBLÈME / ENJEU ADRESSÉ

Le réseau ne dispose d'aucun poste technique permanent, d'aucun dispositif de suivi-évaluation, d'aucune politique de mobilisation de ressources, et sa trésorerie dépend entièrement du calendrier des subventions. Cette fragilité institutionnelle limite sa capacité d'absorption, sa crédibilité auprès des bailleurs et sa survie en cas de contraction durable des financements.

RÉSULTAT GLOBAL ATTENDU

Le réseau dispose d'un socle institutionnel consolidé, d'un dispositif de suivi-évaluation fonctionnel produisant des données fiables, et de ressources diversifiées réduisant sa dépendance aux financements internationaux.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE (SMART)

Rendre opérationnel un dispositif de suivi-évaluation dès la fin de l'année 2027, pourvoir trois postes techniques permanents et porter la part des ressources domestiques dans le budget de 2 % à 20 % d'ici 2030.

LIGNE D'ACTION

ACTIVITÉS PRINCIPALES

Mettre en place le dispositif de suivi-évaluation (chantier prioritaire)

Élaborer un manuel de suivi-évaluation assorti de fiches d'indicateurs ; Concevoir et déployer des outils de collecte harmonisés dans les quatorze régions ; Constituer une base de données consolidée, tenue par la cellule de suivi.

Renforcer les capacités humaines et organisationnelles

Pourvoir progressivement trois postes techniques permanents : responsable du suivi-évaluation, assistant administratif et financier, chargé de communication ; Renforcer le fonctionnement régulier des instances statutaires et la tenue des procès-verbaux ; Appliquer et actualiser le manuel de procédures administratives et financières.

Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources

Élaborer un manuel de mobilisation des ressources et une stratégie de financement pluriannuelle ; Former les membres à la rédaction de propositions de projets et à la réponse aux appels ; Régulariser et systématiser le recouvrement des cotisations des associations membres.

Consolider les moyens matériels

Sécuriser un siège social fonctionnel, doté d'un espace de conservation des archives ; Équiper le siège en mobilier, matériel bureautique et outils de visioconférence ; Acquérir progressivement des moyens de déplacement pour les supervisions régionales.

INDICATEURS DE SUCCÈS DE L'AXE

Dispositif de suivi-évaluation opérationnel
inexistant → opérationnel dès fin 2027

Postes techniques permanents pourvus
0 → 3

Part des ressources domestiques dans le budget
2 % → 20 %

Associations membres à jour de cotisation
9 sur 21 → 19 sur 25

Taux d'exécution du plan de travail budgétisé
non disponible → au moins 85 %

Guides opérationnels de capitalisation produits (cumul)
0 → 3

PARTIE IV

CADRE LOGIQUE STRATÉGIQUE 2027–2030

Le cadre logique relie les objectifs stratégiques du réseau aux résultats attendus, aux activités qui les produisent, aux indicateurs qui les mesurent et aux acteurs qui en répondent. Il constitue l'outil de référence du pilotage et du rapportage : chaque rapport périodique renseigne les indicateurs de ce cadre, et chaque révision du plan passe par sa mise à jour.

Les indicateurs retenus respectent les critères SMART. Les valeurs de référence signalées comme non disponibles doivent être établies au cours du premier semestre 2027, dans le cadre de la constitution de la base de données consolidée (axe 6). Les fiches détaillées des indicateurs figurent en annexe.

Axe 1 — Lutte contre la tuberculose, la coïnfection TB-VIH et les maladies prioritaires

Accroître de 3 200 à 6 000 par an le nombre de cas présumés orientés par la voie communautaire d'ici 2030

RÉSULTATS ATTENDUS	Les communautés orientent davantage de cas présumés vers les structures de dépistage
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Causeries éducatives, VAD et VALT, mobilisations sociales, entretiens de groupe
INDICATEUR (SMART)	Nombre de cas présumés orientés par an (réf. 3 200 → 6 000)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Fiches d'orientation à souche ; base consolidée

Responsable · **Points focaux régionaux** Calendrier · **2027-2030, en continu**

Porter le taux de conversion des orientations en dépistages effectifs de 58 % à 78 % d'ici 2030

RÉSULTATS ATTENDUS	Une part croissante des orientations aboutit à un diagnostic effectif
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Suivi téléphonique à sept jours ; accompagnement physique vers la structure
INDICATEUR (SMART)	Taux de conversion orientés → dépistés (réf. 58 % → 78 %)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Registres CDT ; contre-vérification trimestrielle

Responsable · **Point focal S&E** Calendrier · **À partir du T2 2027**

Améliorer la détection de la tuberculose de l'enfant

RÉSULTATS ATTENDUS	Les enfants contacts des cas index sont systématiquement investigués et orientés
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Investigation des contacts au domicile ; orientation vers le traitement préventif
INDICATEUR (SMART)	Nombre d'enfants contacts investigués par an (cible 2 500 en 2030)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Fiches d'investigation ; registres CDT

Responsable · **Relais communautaires** Calendrier · **2027-2030, en continu**

Réduire les perdus de vue et les abandons de traitement

RÉSULTATS ATTENDUS	Les personnes en rupture de traitement sont retrouvées et réorientées
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Recherche des perdus de vue ; médiation familiale ; appui à l'observance
INDICATEUR (SMART)	Nombre de perdus de vue réorientés par an (réf. 210 → 500)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Registres CDT ; fiches de suivi communautaire

Responsable · **Médiateurs psychosociaux** Calendrier · **2027-2030, en continu**

Étendre la méthode « vigilance-transport » à trois milieux à forte promiscuité

RÉSULTATS ATTENDUS	La méthode est documentée, mesurée et transposée à de nouveaux milieux
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Descentes de sensibilisation ; conventions avec les transporteurs ; guide opérationnel
INDICATEUR (SMART)	Nombre de milieux couverts (réf. 1 → 3) ; guide produit
SOURCES DE VÉRIFICATION	Conventions signées ; guide opérationnel ; rapports

Responsable · **Bureau et points focaux** Calendrier · **Guide en 2027 ; extension 2028-2029**

Axe 2 — Renforcement du système communautaire de la lutte antituberculeuse

Porter à 600 le nombre de relais et médiateurs formés et actifs d'ici 2030

RÉSULTATS ATTENDUS	Le réseau dispose d'un corps de relais formés, outillés et répartis selon la charge
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Actualisation des modules ; sessions de formation initiale et de recyclage annuel
INDICATEUR (SMART)	Nombre de relais et médiateurs formés et actifs (réf. 420 → 600)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Registre national des relais ; attestations de formation

Responsable · **Secrétariat général** Calendrier · **Formations annuelles, 2027-2030**

Maintenir un taux de rétention annuel des relais d'au moins 80 %

RÉSULTATS ATTENDUS	Les relais formés restent actifs d'une année sur l'autre
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Dispositif de motivation ; attestations valorisables ; rencontre nationale annuelle
INDICATEUR (SMART)	Taux de rétention annuel (cible ≥ 80 %)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Registre national ; comparaison inter-annuelle

Responsable · **Point focal S&E** Calendrier · **Mesure annuelle à partir de 2028**

Rendre fonctionnels les quatorze démembrements régionaux d'ici 2030

RÉSULTATS ATTENDUS	Les écarts de capacité entre régions se réduisent
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Diagnostic de capacité ; parrainage inter-régional ; appui différencié
INDICATEUR (SMART)	Nombre de démembrements évalués fonctionnels (réf. 8 → 14)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Grille d'évaluation annuelle des démembrements

Responsable · **Comité directeur** Calendrier · **Diagnostic S1 2027 ; suivi annuel**

Engager 120 anciens malades comme pairs accompagnateurs

RÉSULTATS ATTENDUS	Les personnes affectées participent activement à la riposte et aux instances
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Identification et formation d'anciens malades ; partage d'expérience ; réinsertion
INDICATEUR (SMART)	Nombre d'anciens malades engagés (cumul, cible 120)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Registre des pairs ; comptes rendus d'activités

Responsable · **Points focaux régionaux** Calendrier · **2027-2030, en continu**

Axe 3 — Genre, droits humains et lutte contre la stigmatisation

Documenter et traiter 120 cas d'atteinte aux droits sur la période

RÉSULTATS ATTENDUS	Les atteintes aux droits des personnes malades sont repérées, documentées et orientées vers des recours
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Mise en place du dispositif de signalement ; monitoring ; orientation vers les recours
INDICATEUR (SMART)	Nombre de cas documentés et suivis (cumul, cible 120)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Registre des signalements ; rapports de monitoring

Responsable · **Point focal droits humains** Calendrier · **Dispositif en 2027 ; suivi 2027-2030**

Porter la part des femmes parmi les personnes sensibilisées de 39 % à 48 %

RÉSULTATS ATTENDUS	L'accès aux activités communautaires devient plus équitable
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Ciblage différencié ; adaptation des horaires et des lieux ; réajustement en cas d'écart
INDICATEUR (SMART)	Part des femmes parmi les personnes touchées (réf. 39 % → 48 %)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Base de données consolidée, désagrégée par sexe

Responsable · **Point focal S&E** Calendrier · **Mesure trimestrielle**

Former 260 prestataires de santé sur la stigmatisation et le genre d'ici 2030

RÉSULTATS ATTENDUS	Les prestataires adoptent des pratiques non stigmatisantes
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Sessions de formation en district ; supports pédagogiques
INDICATEUR (SMART)	Nombre de prestataires formés (cumul, cible 260)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Feuilles de présence ; attestations

Responsable · **Secrétariat général** Calendrier · **Sessions annuelles 2028-2030**

Former 300 acteurs communautaires à l'approche fondée sur les droits humains

RÉSULTATS ATTENDUS	Les acteurs communautaires maîtrisent l'approche droits humains
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Formation ABDH ; vulgarisation et traduction des chartes
INDICATEUR (SMART)	Nombre d'acteurs formés (cumul, cible 300) ; chartes traduites en 4 langues
SOURCES DE VÉRIFICATION	Registre de formation ; supports traduits

Responsable · **Point focal droits humains** Calendrier · **2027-2029**

Axe 4 — Plaidoyer, mobilisation sociale et influence politique

Obtenir 20 engagements formalisés par écrit d'ici 2030

RÉSULTATS ATTENDUS	Les décideurs prennent des engagements écrits en faveur de la réponse communautaire
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Rencontres de plaidoyer ; notes de position ; formalisation des engagements
INDICATEUR (SMART)	Nombre d'engagements écrits obtenus (cumul, cible 20)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Registre des engagements ; comptes rendus signés

Responsable · **Président** Calendrier · **2027-2030, en continu**

Atteindre un taux d'exécution des engagements d'au moins 60 %

RÉSULTATS ATTENDUS	Les engagements obtenus sont effectivement suivis d'effet
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Suivi citoyen des engagements ; relances documentées
INDICATEUR (SMART)	Taux d'exécution des engagements (cible ≥ 60 %)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Registre des engagements ; rapports de suivi

Responsable · **Chargé du plaidoyer** Calendrier · **Bilan annuel à partir de 2028**

Obtenir l'inscription d'une ligne budgétaire TB dans 6 collectivités territoriales

RÉSULTATS ATTENDUS	Les collectivités territoriales cofinancent la lutte antituberculeuse communautaire
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Rencontres avec les élus ; participation aux comités de veille ; contractualisation
INDICATEUR (SMART)	Nombre de collectivités ayant inscrit une ligne (cible 6)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Délibérations ; conventions signées

Responsable · **Bureau et points focaux** Calendrier · **2028-2030**

Peser sur les arbitrages du huitième cycle de subvention du Fonds mondial

RÉSULTATS ATTENDUS	La réponse communautaire est prise en compte dans la demande de financement
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Occupation du siège au CCM ; contribution aux dialogues-pays ; notes de position
INDICATEUR (SMART)	Nombre de contributions écrites au processus GC8 (cible 12 notes)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Notes de position ; comptes rendus du CCM

Responsable · **Président** Calendrier · **2027-2029**

Axe 5 — Communication, information et changement social

Doter le réseau d'un site internet et de plateformes actives dès 2027

RÉSULTATS ATTENDUS	Le réseau est visible et identifiable en ligne
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Création du site ; ouverture des comptes ; charte graphique et éditoriale
INDICATEUR (SMART)	Site fonctionnel et actualisé (oui/non) ; nombre de plateformes actives
SOURCES DE VÉRIFICATION	Adresse du site ; comptes vérifiables

Responsable · **Chargé de communication** Calendrier · **T2-T4 2027**

Porter à 24 par an le nombre de productions de communication diffusées

RÉSULTATS ATTENDUS	Le réseau produit et diffuse régulièrement des contenus
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Supports IEC/CCC ; émissions ; campagnes ; dossier de presse annuel
INDICATEUR (SMART)	Nombre de productions diffusées par an (réf. 2 → 24)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Tableau de bord communication ; archives

Responsable · **Chargé de communication** Calendrier · **Montée en charge 2027-2030**

Atteindre 9 000 abonnés cumulés sur les plateformes numériques

RÉSULTATS ATTENDUS	L'audience numérique du réseau s'élargit
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Animation éditoriale régulière ; valorisation des activités de terrain
INDICATEUR (SMART)	Nombre d'abonnés cumulés (réf. 0 → 9 000)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Statistiques des plateformes

Responsable · **Chargé de communication** Calendrier · **Suivi trimestriel**

Assurer une lettre d'information interne trimestrielle sans interruption

RÉSULTATS ATTENDUS	La communication interne entre le national et les régions devient régulière
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Production et diffusion de la lettre ; canal d'échange permanent
INDICATEUR (SMART)	Nombre de lettres produites par an (cible 4)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Archives de la lettre d'information

Responsable · **Secrétariat général** Calendrier · **Trimestriel dès 2027**

Axe 6 — Développement institutionnel, mobilisation des ressources et gestion des connaissances

Rendre opérationnel un dispositif de suivi-évaluation dès fin 2027

RÉSULTATS ATTENDUS	Le réseau mesure et documente sa contribution
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Manuel de S&E ; outils de collecte harmonisés ; base consolidée ; formation des points focaux
INDICATEUR (SMART)	Dispositif opérationnel (oui/non) ; nombre de points focaux S&E formés (cible 14)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Manuel de S&E ; base de données ; rapports trimestriels

Responsable · **Point focal S&E / Bureau** Calendrier · **T1-T4 2027**

Pouvoir trois postes techniques permanents d'ici 2030

RÉSULTATS ATTENDUS	Le réseau dispose de compétences techniques stables
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Recrutement progressif : responsable S&E, assistant administratif et financier, chargé de communication
INDICATEUR (SMART)	Nombre de postes pourvus (réf. 0 → 3)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Contrats de travail ; organigramme actualisé

Responsable · **Secrétaire général** Calendrier · **1 poste/an à partir de 2027**

Porter la part des ressources domestiques de 2 % à 20 % du budget

RÉSULTATS ATTENDUS	La dépendance aux financements internationaux diminue
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Manuel de mobilisation des ressources ; cotisations ; offre de services ; RSE ; collectivités
INDICATEUR (SMART)	Part des ressources domestiques dans le budget (réf. 2 % → 20 %)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Rapports financiers annuels

Responsable · **Trésorier** Calendrier · **Progression annuelle**

Atteindre un taux d'exécution du plan de travail budgétisé d'au moins 85 %

RÉSULTATS ATTENDUS	La capacité d'absorption et de programmation du réseau progresse
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Programmation annuelle ; revues semestrielles ; ajustements documentés
INDICATEUR (SMART)	Taux d'exécution du plan de travail (cible ≥ 85 % en 2030)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Rapports de mise en œuvre ; états financiers

Responsable · **Bureau** Calendrier · **Revue semestrielle**

Produire trois guides opérationnels de capitalisation

RÉSULTATS ATTENDUS	Les savoir-faire du réseau sont documentés et transmissibles
ACTIVITÉS PRINCIPALES	Documentation de la « vigilance-transport » ; ateliers annuels de capitalisation ; archivage
INDICATEUR (SMART)	Nombre de guides produits (cumul, cible 3)
SOURCES DE VÉRIFICATION	Guides publiés ; comptes rendus d'ateliers

Responsable · **Cellule de suivi** Calendrier · **1 guide en 2027, 2028 et 2029**

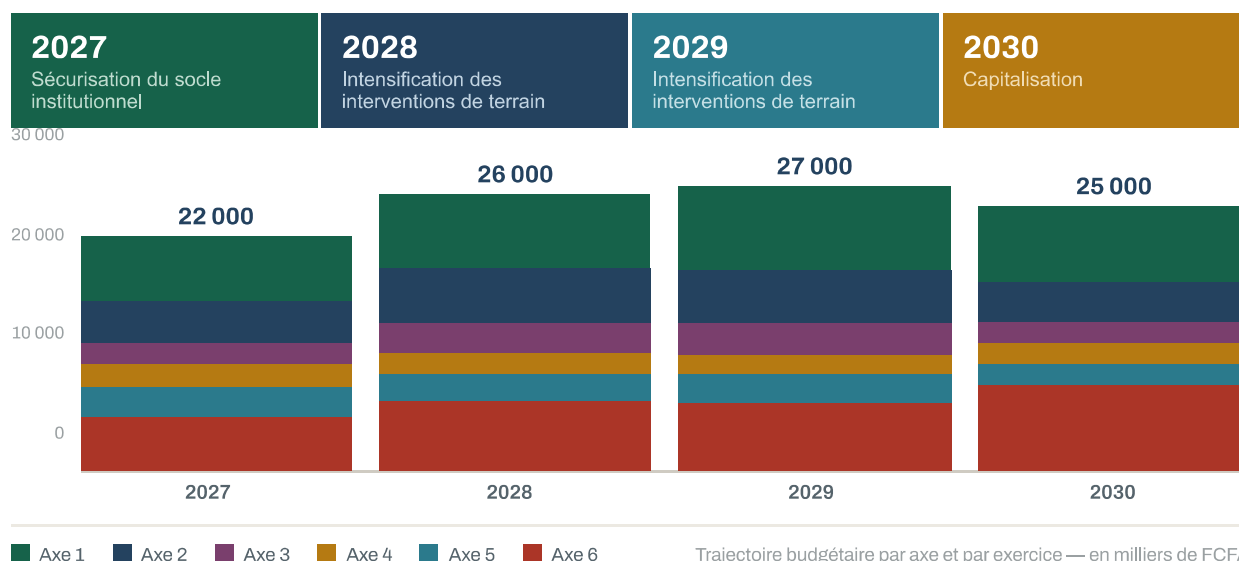
PARTIE V

PLAN OPÉRATIONNEL PLURIANNUEL 2027–2030

Le plan opérationnel décline le cadre logique en activités programmées, avec pour chacune un responsable unique, les partenaires mobilisés, l'échéancier annuel et le budget prévisionnel. Il constitue la base d'élaboration des plans de travail annuels budgétisés, qui en préciseront la programmation trimestrielle.

Le séquençement retenu applique l'enseignement de la hiérarchisation des faiblesses : l'année 2027 est consacrée à la sécurisation du socle institutionnel — dispositif de suivi-évaluation, visibilité numérique, premier poste technique — avant l'intensification des interventions de terrain en 2028 et 2029, et la capitalisation en 2030. Les montants sont exprimés en milliers de FCFA.

SÉQUENCEMENT DU PLAN 2027–2030



Axe 1 — Lutte contre la tuberculose, la coïnfection TB-VIH et les maladies prioritaires

ACTIVITÉ	RESPONSABLE	PARTENAIRES	27 · 28 · 29 · 30	BUDGET
Causeries éducatives, visites à domicile et au lieu de travail dans les zones à forte charge	Points focaux régionaux	PNT, ECD, CDT	● ● ● ●	7 200
Recherche active des cas présumés, cas contacts, cas irréguliers et perdus de vue	Relais communautaires	CDT, MCD	● ● ● ●	6 400
Investigation des enfants contacts au domicile des cas index et orientation vers le traitement préventif	Relais communautaires	PNT, ECD	● ● ● ●	4 200
Descentes « vigilance-transport » dans les gares et garages	Points focaux régionaux	Syndicats de transporteurs	● ● ● ●	5 000
Documentation de la méthode « vigilance-transport » et extension à deux nouveaux milieux	Bureau	PNT, PTF	● ● ● ●	2 400
Identification et appui aux pairs éducateurs issus des populations clés	Associations membres	ANCS, CNLS	● ● ● ●	1 800
Célébration de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose	Bureau	PNT, MSAS, PTF	● ● ● ●	1 000
Sous-total axe 1			6 000 · 7 000 · 8 000 · 7 000	28 000

Axe 2 — Renforcement du système communautaire

ACTIVITÉ	RESPONSABLE	PARTENAIRES	27 · 28 · 29 · 30	BUDGET
Actualisation des modules de formation et production des supports pédagogiques	Secrétariat général	PNT, Action Damien	● ● ● ●	1 600
Formation initiale et recyclage annuel des relais et médiateurs (14 régions)	Secrétariat général	PNT, PTF	● ● ● ●	7 200
Dotation des relais en kits d'intervention	Bureau	PTF	● ● ● ●	2 400
Dispositif de motivation et de fidélisation des relais	Trésorier	PTF, collectivités	● ● ● ●	3 200
Diagnostic de capacité des démembrements et appui différencié	Comité directeur	—	● ● ● ●	1 200
Rencontre nationale annuelle des relais et sessions de veille communautaire	Chargé du plaidoyer	CSVA, collectivités	● ● ● ●	2 400
Sous-total axe 2			4 000 · 5 000 · 5 000 · 4 000	18 000

Axe 3 — Genre, droits humains et lutte contre la stigmatisation

ACTIVITÉ	RESPONSABLE	PARTENAIRES	27 · 28 · 29 · 30	BUDGET
Mise en place du dispositif de signalement et de suivi des atteintes aux droits	Point focal droits humains	ONG droits humains	● ● ● ●	1 600
Traduction et vulgarisation des chartes du patient en langues nationales	Point focal droits humains	PNT, MSAS	● ● ● ●	1 400
Formation des acteurs communautaires à l'approche fondée sur les droits humains	Secrétariat général	PTF, plateforme CRG	● ● ● ●	2 200
Formation des prestataires de santé sur stigmatisation et genre	Secrétariat général	PNT, ECD	● ● ● ●	2 400
Campagnes de déstigmatisation fondées sur le témoignage	Chargé de communication	Médias, SUA	● ● ● ●	1 600
Mesure initiale et finale de la stigmatisation perçue	Cellule de suivi	Consultant externe	● ● ● ●	800
Sous-total axe 3			2 000 · 3 000 · 3 000 · 2 000	10 000

Axe 4 — Plaidoyer, mobilisation sociale et influence politique

ACTIVITÉ	RESPONSABLE	PARTENAIRES	27 · 28 · 29 · 30	BUDGET
Élaboration de la stratégie de plaidoyer et cartographie des cibles	Chargé du plaidoyer	SUA, 3CAP-Santé	● ● ● ●	600
Rencontres de plaidoyer nationales (MSAS, DGSP, Assemblée nationale)	Président	SUA, ANCS	● ● ● ●	2 400
Rencontres avec les élus territoriaux et contractualisation	Bureau	Collectivités	● ● ● ●	2 000
Contribution aux dialogues-pays et à la demande de financement GC8	Président	CCM, DRAF-TB	● ● ● ●	1 200
Formation des membres aux techniques de plaidoyer et production de notes de position	Chargé du plaidoyer	PTF	● ● ● ●	1 000
Tenue et suivi du registre des engagements obtenus	Chargé du plaidoyer	—	● ● ● ●	800
Sous-total axe 4			2 000 · 2 000 · 2 000 · 2 000	8 000

Axe 5 — Communication, information et changement social

ACTIVITÉ	RESPONSABLE	PARTENAIRES	27 · 28 · 29 · 30	BUDGET
Création du site internet, charte graphique et éditoriale	Chargé de communication	Prestataire technique	● ● ● ●	1 200
Animation éditoriale du site et des plateformes numériques	Chargé de communication	—	● ● ● ●	2 400
Production de supports IEC/CCC et de supports de visibilité	Chargé de communication	PNT, PTF	● ● ● ●	2 800
Émissions radiophoniques et télévisuelles, y compris en langues nationales	Bureau	Médias nationaux et régionaux	● ● ● ●	2 000
Lettre d'information interne trimestrielle et restitution annuelle aux membres	Secrétariat général	—	● ● ● ●	800
Constitution du fichier presse et formation des porte-parole	Chargé de communication	SUA	● ● ● ●	800
Sous-total axe 5			3 000 · 2 500 · 2 500 · 2 000	10 000

Axe 6 — Développement institutionnel, ressources et connaissances

ACTIVITÉ	RESPONSABLE	PARTENAIRES	27 · 28 · 29 · 30	BUDGET
Élaboration du manuel de suivi-évaluation et des outils de collecte harmonisés	Point focal S&E	Consultant, PTF	● ● ● ●	1 800
Constitution et maintenance de la base de données consolidée	Point focal S&E	Prestataire technique	● ● ● ●	2 200
Formation des points focaux S&E régionaux et supervisions	Point focal S&E	PTF	● ● ● ●	2 600
Recrutement progressif de trois postes techniques permanents	Secrétaire général	PTF	● ● ● ●	9 600
Élaboration du manuel de mobilisation des ressources et formation à la rédaction de projets	Trésorier	PTF, CESAG	● ● ● ●	1 400
Fonctionnement du siège, archivage et équipement bureautique	Secrétaire général	PTF	● ● ● ●	4 800
Ateliers annuels de capitalisation et production des guides opérationnels	Cellule de suivi	DRAF-TB, PTF	● ● ● ●	1 800
Évaluation externe à mi-parcours et évaluation finale	Comité directeur	Consultant externe	● ● ● ●	1 800
Sous-total axe 6			5 000 · 6 500 · 6 500 · 8 000	26 000

Récapitulatif du plan opérationnel

AXE STRATÉGIQUE	2027	2028	2029	2030	TOTAL	PART
Axe 1 — Lutte contre la TB, la coïnfection TB-VIH et les maladies prioritaires	6 000	7 000	8 000	7 000	28 000	28 %
Axe 2 — Renforcement du système communautaire	4 000	5 000	5 000	4 000	18 000	18 %
Axe 3 — Genre, droits humains et lutte contre la stigmatisation	2 000	3 000	3 000	2 000	10 000	10 %
Axe 4 — Plaidoyer, mobilisation sociale et influence politique	2 000	2 000	2 000	2 000	8 000	8 %
Axe 5 — Communication, information et changement social	3 000	2 500	2 500	2 000	10 000	10 %
Axe 6 — Développement institutionnel, ressources et connaissances	5 000	6 500	6 500	8 000	26 000	26 %
TOTAL GÉNÉRAL	22 000	26 000	27 000	25 000	100 000	100 %

Montants en milliers de FCFA. Total du plan : 100 000 000 FCFA sur quatre ans, soit environ 152 450 euros au taux de parité fixe UEMOA de 655,957 FCFA pour 1 euro. La ventilation détaillée par rubrique de dépense figure en Partie VI.

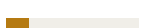
PARTIE VI

STRATÉGIE DE FINANCEMENT

Le plan 2027–2030 est chiffré à 100 000 000 FCFA, soit environ 152 450 euros au taux de parité fixe de l'Union économique et monétaire ouest-africaine. Ce dimensionnement est délibérément prudent : il correspond à une moyenne de 25 millions de FCFA par exercice, cohérente avec la capacité d'absorption actuelle du réseau et avec la contraction prévisible des ressources internationales. Un plan surdimensionné n'aurait aucune valeur de négociation.

6.1. Analyse des besoins financiers

Ventilation par nature de dépense

RUBRIQUE	2027	2028	2029	2030	TOTAL	PART
Activités programmatiques de terrain	11 200	13 500	14 500	12 300	51 500	 51,5 %
Renforcement de capacités et formations	3 400	4 000	3 800	2 900	14 100	 14,1 %
Personnel technique permanent	2 400	2 400	2 400	2 400	9 600	 9,6 %
Suivi-évaluation, études et évaluations externes	2 100	2 600	2 100	3 200	10 000	 10,0 %
Communication et visibilité	1 700	1 500	1 500	1 300	6 000	 6,0 %
Fonctionnement du siège et équipements	1 200	2 000	2 700	2 900	8 800	 8,8 %
TOTAL	22 000	26 000	27 000	25 000	100 000	100 %

Montants en milliers de FCFA. La part consacrée aux activités programmatiques et au renforcement de capacités représente 65,6 % du budget total, ce qui situe le ratio de coûts d'appui du réseau dans les normes attendues par les partenaires techniques et financiers.

6.2. Sources de financement mobilisables

SOURCE	NATURE	CONDITIONS D'ACCÈS	STATUT
Fonds mondial (GC8, 2027–2029)	Subvention via récipiendaire principal	Statut de sous-sous-réceptiendaire ; capacité de gestion démontrée ; inscription dans la demande de financement nationale	Probable
Plan International Sénégal	Convention de partenariat	Alignement programmatique ; rapportage conforme	Probable
Action Damien	Appui projet	Proposition ciblée sur la détection et l'accompagnement	À confirmer
Speak Up Africa	Appui plaidoyer et communication	Projet de plaidoyer structuré	À confirmer
ONG AcDev et ANCS	Sous-traitance et partenariat	Continuité des collaborations établies	Probable
Collectivités territoriales	Cofinancement domestique	Contractualisation ; inscription d'une ligne budgétaire ; participation aux comités de veille	À construire
Secteur privé (RSE)	Mécénat et partenariat	Dossier de partenariat ; contreparties de visibilité	À construire
Ressources propres du réseau	Cotisations et offre de services	Régularisation des cotisations ; développement d'une offre facturable	À construire
Coopération bilatérale et multilatérale, agences des Nations unies, fondations internationales	Appels à propositions et subventions ciblées	Capacité de réponse aux appels ; conformité fiduciaire ; alignement sur les priorités nationales ; positionnement sur des thématiques nouvelles (santé-climat, droits)	Incertain



Rencontre de coordination avec Plan International Sénégal : les partenariats institutionnels constituent la première source de financement du réseau.

PARTIE VII

PLAN DE RENFORCEMENT ORGANISATIONNEL

Le renforcement organisationnel n'est pas une fonction support de ce plan : il en conditionne la faisabilité. Cette partie précise l'organigramme cible, les instruments de gestion à mettre en place ou à actualiser, et le plan de formation interne.

7.1. Organigramme recommandé

L'organigramme cible conserve l'architecture statutaire du réseau — Assemblée générale, Comité directeur, Bureau — et lui adjoint un niveau technique permanent, aujourd'hui inexistant, ainsi qu'une articulation formalisée avec les démembrements régionaux.

NIVEAU	ENTITÉ	COMPOSITION CIBLE	FONCTION PRINCIPALE
SOUVERAIN	Assemblée générale	Ensemble des membres du réseau	Orienté, ratifie le plan, approuve les rapports moraux et financiers
EXÉCUTIF	Comité directeur	Membres élus, renouvelables par tiers	Valide la programmation annuelle et le budget, arbitre les priorités
DIRECTION	Bureau	Président, vice-président, secrétaire général et adjoint, trésorier et adjoint	Pilote la mise en œuvre, engage les dépenses, représente le réseau
TECHNIQUE (À CRÉER)	Cellule technique permanente	Responsable du suivi-évaluation ; assistant administratif et financier ; chargé de communication	Assure les fonctions techniques continues : données, gestion, communication
CONSULTATIF	Commission de contrôle	Membres désignés par l'Assemblée générale, hors Bureau	Contrôle interne, vérification des comptes, avis sur les rapports financiers
DÉCONCENTRÉ	Antennes régionales (14)	Bureau régional, point focal S&E régional	Coordonnent les activités, collectent et remontent les données, supervisent les relais
OPÉRATIONNEL	Associations membres et relais	Associations membres, relais communautaires, médiateurs psychosociaux, pairs éducateurs	Exécutent les activités de terrain et renseignent les outils de collecte

La création d'une commission de contrôle distincte du Bureau constitue une recommandation de gouvernance : elle renforce la séparation entre exécution et vérification, condition de plus en plus scrutée par les bailleurs institutionnels.

Séquençement du recrutement technique

2027 Responsable du suivi-évaluation Chantier classé première priorité par le diagnostic ; conditionne la capacité du réseau à démontrer sa contribution et donc à mobiliser des ressources	2028 Assistant administratif et financier Sécurise la conformité fiduciaire, condition d'accès aux financements institutionnels et de renouvellement des conventions	2029 Chargé de communication Consolide et professionnalise la visibilité amorcée dès 2027 par des moyens externalisés
---	--	---

7.2. Plan de formation du personnel, des membres et des bénévoles

PUBLIC	THÉMATIQUES	FRÉQUENCE	ANNÉE
Membres du Bureau et du Comité directeur	Gouvernance associative, leadership, management organisationnel, redevabilité	Une session	2027
Trésorier et trésoriers régionaux	Gestion financière, application du manuel de procédures, tenue des pièces justificatives	Une session, puis recyclage	2027, 2029
Points focaux S&E régionaux	Collecte, saisie, contrôle qualité des données, utilisation des outils harmonisés	Deux sessions puis recyclage annuel	2027-2030
Membres du réseau	Rédaction de propositions de projets, mobilisation de ressources, réponse aux appels	Une session	2028
Chargés de plaidoyer	Techniques de plaidoyer, négociation institutionnelle, production de notes de position	Une session	2027
Relais communautaires	Tuberculose, coïnfection, TB de l'enfant, orientation, remplissage des fiches	Formation initiale et recyclage annuel	2027-2030
Médiateurs psychosociaux	Écoute, médiation familiale, observance, repérage des VBG, confidentialité	Formation initiale et recyclage	2027-2030
Pairs éducateurs	Approche par les pairs, communication interpersonnelle, éthique	Une session annuelle	2028-2030
Porte-parole	Prise de parole publique, relations avec les médias	Une session	2028

PARTIE VIII

PLAN DE COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE

Le plan de communication poursuit trois finalités distinctes, qui appellent des messages et des canaux différents : faire connaître le réseau et sa contribution auprès des décideurs et des partenaires ; faire changer les comportements de recours au dépistage dans les communautés ; et maintenir la cohésion interne du réseau.

8.1. Positionnement du RN/ASLUT

ÉNONCÉ DE POSITIONNEMENT

Le RN/ASLUT est le réseau national des organisations communautaires de lutte contre la tuberculose au Sénégal. Fondé par d'anciens malades, présent dans les quatorze régions, il va chercher les personnes que le système de santé n'atteint pas et documente ce qu'il produit.

Trois éléments différencient le réseau et doivent être systématiquement présents dans sa communication institutionnelle : son origine — fondé par ceux qui ont guéri —, sa couverture — les quatorze régions —, et sa méthode — aller au contact des populations mobiles là où elles se trouvent, à des horaires compatibles avec leur activité.

8.2. Publics cibles et messages clés

PUBLIC CIBLE	OBJECTIF DE COMMUNICATION	MESSAGE CLÉ	CANAUx PRIVILÉGIÉS
Communautés et populations à risque	Susciter le recours précoce au dépistage	<i>La tuberculose se guérit et le traitement est gratuit ; si vous toussiez depuis plus de deux semaines, faites-vous dépister</i>	Causeries, radios communautaires, affichage, réseaux sociaux
Hommes adultes jeunes	Lever les freins au dépistage liés aux contraintes d'activité	<i>Se faire dépister ne coûte ni argent ni journée de travail : nous venons à vous</i>	Gares routières, garages, lieux de travail, radios
Personnes malades et familles	Soutenir l'observance et rompre l'isolement	<i>Vous n'êtes pas seul : d'autres ont guéri et vous accompagnent</i>	Visites à domicile, médiation psychosociale, témoignages
Décideurs politiques et sanitaires	Obtenir des engagements et des ressources	<i>La communauté trouve les malades que le système ne voit pas — et voici les chiffres</i>	Notes de position, rencontres institutionnelles, dossier de presse
Partenaires techniques et financiers	Sécuriser et diversifier les financements	<i>Un réseau de vingt ans, présent dans les quatorze régions, qui mesure et documente sa contribution</i>	Rapports, site internet, présentations institutionnelles
Associations membres et relais	Maintenir la cohésion et l'engagement	<i>Ce que vous faites est compté, valorisé et restitué</i>	Lettre d'information trimestrielle, rencontre annuelle, restitution
Médias	Obtenir une couverture régulière et juste	<i>La tuberculose reste la maladie infectieuse la plus meurtrière — et un tiers des malades manquent à l'appel</i>	Fichier presse, dossier annuel, porte-parole formés

LA TUBERCULOSE SE GUÉRIT !

DÉPISTÉE À TEMPS, TRAITÉE JUSQU'AU BOUT,
LA TUBERCULOSE N'EST PLUS UNE MENACE.



Un dépistage précoce
sauve des vies



Un traitement bien suivi
guérit la tuberculose



Soutien, respect et solidarité
pour tous les patients



LA TUBERCULOSE SE TRANSMET, MAIS ELLE SE PRÉVIENT.



Toussez dans
votre coude ou
mouchoir



Aérez les pièces
chaque jour



Évitez les lieux
fermés et très
fréquentés



Ayez une bonne
alimentation et
soyez actif



Consultez en cas
de toux persistante
(plus de 2 semaines)

ENSEMBLE, SOUTENONS LES PATIENTS. ENSEMBLE, ÉLIMINONS LA TUBERCULOSE.

La lutte continue, la guérison est possible !

Exemple de support de communication communautaire produit par le réseau : messages de dépistage précoce, d'observance et de lutte contre la stigmatisation.

8.3. Canaux et supports

CATÉGORIE	SUPPORTS ET CANAUX	PÉRIODICITÉ
Numérique	Site internet institutionnel ; comptes sur les principales plateformes ; groupe d'échange interne	Animation hebdomadaire
Médias	Émissions radiophoniques et télévisuelles, y compris en langues nationales ; communiqués ; dossier de presse	Mensuelle ; dossier annuel
Communautaire	Causeries, caravanes de sensibilisation, affichage, supports IEC/CCC, théâtre-forum	En continu
Institutionnel	Rapport annuel, notes de position, plaquette de présentation, kakémonos	Annuelle
Interne	Lettre d'information trimestrielle, restitution annuelle aux membres, rencontre nationale des relais	Trimestrielle et annuelle
Événementiel	Journée mondiale de lutte contre la tuberculose dans les quatorze régions	Chaque 24 mars

8.4. Calendrier annuel de communication

Janvier – février	Restitution des résultats de l'exercice écoulé aux associations membres	Rapport annuel ; lettre d'information du premier trimestre
Mars	Journée mondiale de lutte contre la tuberculose (24 mars)	Campagne nationale ; dossier de presse ; activités dans les quatorze régions
Avril – juin	Revue nationale de performance du Programme national	Note de position ; contribution documentée du réseau
Juillet – août	Rencontre nationale des relais et médiateurs	Valorisation des pratiques régionales ; lettre d'information du troisième trimestre
Septembre – octobre	Période de programmation budgétaire nationale et territoriale	Plaidoyer budgétaire ; rencontres avec les élus
Novembre – décembre	Bilan annuel et atelier de capitalisation	Guide opérationnel ; lettre d'information du quatrième trimestre

8.5. Règles déontologiques de communication

- Aucune image ni témoignage permettant l'identification d'une personne malade n'est diffusé sans consentement écrit, éclairé et révocable.
- Aucun message ne présente la tuberculose comme une fatalité, une honte ou une conséquence d'un comportement individuel.
- Les données communiquées sont vérifiables et référencées à leur source ; aucune donnée non consolidée n'est publiée.
- Les partenaires techniques et financiers sont mentionnés conformément aux conventions signées.
- Les productions communautaires sont diffusées dans les langues effectivement parlées par les publics visés.

PARTIE IX

GESTION DES RISQUES

Le registre des risques identifie les événements susceptibles de compromettre l'atteinte des résultats du plan, évalue leur probabilité et leur gravité sur une échelle de 1 à 3, et associe à chacun une mesure d'atténuation et un responsable nommé. Le niveau de risque est le produit de la probabilité par la gravité ; il détermine l'ordre de traitement.

9.1. Registre des risques

RISQUE	TYPE	P	G	NIV.	MESURE D'ATTÉNUATION	RESPONSABLE
Faible remontée des données par les démembrements, empêchant de démontrer la contribution du réseau	Opérationnel	3	3	9	Déploiement du dispositif de S&E dès 2027 ; formation et responsabilisation des points focaux régionaux ; conditionnement de l'allocation des moyens à la remontée effective des données	Point focal S&E
Contraction durable des financements internationaux (déficit du GC8, retrait de bailleurs)	Financier	3	3	9	Diversification des sources ; trajectoire de ressources domestiques de 2 % à 20 % ; réduction des coûts fixes ; priorisation documentée en cas de mobilisation partielle	Président
Non-recrutement des postes techniques faute de financement institutionnel dédié	Institutionnel	3	2	6	Recherche d'un appui budgétaire de fonctionnement ; mutualisation avec des organisations partenaires ; recours transitoire à des prestations externalisées	Secrétaire général
Attrition des relais communautaires formés	Opérationnel	2	3	6	Dispositif de motivation garantissant la continuité entre subventions ; attestations valorisables ; rencontre annuelle ; plaidoyer sur le statut	Secrétariat général
Dispersion thématique au détriment du cœur de métier	Stratégique	2	3	6	Encadrement statutaire de l'ouverture thématique : toute extension conditionnée à un financement dédié et à un accord préalable du Comité directeur	Comité directeur
Exclusion du réseau des mécanismes de financement du huitième cycle	Financier	2	3	6	Occupation active du siège au CCM ; contribution aux dialogues-pays ; démonstration documentée de la capacité de gestion	Président
Hétérogénéité persistante entre démembrements régionaux	Opérationnel	2	2	4	Diagnostic de capacité en 2027 ; parrainage inter-régional ; appui différencié aux plus faibles	Comité directeur

RISQUE	TYPE	P	G	NIV.	MESURE D'ATTÉNUATION	RESPONSABLE
Tensions internes ou blocage du renouvellement des instances	Gouvernance	1	3	3	Respect strict des statuts ; renouvellement régulier ; médiation interne ; commission de contrôle indépendante du Bureau	Comité directeur
Restriction d'accès à certains milieux (transport, établissements pénitentiaires, sites miniers)	Opérationnel	2	2	4	Conventions préalables avec les autorités et les acteurs des secteurs concernés ; adaptation des approches	Chargé du plaidoyer
Rupture d'approvisionnement en intrants de diagnostic dans les structures de référence	Sanitaire	2	3	6	Veille communautaire et alerte précoce ; plaidoyer auprès du PNT ; documentation des ruptures observées	Points focaux régionaux
Atteinte à la confidentialité ou à la dignité d'une personne accompagnée	Éthique	1	3	3	Formation systématique des relais ; règle de consentement écrit ; politique de protection des données ; procédure de signalement interne	Point focal droits humains
Perte d'archives et de mémoire institutionnelle	Institutionnel	2	2	4	Archivage physique au siège et sauvegarde numérique ; documentation des pratiques dans des guides opérationnels	Secrétaire général
Instabilité de l'environnement politique et institutionnel du secteur de la santé	Politique	2	2	4	Entretien de relations institutionnelles diversifiées ; ancrage territorial via les collectivités ; appartenance aux plateformes régionales	Bureau

Échelle : 1 = faible, 2 = moyen, 3 = élevé. Niveau de risque = probabilité × gravité. Les risques de niveau 9 font l'objet d'un suivi à chaque réunion du Bureau ; ceux de niveau 6, d'un examen semestriel ; les autres, d'une revue annuelle.

9.2. Lecture du registre

LES DEUX RISQUES DE NIVEAU MAXIMAL

Le réseau placera spontanément le risque financier en tête. Ce diagnostic est exact, mais il présente un défaut : il n'est pas actionnable par le réseau seul. Le second risque de niveau 9 — la faible remontée des données — mérite au moins autant d'attention, pour la raison inverse : il est entièrement sous le contrôle du réseau, il coûte peu à traiter, et il conditionne la capacité à démontrer l'utilité de l'action au moment précis où les ressources se raréfient. Autrement dit, le risque documentaire est le levier par lequel le risque financier devient partiellement maîtrisable.

9.3. Dispositif de gestion des risques

ÉLÉMENT	MODALITÉ
Tenue du registre	Le registre est tenu par la cellule de suivi et actualisé au moins semestriellement.
Instance de suivi	Les risques de niveau 9 sont examinés à chaque réunion mensuelle du Bureau ; le registre complet est présenté au Comité directeur deux fois par an.
Déclenchement d'une alerte	Tout responsable de mesure d'atténuation saisit le Bureau dès qu'un risque se matérialise ou change de niveau.
Révision du plan	La matérialisation d'un risque de niveau 9 peut justifier une révision du plan, selon le circuit Bureau → Comité directeur → Assemblée générale.
Communication aux partenaires	Les risques significatifs et leur traitement sont mentionnés dans les rapports périodiques transmis aux partenaires.

PARTIE X

DISPOSITIF DE SUIVI-ÉVALUATION

Le dispositif de suivi-évaluation constitue le chantier prioritaire du plan. Le diagnostic institutionnel a classé son absence comme la faiblesse la plus déterminante du réseau : bloquante pour l'ensemble des autres progrès, peu coûteuse à corriger et rapide à mettre en place. Cette partie en définit l'architecture.

10.1. Principes directeurs

- 01 Le dispositif sert d'abord le pilotage interne du réseau, et seulement ensuite le rapportage aux partenaires. Un système conçu uniquement pour les bailleurs n'est pas utilisé et finit par produire des données de mauvaise qualité.
- 02 Le nombre d'indicateurs est délibérément restreint. Mieux vaut quinze indicateurs renseignés régulièrement que soixante renseignés une fois.
- 03 Toute donnée relative à des personnes est désagrégée par sexe, par âge et par région.
- 04 Les outils de collecte sont conçus pour être remplis par des relais bénévoles, en conditions de terrain : ils doivent être courts, en français simple et compréhensibles après une seule séance de formation.
- 05 Le dispositif respecte les principes d'une évaluation orientée vers l'utilisation : chaque donnée collectée doit correspondre à une décision qu'elle éclaire.
- 06 La protection des données personnelles des personnes accompagnées est garantie : aucune donnée nominative ne remonte au niveau national.

10.2. Architecture du dispositif

NIVEAU	ACTEUR	FONCTION DANS LE DISPOSITIF	PÉRIODICITÉ
Collecte	Relais et médiateurs	Renseignent les fiches d'orientation, d'activité et de suivi au moment de l'action	En continu
Agrégation locale	Associations membres	Consolident les fiches, vérifient la complétude, transmettent à l'antenne régionale	Mensuelle
Consolidation régionale	Point focal S&E régional	Contrôle la qualité, saisit dans l'outil, produit le rapport régional	Trimestrielle
Consolidation nationale	Responsable du S&E / cellule de suivi	Consolide les quatorze régions, alimente la base, produit le tableau de bord	Trimestrielle
Analyse et décision	Bureau, puis Comité directeur	Examine les écarts, arbitre les réajustements, valide les rapports	Semestrielle
Redevabilité	Assemblée générale, partenaires	Reçoit le bilan annuel et les rapports de mise en œuvre	Annuelle

10.3. Indicateurs clés du plan

Le tableau ci-dessous constitue le tableau de bord central du réseau. Il rassemble les quinze indicateurs suivis en permanence, tous axes confondus.

INDICATEUR	RÉF. 2026	2027	2028	2029	2030	SOURCE / RESPONSABLE
Cas présumés orientés vers le dépistage (par an)	3 200	4 000	4 800	5 500	6 000	Fiches d'orientation — PF régional
Enfants contacts investigués au domicile (par an)	n. d.	900	1 500	2 100	2 500	Fiches d'investigation — relais
Perdus de vue et abandons réorientés (par an)	25	25	25	25	25	Suivi communautaire — médiateurs
Personnes touchées par la « vigilance-transport » (par an)	12 000	16 00	20 000	24 000	26 000	Rapports — PF régional
Part des femmes parmi les personnes sensibilisées	39 %	42 %	45 %	47 %	48 %	Base consolidée — PF S&E
Relais et médiateurs formés et actifs	220	250	250	250	250	Registre national — secrétariat
Cas d'atteinte aux droits documentés et suivis (cumul)	0	25	25	25	25	Registre — PF droits humains
Productions de communication diffusées (par an)	2	6	6	6	6	Tableau de bord — chargé com.
Abonnés cumulés sur les plateformes numériques	0	2 000	5 000	7 500	9 000	Statistiques — chargé com.
Engagements de plaidoyer formalisés (cumul)	0	4	10	15	20	Registre — chargé du plaidoyer
Postes techniques permanents pourvus	0	1	2	3	3	Contrats — secrétaire général
Part des ressources domestiques dans le budget	2 %	6 %	11 %	16 %	20 %	Rapports financiers — trésorier
Taux d'exécution du plan de travail budgétisé	n. d.	70 %	78 %	82 %	85 %	Rapports — Bureau
Associations membres à jour de cotisation	9/21	13/22	16/23	18/24	19/25	Registre — trésorier
Démembrements régionaux fonctionnels	8/14	10/14	12/14	13/14	14/14	Grille annuelle — Comité directeur

Les valeurs signalées « n. d. » (non disponibles) et « à établir » correspondent à des références qui devront être constituées au premier semestre 2027, dans le cadre de la mise en place de la base de données consolidée. Les valeurs de référence 2026 issues d'estimations feront l'objet d'une vérification à cette occasion, et les cibles seront le cas échéant réajustées par décision du Comité directeur.



L'accompagnement jusqu'à la fin du traitement : le taux de conversion des orientations et le suivi des personnes sous traitement sont les deux indicateurs centraux du dispositif.

10.4. Calendrier de rapportage et d'évaluation

PRODUIT	CONTENU	DESTINATAIRE	ÉCHÉANCE
Rapport trimestriel régional	Activités réalisées, résultats, difficultés, données brutes	Cellule de suivi	Dans les 15 jours suivant la fin du trimestre
Rapport semestriel consolidé	Consolidation nationale, tableau de bord, analyse des écarts	Bureau et Comité directeur	Juillet et janvier
Rapport annuel de mise en œuvre	Bilan technique et financier, état des indicateurs, révision du registre des risques	Assemblée générale, puis partenaires	Premier trimestre de l'année suivante
Revue annuelle de planification	Élaboration du plan de travail annuel budgétisé de l'exercice suivant	Comité directeur	Quatrième trimestre
Évaluation externe à mi-parcours	Appréciation de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience ; recommandations de réorientation	Comité directeur, Assemblée générale, partenaires	Quatrième trimestre 2028
Évaluation externe finale	Appréciation selon les critères OCDE-CAD ; capitalisation ; base d'élaboration du plan suivant	Assemblée générale, partenaires	Quatrième trimestre 2030

PARTIE XI

MISE EN ŒUVRE, VALIDATION ET CONDITIONS DE RÉUSSITE

11.1. Gouvernance de la mise en œuvre

ÉLÉMENT	MODALITÉ RETENUE
Organe responsable du pilotage global	Le Bureau, sous le contrôle du Comité directeur et l'autorité de l'Assemblée générale.
Cellule dédiée au suivi du plan	Cellule légère rattachée au Bureau, animée par le responsable du suivi-évaluation, appuyée par les points focaux régionaux.
Programmation annuelle	Plan de travail annuel budgétisé, élaboré au quatrième trimestre et validé par le Comité directeur avant le début de l'exercice.
Fréquence des revues	Revue semestrielle de mise en œuvre ; bilan annuel présenté à l'Assemblée générale.
Reddition de comptes aux membres	Restitution annuelle des résultats et de l'emploi des fonds aux associations membres, avant transmission aux partenaires.
Révision du plan en cours de cycle	Sur décision des instances, selon le circuit Bureau → Comité directeur → Assemblée générale, en cas de changement majeur de contexte ou de matérialisation d'un risque de niveau élevé.

Un procès-verbal est établi et conservé à chaque étape. La traçabilité du processus d'adoption constitue une condition de crédibilité vis-à-vis des partenaires techniques et financiers, et une exigence des mécanismes de financement institutionnels.

11.2. Conditions critiques de réussite

Mise en place effective du dispositif de suivi-évaluation	Sans données, le réseau ne peut ni piloter, ni démontrer sa contribution, ni négocier des ressources. C'est la condition dont dépendent toutes les autres.	Fin 2027
Recrutement du responsable du suivi-évaluation	Un dispositif sans personne qui l'anime reste un document. C'est le poste dont le rendement institutionnel est le plus élevé.	2027
Remontée régulière des données par les quatorze régions	Le dispositif national ne vaut que ce que valent les remontées régionales. L'engagement des points focaux est la variable critique.	En continu
Maintien du partenariat technique avec le PNT et les districts	L'accès aux registres des centres de diagnostic conditionne la mesure du taux de conversion, indicateur central du plan.	En continu

Mobilisation d'au moins 60 % du besoin financier	En deçà, le plan devra être resserré sur les six régions à forte charge et sur le socle institutionnel.	2027-2028
Fidélisation des relais formés	Chaque départ de relais formé annule l'investissement de formation et fragilise l'ancrage local.	En continu
Discipline thématique	L'ouverture à de nouvelles thématiques est une opportunité de financement, mais devient un risque si elle dilue le mandat.	En continu

ANNEXES

Annexe 1 — Récapitulatif budgétaire par axe et par exercice

AXE	2027	2028	2029	2030	TOTAL	PART
Axe 1 — TB, coïnfection et maladies prioritaires	6 000	7 000	8 000	7 000	28 000	28 %
Axe 2 — Système communautaire	4 000	5 000	5 000	4 000	18 000	18 %
Axe 3 — Genre, droits humains, stigmatisation	2 000	3 000	3 000	2 000	10 000	10 %
Axe 4 — Plaidoyer et influence politique	2 000	2 000	2 000	2 000	8 000	8 %
Axe 5 — Communication et changement social	3 000	2 500	2 500	2 000	10 000	10 %
Axe 6 — Institutionnel, ressources, connaissances	5 000	6 500	6 500	8 000	26 000	26 %
TOTAL (milliers de FCFA)	22 000	26 000	27 000	25 000	100 000	100 %
Équivalent en euros	33 539	39 637	41 161	38 112	152 449	—

Conversion au taux de parité fixe UEMOA : 1 euro = 655,957 FCFA. Arrondis à l'euro.

PLAN STRATÉGIQUE PRODUIT
AVEC L'APPUI DE :

Dr EL Hadji Mamadou Ndiaye

Consultant, expert en suivi et évaluation de projet

mamadou009@gmail.com