

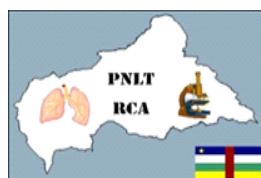
MINISTERE DE LA SANTE ET
DE LA POPULATION



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Unité-Dignité-Travail

MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
DIRECTION DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE 2024-2028



Investissons dans notre avenir

Le Fonds mondial

De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



International Union Against
Tuberculosis and Lung Disease
Health solutions for the poor

PRÉFACE

Le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) a toujours été une priorité pour le Ministère de la Santé et de la population (MSP) qui n'a pas cessé d'apprécier les avancées réalisées dans ce domaine au cours des dernières décennies. Ces progrès sont la résultante des efforts conjugués du MSP et des partenaires techniques et financiers qui ont toujours accompagné le PNLT dans la mise en œuvre de ses activités. En dépit des progrès réalisés, les défis sont encore énormes dont le gap important de cas manquants (54%).

Le précédent plan Stratégique National (PSN) a contribué à repousser l'épidémie en donnant une place importante à la participation communautaire dans l'orientation et le suivi des cas et en modernisant les capacités diagnostiques par la mise en place des tests moléculaires renforcé par la pandémie Covid-19. Mais, force est de constater qu'en dépit de ces prouesses, les investissements pour améliorer l'accès aux services de diagnostic et de traitement n'ont pas permis d'infléchir la courbe de l'épidémie tel qu'il a été escompté avec une incidence de 540 cas pour 100 000 habitants (Profil pays 2021, OMS).

Le nouveau PSN 2024-2028 qui s'articule avec le Plan National de Développement sanitaire (PNDS 3) et la politique nationale de santé 2019-2030 reflète l'engagement de l'État Centrafricain à maintenir et consolider les acquis obtenus au cours des dernières années et aussi à souscrire entièrement encore une fois à la stratégie « Mettre fin à la tuberculose ».

La vision commune est de faire de la Centrafrique un pays sans tuberculose avec « Zéro décès et plus de morbidité ni de souffrances dues à la tuberculose » à l'horizon 2035. Pour ce faire, le Ministère veut susciter la participation de tous les secteurs dans le cadre d'une approche globale qui combine à la fois des interventions sanitaires et sociales. La tuberculose est avant tout une maladie liée à la pauvreté ; il s'agira surtout de l'intégration des approches biomédicales et sociales et la mutualisation des ressources. Le Ministère de la santé et de la population utilisera tous les leviers pour mobiliser le plus de ressources possibles afin de parvenir à cette fin. L'élaboration de ce nouvel outil de planification et de mobilisation de ressources repose sur une approche participative qui privilégie le dialogue et la concertation multisectorielle. Ceci a permis d'aboutir à ce document dont les grandes orientations font l'unanimité au sein de l'ensemble des partenaires et des parties prenantes.

Je souhaite que tous les partenaires nationaux et internationaux réitèrent leur support au PNLT pour la mise en œuvre des grandes lignes stratégiques dessinées dans ce plan.

Ensemble, nous mettrons fin à la tuberculose en République Centrafricaine !

Le Ministre de la Santé et de la population

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ARV	Anti Rétro Viraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATB	Antibiogramme
BAAR	Bacille Acido-Alcoolo-Résistant
CARN-TB	Central African Regional Network for tuberculosis
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement pour la tuberculose
HD/HR	Hôpital de District / Hôpital Régional
CHUPP	Centre Hospitalier Universitaire de Pneumophysiologie
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CS	Conseillers Psycho Sociaux
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT	Centre de traitement
DLMT	Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles
DHIS2	District Health Information System 2
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
DS	District Sanitaire
FCFA	Franc de la Communauté Francophone Africaine (Francs de l'Afrique centrale)
FM	Fonds Mondial
GDF	Global Drug Facility
GLC	Green Light Committee
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information- Education -Communication
INH	Isoniazide
LNR	Laboratoire National de Référence
LPA	Line Probe Assay
MDR	Multi Drug Résistant
MR	Multi Résistante
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MTB	Mycobacterium tuberculosis
NC	Nouveau Cas
NFM	New Funding Model
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCR	Polymerase Chaine Reaction
PDV	Perdu De Vue
PEC	Prise En Charge
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PPM	Public Private Mix
PR	Récipiendaire Principal du Fonds Mondial
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RSS	Renforcement du Système de Santé
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SR	Sous Récipiendaire du Fonds Mondial
TARV	Traitemet Anti Rétroviral
TB	Tuberculose
TDR	Special Program for Research and Training in Tropical Diseases
TB MR	Tuberculose Multi Résistante
TB-RR	Tuberculose Résistante à la Rifampicine
TB-RR/MR	Tuberculose Résistante à la Rifampicine ou Multi Résistante
TBTF	Tuberculose Toutes Formes Confondues
TB-XDR	Tuberculose ultrarésistante
TDO	Traitemet Directement Observé
TEP	Tuberculose extra pulmonaire
TPB+	Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement Confirmé
UNHLM	United Nation High Level Meeting
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WARN-TB	West African Regional Network for tuberculosis
Z	Pyrazinamide

REMERCIEMENTS

Le Programme national de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) de la RCA tient à remercier l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds Mondial de Lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme pour leur support technique et financier dans la mise en œuvre d'une cascade d'activités ayant abouti à l'élaboration de ce Plan Stratégique National (PSN) pour lutter efficacement contre la Tuberculose.

Ses sincères remerciements s'adressent aussi aux autres partenaires techniques et financiers, aux professionnels de la santé des régions et des districts dont la contribution a été essentielle pour identifier les besoins des niveaux intermédiaire et périphérique que ce PSN vise à combler. Il y a aussi lieu de reconnaître les apports des acteurs de la société civile qui ont été plus que significatifs.

Le programme de lutte contre la tuberculose (PNLT) voudrait également exprimer sa profonde gratitude à l'ensemble de son personnel pour sa disponibilité, son soutien et son enthousiasme tout au long de cet exercice de planification. Enfin, un mot de reconnaissance pour les autres services du Ministère de la santé et de la population et aussi pour les autres Ministères qui l'ont accompagnée dans ce processus qui vise à doter la République Centrafricaine (RCA) de cet outil de mobilisation de ressources dans la perspective de mettre fin à la tuberculose à l'horizon 2035.

Nos sincères remerciements également aux patients tuberculeux pour leurs disponibilités lors des entretiens et la forte participation du RENALT et du RECAPEV tout le long du processus.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.....	1
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	2
TABLE DES MATIÈRES.....	5
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	11
INTRODUCTION.....	13
1. Processus d'élaboration du PSN TB.....	14
Lien entre la stratégie de l'OMS « Mettre fin à la tuberculose » et ce nouveau Plan national stratégique TB 2024-2028.....	16
Lien entre le PNDS III 2022-2026 et ce nouveau Plan national stratégique TB 2024-2028	17
2. Le profil du pays	20
2.1. Caractéristiques géographiques et administratives	20
2.2. Caractéristiques démographiques.....	20
2.3. Contexte politique et sécuritaire	21
2.4. Situation socio- économique	22
2.5. Groupes vulnérables.....	23
2.6. Éthique, équité, droits de l'homme	24
3. Le système national de soins de santé et protection sociale	24
3.1. Organisation et fonctionnement du système de santé	24
3.1.1. La disponibilité des structures sanitaires	26
3.1.2. Indice de disponibilité des services de santé	26
3.1.3. L'accès aux soins et niveau de pauvreté	27
3.1.4. L'accessibilité de la population aux services de soins	27
3.1.5. Ressources humaines pour la santé.....	28
3.1.6. Produits pharmaceutiques et autres produits médicaux.....	28
3.1.7. Le système communautaire	30
3.1.8. Les principales maladies endémo-épidémiques	30
3.1.9. Financement des services de santé et des services contre la tuberculose	33
3.1.10. Infrastructure et technologies de la santé	34
3.2. Système de surveillance de la tuberculose.....	37
3.2.1. La Collecte des données.....	37
3.2.2. La supervision.....	38
3.2.3. Revues	39
3.2.4. Observatoire National de Santé	39
3.2.5. Surveillance de la Tuberculose.....	39

3.3.	Protection sociale (PS)	39
3.4.	Recherche et innovation	39
4.	EPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)	41
4.1.	Incidence et notification de la tuberculose en RCA	41
4.2.	Distribution temporelle et géographique des cas TB notifiés.....	42
4.3.	Proportion des cas TB déclarés par forme clinique	45
4.4.	Distribution géographique des formes des cas de tuberculose.....	45
4.5.	Répartition des cas de TB par âge et par sexe	46
4.6.	Tuberculose de l'enfant, adolescent et autres groupes vulnérables.....	47
4.7.	Facteurs favorisants	49
4.8.	Résultats de traitement de la TB pharmaco sensible	50
4.9.	Traitemen préventif de la tuberculose (TPT).....	52
4.10.	Co-infection TB/VIH	52
4.11.	Tuberculose multi-résistante (TB-MR).....	55
4.12.	Evolution de la mortalité (hors VIH+)	56
5.	LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	61
5.1.	Organisation du Programme National de lutte contre la tuberculose	61
5.2.	Couverture du diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose en RCA	62
5.3.	Mécanisme de coordination	63
5.4.	Niveau communautaire	64
5.5.	Multisectorialité et Partenariat	65
5.6.	Intégration	65
5.7.	Les ressources humaines au niveau du programme tuberculose.....	65
5.8.	Le contrôle de l'infection	67
5.9.	Le Traitement préventif contre la tuberculose (TPT).....	67
5.10.	Dépistage et diagnostic.....	67
5.11.	Traitemen et soins	70
5.12.	Dépistage et prise en charge des comorbidités.....	72
5.13.	Lutter contre la tuberculose dans les groupes vulnérables	73
5.14.	Les leçons apprises dans la mise en œuvre de la lutte TB en RCA et bonnes pratiques.....	75
6.	EXAMEN SUCCINCT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRECEDENT PSN TB	77
7.	ANALYSE DES LACUNES PROGRAMMATIQUES.	85
7.1.	Lacunes systémiques à l'origine des lacunes programmatiques	85
7.2.	Une sous-notification et sous diagnostic des cas de TB sensible.....	86
7.3.	Un faible taux de succès thérapeutique	86
7.4.	Le ciblage insuffisant des groupes vulnérables.....	87

7.5.	Un faible taux de détection et de succès thérapeutique pour la TB-MR.....	88
7.6.	Une collaboration insuffisante pour la prise en charge du VIH et des autres comorbidités ..	88
7.7.	Insuffisance de mise en œuvre de la prévention et du contrôle de l'infection	89
7.8.	Une forte dépendance du financement externe	89
7.9.	Des capacités limitées de gestion programmatique.....	90
7.10.	La gestion des médicaments et des intrants.....	90
7.11.	Un système de Suivi évaluation/Recherche opérationnelle à renforcer	91
7.12.	Un réseau de laboratoires à renforcer.....	91
7.13.	Une participation communautaire peu structurée.....	91
7.14.	Insuffisance dans la gestion de la mise en œuvre du financement du Fonds Mondial	92
8.	THEORIE DE CHANGEMENT.....	93
9.	PLAN STRATEGIQUE NATIONAL TB 2024 -2028	95
9.1.	Principes directeurs	95
9.2.	Vision, but, objectifs et interventions stratégiques	95
9.3.	Description des interventions stratégiques par objectifs spécifiques	98
9.4.	Activités et sous-activités à mettre en œuvre par interventions stratégiques.....	102
9.5.	Composante Suivi et évaluation du PSN	103
9.5.1.	SUPPORTS DE COLLECTE ET CIRCUIT DES DONNEES	103
9.5.1.1.	Description du système d'information	103
9.5.1.2.	Circuit des données	103
9.5.1.3.	Contrôle de qualité des données.....	104
9.5.1.4.	Supervision des activités	104
9.5.1.5.	Revue du programme, évaluation, et enquêtes	104
10.	BUDGET.....	111
10.1.	Hypothèses de calcul des coûts	111
10.2.	Tendances et besoins financiers globaux du plan.....	111
10.2.1.	Coût global du plan.....	111
10.2.2.	Coût annuel du plan	111
10.3.	Coûts estimatifs par objectif spécifique et par intervention stratégique	112
10.3.1.	Budget annuel par objectif spécifique.....	112
10.3.2.	Répartition du budget par intervention stratégique	113
11.	MESURES D'URGENCE	117

Liste des figures

Figure 1. Découpage de la RCA en régions et districts sanitaire.....	20
Figure 2. Organisation du système de soins en RCA.....	26
Figure 3. Principales raisons d'inaccessibilité de la population aux services de soins.....	28
Figure 4. Chaîne d'approvisionnements du Fonds Mondial en RCA.....	29
Figure 5. Circuits (9) logistiques pour la distribution à travers le pays (PAM 2022, Dashboard).....	30
Figure 6. Financement de la lutte contre la tuberculose, RCA (millions de dollars américains).....	34
Figure 7. Répartition des CDT par districts sanitaires de la RCA	36
Figure 8. Circuit des données avec prise en compte du DHIS2	38
Figure 9. Taux d'incidence (ligne bleue, estimations OMS), taux de notification (ligne rouge, PNLT) des cas de tuberculose, RCA, 2000-2021.....	41
Figure 10. Taux de notification (ligne orange) et nombre de nouveaux cas et rechutes de tuberculose déclarés (barres bleues), RCA, 2000-2021 (source : base OMS)	42
Figure 11. Répartition du taux de notification et nombre de nouveaux cas et rechutes de tuberculose par région sanitaire, RCA, 2021.	43
Figure 12. Pourcentage de population urbaine et du taux de notification des nouveaux cas et rechutes, 2021	43
Figure 13a. Répartition du taux de notification des nouveaux cas et rechutes par DISTRICT, 2021 ...	44
Figure 14. Evolution des formes cliniques TB parmi les nouveaux cas en pourcentage relatif, RCA 2000-2021.....	45
Figure 15. Répartition des formes cliniques de la tuberculose parmi les nouveaux cas par région, 2021	45
Figure 16. Répartition des formes cliniques de la TB parmi les nouveaux cas par District, RS3– RS4-RS5 et RS6, 2021.....	46
Figure 17. Incidence estimée, cas notifiés par groupe d'âge et sexe, 2021(source : OMS, 2022).....	46
Figure 18. Proportion des enfants par régions sanitaires de 0-14 ans, RCA, 2021	47
Figure 19. Répartition du % enfants 0 -14 ans par district, 2021.....	48
Figure 20. Evolution du taux de succès de traitement (nouveaux cas et rechutes), RCA, 2000 – 2020	51
Figure 21. Résultats de traitement des cas TB (nouveaux et rechutes), RCA, 2012-2020	51
Figure 22. Répartition du taux de succès de traitement des nouveaux cas et rechutes par région....	52
Figure 23. Cascade des indicateurs TB/VIH, RCA, 2017-2021	53
Figure 24. Couverture du dépistage du VIH parmi les cas TB et taux de positivité par région, 2021..	53
Figure 25. Couverture du dépistage VIH par district.....	54

Figure 26. Evolution de la tuberculose pharmaco résistante, RCA, 2015-2021.....	55
Figure 27. Résultats de traitement des cas TBMR/RR, RCA, 2012-2019.....	55
Figure 28. Évolution de la mortalité (hors VIH+) en RCA, 2000-2021.....	56
Figure 29. Disponibilité des services pour la prise en charge de la tuberculose	62
Figure 30. Algorithme du Dépistage de la TB dans les sites avec GeneXpert	69
Figure 31. Algorithme de dépistage de la TB pour les CDT loin des laboratoires Xpert MTB/RIF.....	69
Figure 32. Evolution du budget annuel du plan.....	112
Figure 33. Budget par objectif spécifique du plan	113

Liste des tableaux

Tableau 1. Stratégie de l'OMS «End TB ».....	16
Tableau 2. Alignement du PSN sur le PNDS 2022 -2026	17
Tableau 3. Estimation de la population centrafricaine en 2023	20
Tableau 4. Indicateurs de croissance	23
Tableau 5. Disponibilité et fonctionnalité des structures de soins en RCA.....	26
Tableau 6. Répartition des différents indices de disponibilité des services de santé.....	26
Tableau 7. Principaux indicateurs de santé en RCA.....	32
Tableau 8. Cartographie de GeneXpert dans le pays (mars 2023).....	36
Tableau 9. Répartition en pourcentage des cas de TB par tranches d'âge, RCA, 2021 (Revue RCA 2022).....	48
Tableau 10. Les onze districts présentant des couvertures en tests ARV inférieur à 50%	54
Tableau 11. Synthèse des bases factuelles avec les lacunes programmatiques.....	57
Tableau 12. Regroupement des données avec des lacunes programmatiques relatives aux piliers 2 et 3 de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose	59
Tableau 13. Résultats de la Campagne de dépistage actif intégréTuberculose_VIH_Paludisme_COVID19_Hypertension Artérielle et Diabète	75
Tableau 14. Principaux résultats de la mise en œuvre du PSN précédent	77
Tableau 15. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) des 3 principaux piliers	78
Tableau 16. Composantes, Objectifs spécifiques et principales interventions stratégiques du PSN 2024-2028.....	95
Tableau 17. Cadre de suivi et évaluation du PSN (proposition des cibles)	105
Tableau 18. Répartition du budget par intervention stratégique.....	114
Tableau 19. Considérations relatives à la planification d'urgence des services contre la tuberculose au cours d'une situation d'urgence (Source	120
Tableau 20. Planification du plan d'urgence.....	122

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La tuberculose continue d'être un sérieux problème de santé publique en RCA. Le taux d'incidence estimée par l'OMS est de l'ordre de 540 cas incidents pour 100,000 habitants¹ avec une moyenne en valeur absolue de 29 000 (19 000-42 000) cas attendus par an.

En 2021, 80 % des patients TB avait bénéficié d'un test VIH inférieur à la cible de 100%. Parmi les patients TB ayant leur statut VIH connu, la séroprévalence du VIH est de 28% et la mise sous traitement antirétroviral est à 97%.

L'incidence de la tuberculose résistance à la Rifampicine est estimée à 11 [0-29] cas pour 100000 habitants en 2021 soit 620 [0-1 600] cas estimés. Le nombre de cas confirmés résistants au laboratoire étaient de 119 (19%) dont 100 (84%) ont pu bénéficier du traitement de seconde ligne. Donc, la problématique de la sous-notification concerne à la fois la tuberculose sensible et la tuberculose résistante. L'utilisation du test moléculaire (GeneXpert) est encore restrictive.

Le taux de mortalité par la tuberculose (excluant les cas VIH+) est à 98 [57-149] cas pour 100 000 habitants en 2021, ce qui reste élevé.

Les cas de tuberculose notifiés sont pris en charge dans le cadre d'un programme.

En termes de résultats, le PNLT n'est pas arrivé à améliorer sa notification des cas attendus. La notification est caractérisée par une proportion élevée de cas manquants, 54%, soit un gap de 15784 cas de tuberculose pour l'année 2021. Le nombre de cas notifié connaît une évolution croissante mais le gap entre les cas attendus et cas détectés demeure important. Ceci démontre bien un faible dépistage des cas qui pourrait s'expliquer par (i) une sous déclaration (cas diagnostiqués qui décèdent avant le traitement, cas diagnostiqués qui ne débutent pas le traitement ou non notifiés...) et (ii) un sous diagnostic (dans les populations défavorisées, la population habitant à plus de 10km d'un CS, les malades non dépistés dans l'entourage d'un cas, certaines populations vulnérables).

Le taux de succès thérapeutique (TB pharmaco sensible) est de 79% pour la cohorte 2020.

L'analyse réalisée dans le cadre de ce processus de planification stratégique a permis de mettre en évidence un certain nombre de défis auxquels le programme doit actuellement faire face s'il veut impérativement améliorer ses indicateurs de performance. Citons, entre autres : la forte dépendance du financement extérieur ; une insuffisance de ressources de toutes sortes particulièrement humaines et logistiques ; des capacités diagnostiques limitées qui ne priorisent pas le GeneXpert comme test de diagnostic initial ; une collaboration insuffisante entre les deux programmes TB et VIH; une participation communautaire peu structurée et le renforcement son système de gestion, d'approvisionnement et de stockage. Le présent plan stratégique national (PSN 2024-2028) s'inscrit dans la continuité du précédent plan. Il adopte la même configuration que la stratégie mondiale « Mettre fin à la tuberculose » avec les trois principaux piliers. Il met une emphase particulière sur : une augmentation accrue de l'offre de services en priorisant les districts sanitaires qui notifient moins de cas

¹ Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose, 2022

attendus ; mais également la priorisation des groupes vulnérables dont les enfants, une recherche plus active de la tuberculose sensible et résistante avec les tests moléculaires et l'utilisation de la radiographie, la prévention de la tuberculose et une meilleure collaboration entre la tuberculose et les autres programmes pour une prise en charge réussie des comorbidités. Ainsi, dans une perspective d'équité et d'amélioration de la couverture sanitaire, le présent plan envisage d'étendre les services de prise en charge de la tuberculose par la création de nouveaux CDT et sites de prise en charge de la TBMR. Ce plan vise aussi à rechercher une collaboration plus organisée des acteurs de la communauté, celle de tous les partenaires et de tous les autres secteurs. Il s'agira aussi de renforcer la collaboration entre les programmes TB et VIH et de mettre un focus particulier sur les activités de recherche opérationnelle qui viseront à élucider les causes profondes de certaines contre-performances qui pourront orienter la planification dans le futur.

Le cadre des résultats à atteindre, permet d'assurer un suivi rapproché de la mise en œuvre du plan. Les résultats visés les plus pertinents qui méritent d'être mentionnés sont : une couverture du traitement contre la tuberculose passant de 45% à 90%, une notification totale de 19713 cas de TB sensible à fin 2028, accroître le nombre de cas de TBMDR notifiés de 19% en 2021 pour atteindre 50% des cas attendus en 2028 avec un taux de succès thérapeutique passant de 60% en 2021 à 90% à fin 2028 de tous les patients TB-MR diagnostiqués et notifiés. Aussi des patients tuberculeux dont le statut VIH est connu à 95% et une augmentation du succès du traitement à 100%.

Pour la période du plan, le coût global estimé est de 53 517 426 291 FCFA, soit 81 586 790 Euros pour une moyenne annuelle de 10 703 485 258 FCFA.

INTRODUCTION

La tuberculose reste un problème majeur de santé publique en République centrafricaine (RCA) avec un taux d'incidence et un taux de mortalité estimé respectivement à 540 et 98 pour 100 000 habitants. Ce qui place le pays parmi les 30 pays à forte charge de tuberculose et dans le groupe des 5 pays dont l'incidence dépasse les 500 cas pour 100 000 habitants¹.

La stratégie adoptée par le pays pour la lutte contre la tuberculose est la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » de l'OMS.

Le PSN 2024-2028 est né d'un processus participatif qui a permis de dégager un consensus entre le Ministère de la santé et de la population (MSP) représenté par le PNLT avec les autres départements ministériels, les secteurs et partenaires. Ce présent plan stratégique s'inscrit dans la continuité du précédent PSN 2017-2023, mais des objectifs bien plus ambitieux et une plus grande motivation des acteurs nationaux et internationaux pour faire reculer l'épidémie tuberculeuse le plus rapidement possible. Les expériences acquises au cours de l'exercice précédent incitent le PNLT et ses partenaires à être plus motivés et à mieux coordonner les activités pour de meilleurs résultats.

Ce nouveau plan permettra au pays d'orienter les priorités, les stratégies et les interventions qui seront pris en compte dans la prochaine demande de subvention 2024-2026 au Fonds Mondial et d'autres partenaires en matière de lutte contre la tuberculose dans le pays.

Dans un contexte de ressources limitées et marqué par la pandémie de la COVID-19, ce plan accorde également une place à l'intégration des activités. Il vise non seulement à améliorer le diagnostic et la notification de la tuberculose, mais aussi ouvre la voie à un renforcement des capacités du système pour un diagnostic à plus grande échelle de la tuberculose et d'autres comorbidités comme le VIH, le diabète, l'hépatite et la COVID-19.

Ce plan vise à continuer le processus de décentralisation des services de prise en charge de la tuberculose déjà entamé au cours des années antérieures et aussi à mettre l'accent sur la qualité de diagnostic avec l'extension des tests moléculaires et son utilisation comme test initial. Il se propose également d'étendre les services ambulatoires pour les patients TBMR dans les districts sanitaires. Il met aussi le focus sur la multisectorialité et la participation effective de tous les acteurs avec un accent particulier sur l'implication de la communauté. Il est donc impérieux que les acteurs soient fortement impliqués pour que ce plan soit mis en œuvre dans toutes ses composantes en vue d'aboutir à l'élimination de la tuberculose.

¹ WHO Global Tuberculosis Report <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>

1. Processus d'élaboration du PSN TB

a) Implication des parties prenantes

Le présent plan stratégique national de lutte contre la tuberculose pour la période 2024-2028 a été rédigé avec la pleine participation de toutes les parties prenantes et les partenaires du Programme national de lutte contre la tuberculose. Afin d'avoir leur adhésion aussi bien à la rédaction qu'à la mise en œuvre de ce PSN-TB, toutes les parties prenantes (les cadres du Ministère de la santé, les représentants de la société civile, le RENALT, le RECAPEV, certains directeurs de régions et districts sanitaires, les représentants des formations sanitaires en périphérie et au niveau central, le LNR/IPB, la CRF, l'OMS, l'ONUSIDA, etc.) étaient invités par voie officielle du Ministre de la santé et de la population pour l'atelier d'élaboration du PSN tenu à Boali 13 au 20 janvier 2023. Le Ministre de la santé a tenu une réunion avec toute l'équipe de rédaction au début, pendant et à la fin du processus de rédaction. Les partenaires techniques, les acteurs du domaine de la santé, les organisations à base communautaires ont été consultés et impliqués dans le processus d'élaboration du présent PSN-TB de bout en bout. Un Comité de pilotage de la revue externe du PSN-TB 2017-2023 et d'élaboration du PSN-TB 2024-2028 était mis en place. Notons également l'engagement du chef du département et son implication dans les différentes réunions d'élaboration du plan avec à ses côtés ses partenaires comme l'OMS, l'ONUSIDA.

b) Processus d'élaboration du PSN 2024-2028

L'élaboration du PSN 2024-2028 s'inscrit dans une cascade d'activités qui doivent aboutir à l'écriture de la note conceptuelle dans le cadre du nouveau modèle de financement GC7 du Fonds Mondial. Ces activités se sont déroulées en cinq (5) phases à savoir :

- **Phase préparatoire** : Elle a consisté essentiellement à conduire des activités de planification et de coordination relatives à la revue, à la mobilisation des ressources et à l'organisation de la révision des outils de la revue par des consultants nationaux et internationaux.
- **Revue épidémiologique** : Sous la coordination du PNLT et conformément aux directives de l'OMS, la revue épidémiologique s'est tenue en novembre 2022. Elle a permis de faire une analyse exhaustive de la situation épidémiologique de la TB avec un focus particulier sur le système de surveillance des cas de tuberculose, l'incidence et la notification, les groupes vulnérables, les déterminants de la tuberculose et les résultats du traitement. A l'issue de cette revue épidémiologique des insuffisances ont été relevées. Ces insuffisances ont fait l'objet d'une attention particulière au cours de la revue programmatique (Cf. rapport revue).
- **Revue programmatique** : Elle a été conduite en novembre 2022 par une équipe multidisciplinaire et multisectorielle avec l'appui de consultants nationaux et internationaux mobilisés par l'OMS. Les principaux objectifs étaient d'apprécier le niveau de mise en œuvre des interventions stratégiques ; d'évaluer la qualité et les performances des services de la lutte antituberculeuse offerts à travers le réseau de soins et d'identifier les forces sur lesquelles le

PNLT peut construire et les défis auxquels il est confronté. Cette revue a comporté plusieurs étapes à savoir :

- Mise en place d'un comité de pilotage de la revue ;
- Elaboration des outils de collecte des données sur le terrain ;
- Visites de terrain suivant les équipes constituées et organisations identifiées ;
- Un atelier de restitution des résultats de la revue externe en présence du Ministre de la santé et de la population de la RCA ;
- Un rapport final avec des recommandations a été rédigé et diffusé pour le suivi des recommandations dans la phase d'élaboration du nouveau PSN TB.

Cette revue était suivie d'un atelier d'élaboration du PSN dans un effort de dialogue et de concertation avec les partenaires nationaux publics et ceux de la société civile.

Atelier d'élaboration du draft du PSN : Le processus d'élaboration du draft du PSN a débuté par un atelier qui s'est tenu à **Boali du 13 au 20 janvier 2023**. Cet atelier a regroupé les participants de diverses origines et de différents secteurs pour une meilleure implication des parties prenantes. Le travail était structuré en trois principales étapes de planification prenant en compte le cadre centré sur la personne. La première étape a permis aux participants de faire l'analyse de la situation et de la réponse de la lutte contre la tuberculose. Cette évaluation était faite aux niveaux national et infranational, permettant ainsi de classer les problèmes par ordre de priorité et par régions et districts sanitaires en se fondant sur les données probantes. Les produits issus des travaux de groupes ont été collectés et permis d'avoir une analyse des grandes lacunes auxquelles le programme se trouve confronté. Aux vues des problèmes prioritaires et causes profondes identifiées, la deuxième étape s'est concentrée sur l'identification et la priorisation des interventions. Un accent particulier était mis sur les bonnes pratiques, l'identification des personnes TB avec un accès limité aux services de santé, les cas non diagnostiqués ou non notifiés. La troisième étape de l'atelier a consisté à déterminer comment mettre en œuvre les interventions proposées et comment capitaliser les leçons apprises et les bonnes pratiques. Ainsi, les grandes lignes du plan stratégique ont été ébauchées avec l'équipe multidisciplinaire de l'atelier. Ensuite, cette équipe a pris soin de décliner tous les axes stratégiques en interventions et en activités selon les trois piliers de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose ». Les différentes activités réalisées pendant l'atelier ont permis de développer le premier draft du PSN.

Validation du PSN : L'atelier de validation organisé avec les différents partenaires et parties prenantes va permettre d'apporter les derniers correctifs au PSN et d'avoir une version validée.

c) Alignement du nouveau PSN sur la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et sur les autres stratégies mondiales et régionales pertinentes

Lien entre la stratégie de l'OMS « Mettre fin à la tuberculose » et ce nouveau Plan national stratégique TB 2024-2028

Le nouveau plan stratégique pour la lutte contre la tuberculose (PSN 2024-2028) tout comme le précédent PSN repose sur la stratégie de l'OMS « Mettre fin à la Tuberculose ». Elle comporte trois piliers et repose sur 4 principes. Son objectif est de mettre fin à la pandémie Tuberculose à l'orée 2035. Elle s'appuie sur la cible 3.3 des objectifs de développement durable des Nations Unies et élargit la portée des interventions menées dans le contexte de cette cible. La Stratégie comporte des indicateurs, des étapes et des cibles spécifiques à atteindre en 2020, 2025, 2030 et à l'horizon 2035.

Tableau 1. Stratégie de l'OMS «End TB »

VISION	Un monde sans tuberculose				
	« Zéro décès, et plus de morbidité ni de souffrances dues à la tuberculose »				
BUT	Mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose				
INDICATEURS	Jalons		Cibles		
	2020	2025	2030* ODD	END TB 2035	
Réduire le nombre de décès par tuberculose par rapport à 2015 (%)	35%	75%	90%	95%	
Réduire le taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015 (%)	20% ($<85/100\ 000$)	50% ($<55/100\ 000$)	80% ($<20/100\ 000$)	90% ($<10/100\ 000$)	
Famille supportant de coûts catastrophiques liés à la TB	Zéro	Zéro	Zéro	Zéro	
PRINCIPES	1. Tutelle des pouvoirs publics, obligation redditionnelle, suivi et évaluation 2. Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés 3. Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité 4. Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, avec une collaboration mondiale				
PILIERS ET COMPOSANTES	1. SOINS ET PREVENTION INTEGRES, CENTRES SUR LE PATIENT A. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmaco sensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque B. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes Pharmaco résistante, et soutien aux patients C. Activités de collaboration contre la co-infection VIH/tuberculose et prise en charge des Comorbidités D. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose				
2. POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTEME DE SOUTIEN	A. Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention B. Collaboration renforcée des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés				

C. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'utilisation rationnelle des médicaments et la lutte anti-infectieuse
D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la Tuberculose
3. INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies
B. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation

Lien entre le PNDS III 2022-2026 et ce nouveau Plan national stratégique TB 2024-2028

Le plan national de développement sanitaire pour la RCA (PNDS III 2022-2026) s'inscrit dans la vision de la Politique nationale sanitaire (PNS) à l'horizon 2030. Cette vision est en lien avec les Objectifs de Développement Durable et les autres engagements internationaux auxquels le pays a souscrit. Elle est de « **Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la couverture santé universelle** ». Elle est soutenue par des valeurs et des principes directeurs. Les valeurs qui sous-tendent le PNDS III sont les droits de l'homme en particulier les droits humains dont le droit à la santé, la solidarité nationale entre citoyens, l'équité dans l'accès aux soins, l'éthique dans les pratiques professionnelles, la prise en compte de l'approche genre, l'intégration et la continuité des activités de soins, la décentralisation du système, la justice sociale et la transparence (redevabilité). Ce nouveau plan stratégique est aligné sur les objectifs du PNDS III. « D'ici 2030, réduire de 30% la prévalence de la tuberculose qui est de 221 pour 100.000 habitants. » (Cf. Tableau ci-dessous) :

Tableau 2. Alignement du PSN sur le PNDS 2022 -2026¹

PNDS 2022-2026	Réponses du PSN TB 2024 - 2028
a. Objectif spécifique 5 : Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients.	Les soins TB offerts sont de qualité et centrés sur les patients. Les prestations de soins et des services sont conformes et seront alignés aux nouvelles recommandations de l'OMS pour chaque thématique abordé.
b. L'objectif spécifique 8 est d'accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients.	<ul style="list-style-type: none"> • Le plan prévoit de continuer la décentralisation de la prise en charge de la tuberculose en fonction des ressources disponibles. <ul style="list-style-type: none"> ○ Le diagnostic de la tuberculose est intégré dans les formations sanitaires publiques et privées confessionnelles à différents niveaux. • Le traitement de la tuberculose est intégré dans le paquet minimum de services de soins de santé primaires.

¹ PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS III) 2022-2026

PNDS 2022-2026	Réponses du PSN TB 2024 - 2028
c. L'objectif 6 est de rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre cout à tous les niveaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du système de gestion, d'approvisionnement, de stockage et d'assurance qualité des médicaments et autres intrants <ul style="list-style-type: none"> ○ Achat de médicaments chez des fournisseurs pré-qualifiés par l'OMS et le Fonds Mondial ○ Assurer le contrôle de qualité des médicaments • Amélioration de la distribution des médicaments antituberculeux et des fournitures de laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose. • Renforcement des capacités en Gestion, approvisionnement et stockage des intrants TB de manière intégrée dans le système de santé national.
d. Intégration et continuité des activités de soins : elles devront être renforcées à tous les niveaux du système.	<ul style="list-style-type: none"> • Dans un contexte de ressources limités (financières, matérielles et en ressources humaines), il prévu l'intégration des activités TB au niveau des programmes qui prennent en charge le VIH, le Paludisme, la Covid-19, la vaccination (PEV), CPN (santé maternelle et infantile), Diabète et nutrition afin de mutualiser les ressources. • La mutualisation des ressources pour une mise en œuvre efficiente et efficace dans la mise en œuvre des activités.
e. Participation communautaire : il faudra prendre des mesures en vue de la responsabilisation effective des communautés et des individus dans la gestion de leurs problèmes de santé. L'objectif 11 prévoit d'amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement.	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement de la participation communautaire et l'intégration des activités sont également prévus dans le présent plan. • La mise en place d'une stratégie pour la sensibilisation sur la lutte contre la tuberculose, le suivi des malades sous traitement, la recherche des cas manquants et des patients irréguliers au traitement antituberculeux, l'investigation des contacts.
f. Développement des ressources humaines : Objectif 2 : Assurer le développement des capacités nationales en matière de leadership institutionnel et de mise en œuvre des programmes de santé ;	Formation et recyclage du personnel au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose.
g. Renforcer le processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des compétences programmatiques et en suivi évaluation du personnel impliqué dans la lutte antituberculeuse.

PNDS 2022-2026	Réponses du PSN TB 2024 - 2028
qualité des données du système d'information sanitaire.	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du système de suivi évaluation de manière intégrée des programmes prioritaires du Ministère de la santé TB/VIH/Paludisme. Tout en créant des liens avec les autres programmes comme la santé maternelle et infantile (PTME), MNT (diabète) et les urgences (la covid-19).
h. Objectif 9 : Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier.	La prise en compte des populations à haut risque (enfant, personne privée de liberté, déplacé interne/réfugié, pygmées, peulhs) de tuberculose et également la prise en compte de nouvelles cibles dans le présent PSN (les malnutris, les diabétiques, les milieux de collectivités dont les universités, les marchés avec les Koli et wali gara, les taxi moto), les miniers, les diabétiques.
i. Objectif 7 : Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes.	Elaboration des mesures d'urgence annexé au PSN. Il s'agit des mesures d'urgence qui devront être prises en cas de perturbations affectant la prestation de services.
j. Amélioration du financement et du développement de la protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic et prise en charge gratuite des malades tuberculeux. Appui nutritionnels et transport des malades atteints de tuberculose multirésistante (TB-MR, TB-VIH).

d) Les composantes du PSN

Le présent plan stratégique national de lutte contre la tuberculose (PSN TB) 2024-2028 comprend les principales composantes présentées ci-dessous qui constituent des éléments interconnectés qui sont élaborées collectivement dans le cadre du processus de planification stratégique global.

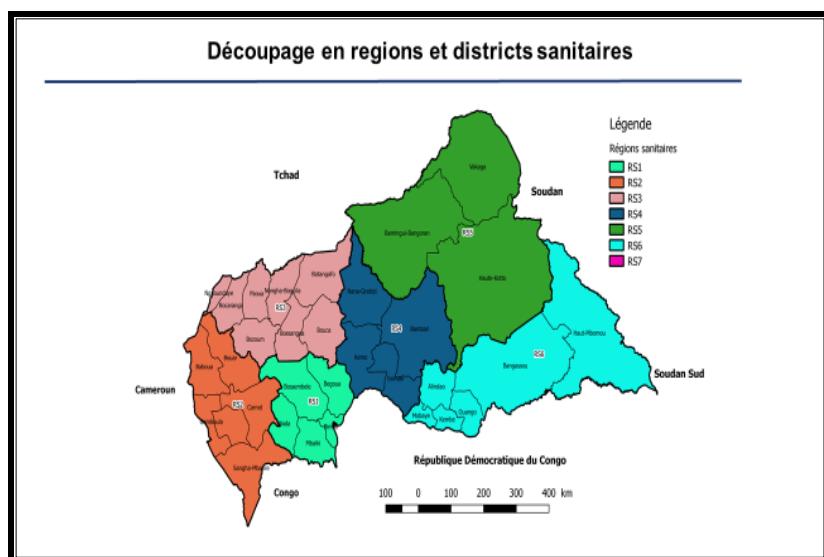
- L'analyse de la situation comprend une analyse de tous les aspects sociodémographiques, culturels, économiques, épidémiologiques, politiques, institutionnels et de gouvernance ayant une incidence sur l'épidémie de la tuberculose et la riposte à la maladie dans le pays.
- La vision, le but, les objectifs et interventions stratégiques.
- Les activités et sous-activités.
- Les mesures d'urgence qui devront être prises en cas de perturbations sérieuses affectant la prestation de services.
- Le suivi et évaluation (les indicateurs visant à suivre le but, les objectifs stratégiques, les interventions et les principales activités).
- Le chiffrage et la cartographie des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PSN.

2. Le profil du pays

2.1. Caractéristiques géographiques et administratives

La République Centrafricaine (RCA) est un pays de l'Afrique Centrale. Elle couvre une superficie de 623.000 km² et partage ses frontières au Nord par le Tchad, au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo, à l'Est par la République du Soudan et le Soudan du Sud et à l'Ouest par le Cameroun. La RCA est un pays enclavé qui éprouve d'énormes problèmes de transport, de communication et d'accès à l'extérieur. Sur le plan climatique, on note deux (2) principales saisons à savoir la saison sèche et la saison pluvieuse qui dure chacune environ 6 mois.

Selon la Loi.21.001-relative aux circonscriptions administratives du 21 janvier 2021, la RCA est subdivisée en Sept (7) Régions et Vingt (20) préfectures, Quatre Vingt et Quatre (84) Sous-préfectures, Cent Soixante Dix Sept (177) communes et 8302 villages conformément au découpage. Les régions sont subdivisées en 35 Districts Sanitaires. La Région Sanitaire N°7 représente la Ville de Bangui (la capitale) et compte 3 Districts (I, II et III).



Source : PNDS III 2022 -2026

Figure 1. Découpage de la RCA en régions et districts sanitaires

2.2. Caractéristiques démographiques

Tableau 3. Estimation de la population centrafricaine en 2023

Libellé	Données en 2023	% par rapport à la population totale
Population centrafricaine	6.399.458 millions d'habitants	
Taux de croissance	2,5% par année	
Ratio homme/femme	0,96	

Libellé	Données en 2023	% par rapport à la population totale
Femmes en âge de procréer	1 567 867	25%
Enfants de moins de moins de 15 ans	2 604 579	41%
Enfants de moins de 5 ans	1 107 106	24,5%
Population de la RS7 (Bangui)	853 535	13%
Population de la RS6	725 235	11%
Population de la RS5	308 503	5%
Population de la RS4	881 387	14%
Population de la RS3	1 270 047	20%
Population de la RS2	1 070 809	17%
Population de la RS1	1 289 942	20%

Source : cartographie censitaire numérique RGPH4 Juin 2022 réalisée par l’Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales (ICASEES)

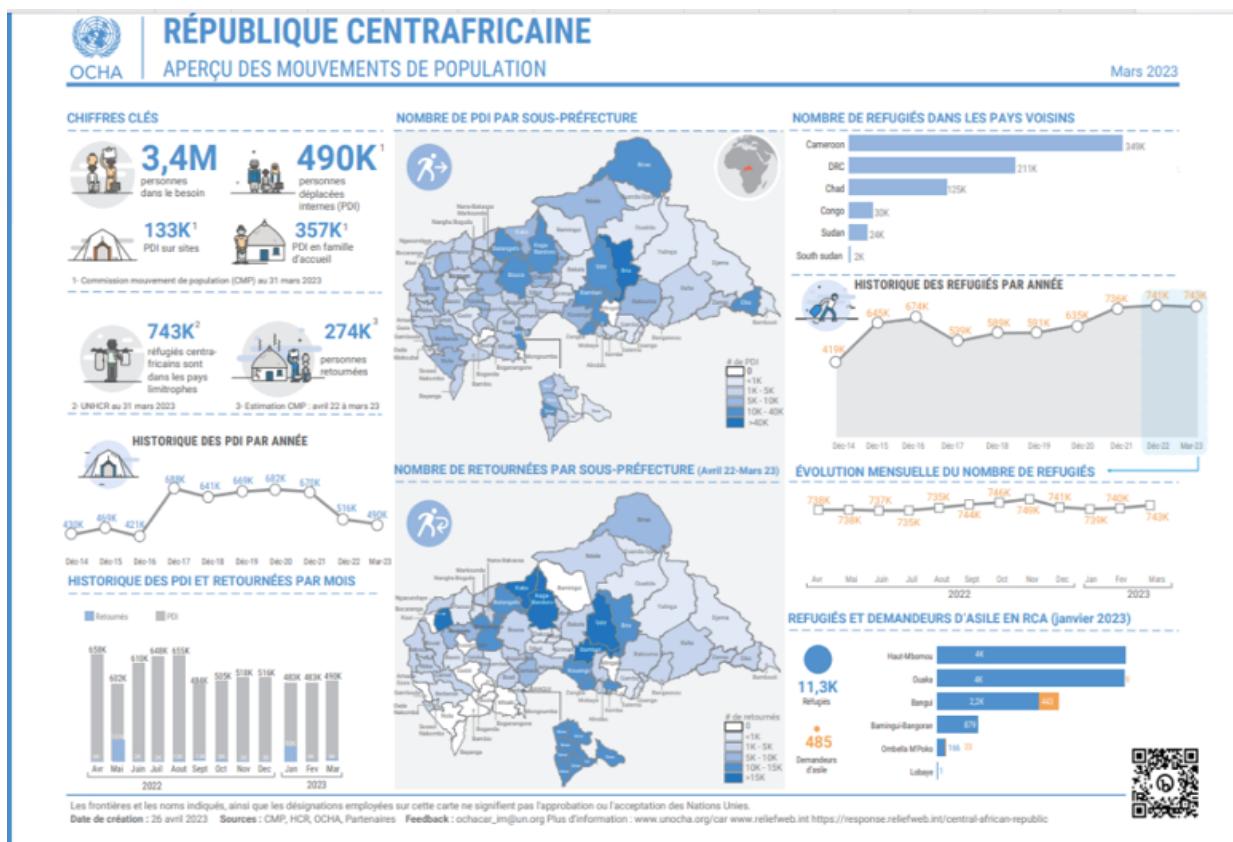
Selon la résidence, la population centrafricaine est essentiellement rurale (62% contre 38% en zone urbaine) avec beaucoup de mouvements de population liés aux différentes crises entraînant une concentration dans la capitale Bangui.

2.3. Contexte politique et sécuritaire

Sur le plan politique, la RCA a traversé plusieurs crises militaro-politiques, mais la prise du pouvoir par la coalition rebelle Séléka le 24 mars 2013 a créé un contexte inédit de violence exacerbée et de très grande instabilité, du fait de la destruction des institutions nationales et le bouleversement de l’organisation des services sociaux de base. Le secteur santé a été l’un des plus touchés avec environ 30% des formations sanitaires détruites (HERAMS).

La RCA est un pays fragile. Les élections groupées de décembre 2020 ont vu la réélection du Président Faustin Archange Touadera. La MINUSCA, force de maintien de la paix de l'ONU composée de plus de 15 000 hommes, est présente dans le pays depuis 2014 avec comme mandat principal de protéger la population. La RCA reçoit également un soutien militaire bilatéral des pays amis.

Actuellement sur le plan politique, il y a deux groupes autour de la discussion du changement de la constitution nationale. On note également, une accalmie précaire dans certaines provinces dont la capitale et régions de l’Ouest grâce aux efforts de paix, le travail des ONG et du système des nations Unies. Tenant compte des difficultés sécuritaires, sur les sept (7) régions du pays, trois régions (1, 2, et 7) sont dites « sécurisées » et représentent 50% de la population centrafricaine. Les autres régions pourraient être classées comme des zones +/- sécurisées (3 et 6) et non sécurisées (4 et 5). Toutefois, la situation du pays demeure encore volatile de sorte que cette classification est changeante dans le temps.



<https://reports.unocha.org/fr/country/car/>

Selon les données du rapport OCHA, en mars 2023, 3,4 millions de Centrafricains, soit plus de la moitié de la population du pays, devraient avoir besoin d'une aide humanitaire. Le gouvernement centrafricain et le Bureau de coordination des affaires humanitaires (OCHA) ont officiellement lancé un Plan de réponse humanitaire de 461,3 millions de dollars en 2022.

2.4. Situation socio- économique

Selon l'indice de développement humain (IDH) 2020 publié par le PNUD, la République centrafricaine était classée 188e (sur 189 pays). La croissance du PIB réel est estimée à 0,9 % (soit environ 1%) en 2021, inchangée par rapport à 2020. Le produit intérieur brut (PIB) par habitant est de \$ 525 en 2021. L'activité économique a ralenti en 2021 pour la deuxième année consécutive, en raison des impacts liés à la pandémie sanitaire de la Covid-19, de la hausse du prix des produits alimentaires et carburant liée aux effets sur l'économie mondiale. A tout cela, vient s'ajouter la détérioration du contexte sécuritaire dans le pays. La croissance économique pourrait se redresser à moyen terme, soutenue par des niveaux de production agricole et industrielle, à condition que la situation sécuritaire s'améliore. Le pays dépend en majeure partie de l'aide internationale à l'économie et aux services publics dont la santé.

En effet, plus de la moitié de la population (71 %) vit en dessous du seuil international de pauvreté et les inégalités sont considérables. Le chômage est élevé avec la crise économique, malgré des statistiques officielles de 6,4 % de la population en 2020 selon la Banque mondiale.¹

En ce qui concerne l'accès aux services sociaux de base, l'analphabétisme, la pauvreté et les pesanteurs socio culturelles, la situation de la population centrafricaine est préoccupante. Le taux d'alphabétisation des adultes entre 2016 et 2018 est estimé à 58,9%.

Afin de lever ces difficultés, le gouvernement a fait une de ses priorités la santé de la population et le pays a mis à jour son Plan National de Développement sanitaire (PNDS 3) pour prendre en compte ces défis afin de contribuer à la réduction de la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie des populations. Les principaux défis résumés sont (i) le retour de la paix et de la sécurité de manière durable, et (ii) la mise en œuvre d'un agenda de réformes ambitieux pour favoriser une reprise économique à long terme, une croissance économique plus inclusive, une gestion saine et prudente des finances publiques, la diversification économique, la création de meilleurs emplois, l'amélioration du capital humain, la promotion et l'amélioration de l'environnement des affaires, et le renforcement des capacités du monde agricole.

Tableau 4. Indicateurs de croissance

Indicateurs de croissance	2020	2021 (e)	2022 (e)	2023 (e)	2024 (e)
PIB (<i>milliards USD</i>)	2,39	2,58	2,49	2,64	2,83
PIB (<i>croissance annuelle en %, prix constant</i>)	1,0	1,0	1,5	3,0	3,8
PIB par habitant (<i>USD</i>)	495	525	496	515	541
Endettement de l'Etat (<i>en % du PIB</i>)	43,4	47,6	52,1	47,6	45,2
Taux d'inflation (%)	0,9	4,3	6,5	6,3	2,7
Balance des transactions courantes (<i>milliards USD</i>)	-0,21	-0,28	-0,35	-0,20	-0,21
Balance des transactions courantes (<i>en % du PIB</i>)	-8,6	-10,8	-14,1	-7,5	-7,5

Source: FMI - World Economic Outlook Database, October 2021

2.5. Groupes vulnérables

La RCA défini comme groupes de populations vulnérables pour la tuberculose : les personnes privées de libertés (PPL), les enfants et adolescents, les personnes souffrant de dénutrition, les diabétiques, les Réfugiés/déplacés internes, les retournés, les nomades/ les éleveurs mobiles/ les miniers, les pygmées et les PVVIH.² A côté de ces groupes s'ajoutent toutes Personnes plus exposées à la tuberculose en raison de leur lieu de résidence (Hot spot, quartiers chauds en périphérie avec des conditions défavorables de promiscuité, de mauvaise ventilation, pauvreté) ou de travail. Ils sont tous particulièrement touchés par la maladie, la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination, et

¹ Banque mondiale

² Partenariat Halte à la tuberculose. Le Plan mondial pour Éliminer la Tuberculose – Le Changement de paradigme (2016-2020). Genève : Partenariat Halte à la tuberculose, 2015.

sont également confrontés à des obstacles liés aux droits humains et au genre. D'une manière générale, il y'a une insuffisance dans l'approche du programme pour atteindre ces groupes vulnérables et surtout ceux ayant un accès limité à des services de qualité de lutte contre la tuberculose. Il y'a une insuffisance dans la traçabilité des activités qui sont menées à l'endroit de ces groupes et rendant difficile l'évaluation de l'ampleur de la maladie dans ces différents groupes en dehors de la tuberculose de l'enfant. La recherche systématique de TB est insuffisante chez certains groupes vulnérables comme les diabétiques, les PVVIH et les personnes dénutries.

2.6. Éthique, équité, droits de l'homme

La stigmatisation et la discrimination de la TB existent encore dans la communauté centrafricaine et font l'objet de certains freins d'accès aux soins TB. A cela s'ajoute le fait que certaines populations ont des accès difficiles aux soins pour des raisons sécuritaires et géographiques. La situation économique difficile a également un impact sur le pouvoir d'achat et réduit également l'accès aux services de santé. Selon le MICS6 2018-2019, les femmes sont souvent les principales victimes de toutes formes de violences et des pratiques traditionnelles néfastes telles : le mariage précoce (23,6%), les grossesses précoces, les mutilations génitales féminines (21,6%), le lévirat, le sororat et les rites de veuvages, etc.

3. Le système national de soins de santé et protection sociale

3.1. Organisation et fonctionnement du système de santé

La protection sociale contribue à réduire la vulnérabilité, les risques sociaux et économiques, et d'atténuer la pauvreté. La TB est définie comme une maladie à caractère social et étroitement liée à la pauvreté. L'état de santé de la population est influencé par plusieurs déterminants d'où l'importance d'agir sur les principaux déterminants.

Le système de santé en RCA met en jeu plusieurs acteurs du secteur public ; du secteur privé ; du secteur associatif et/ou confessionnel et de la population (les ménages). Il est dominé par le secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle. Il se présente comme une structure pyramidale à trois niveaux dont la base représente le niveau le plus périphérique et le sommet le niveau central. Il se décrit comme suit :

- **Le niveau central ou stratégique** : dit d'appui stratégique comprend le Cabinet du Ministère de la Santé et les différentes Directions Générales avec leurs directions et services centraux respectifs, les Institutions publiques ou privées de formation (Faculté des sciences de la santé, Laboratoire national...), de recherche (Institut Pasteur de Bangui), les hôpitaux et centraux de référence, à savoir le CNHUB, le CHUC, le CHUASC, le CHUP et le CHUMED.
- **Le niveau intermédiaire ou d'appui** : Il correspond aux sept (7) régions sanitaires. Ce sont les (i) Directions régionales de santé avec ses différents Services qui forment avec le Directeur l'équipe Cadre Régional et (ii) les hôpitaux régionaux. Elles sont chargées d'apporter l'appui technique aux Districts de santé. Les régions sanitaires sont découpées en 35 Districts sanitaires (DS) selon l'arrêté N°043/MSP/DIR.CAB/CMAJC.017 du 18.10. 2017.

- **Le niveau périphérique ou opérationnel** : le District de santé est l'unité opérationnelle des Soins de Santé Primaires ; Il est constitué de l'hôpital de district et du réseau des Centres de santé et Postes de santé.

Concernant le **système de référence**, globalement, l'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire : les hôpitaux nationaux au niveau central, les hôpitaux régionaux au niveau intermédiaire, et les hôpitaux de district et centres de santé au niveau périphérique.

- Le premier niveau de référence : est constitué des centres de santé (CS). Chaque CS couvre une aire de 10 000 habitants en moyenne et est dirigé par un personnel qualifié. C'est la porte d'entrée du réseau de soins et qui offre le paquet de soins de santé primaires. Les postes de santé (PS) sont des annexes des centres de santé. Le CS assure le paquet minimum d'activités (PMA) et réfère les patients à un hôpital secondaire (HS) ou à l'hôpital de district (HD). L'HD, est le premier niveau de référence des CS. Il assure le paquet complémentaire d'activités (PCA). L'HD fait sa référence vers l'hôpital régional universitaire (HRU) et la contre référence vers le Centre de Santé.
- Le deuxième niveau de référence est représenté par l'HRU qui assure le paquet complémentaire d'activités (PCA) de l'HD et certains soins, spécialisés. A ce niveau la référence se fait vers les hôpitaux centraux de la Capitale et la contre référence vers l'HD.
- Au niveau national (tertiaire), il existe des structures de diagnostic et de prestations de soins publics constitués de 4 établissements de soins et 3 établissements de diagnostic.

Ce dispositif est complété par :

- **L'offre du secteur privé et confessionnel** à tous les échelons de la pyramide sans qu'il y ait toutefois une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des 2 systèmes par niveau.
- **L'action des tradipraticiens** qui sont de plus en plus impliqués dans la sensibilisation et la référence des cas présumés de tuberculose vers les structures de santé. Il en est de même des activités de communication pour le changement de comportement, de mobilisation sociale et de plaidoyer visant à inciter les patients avec symptômes de tuberculose à consulter et à lutter contre la stigmatisation des patients tuberculeux.
- **La communauté.**

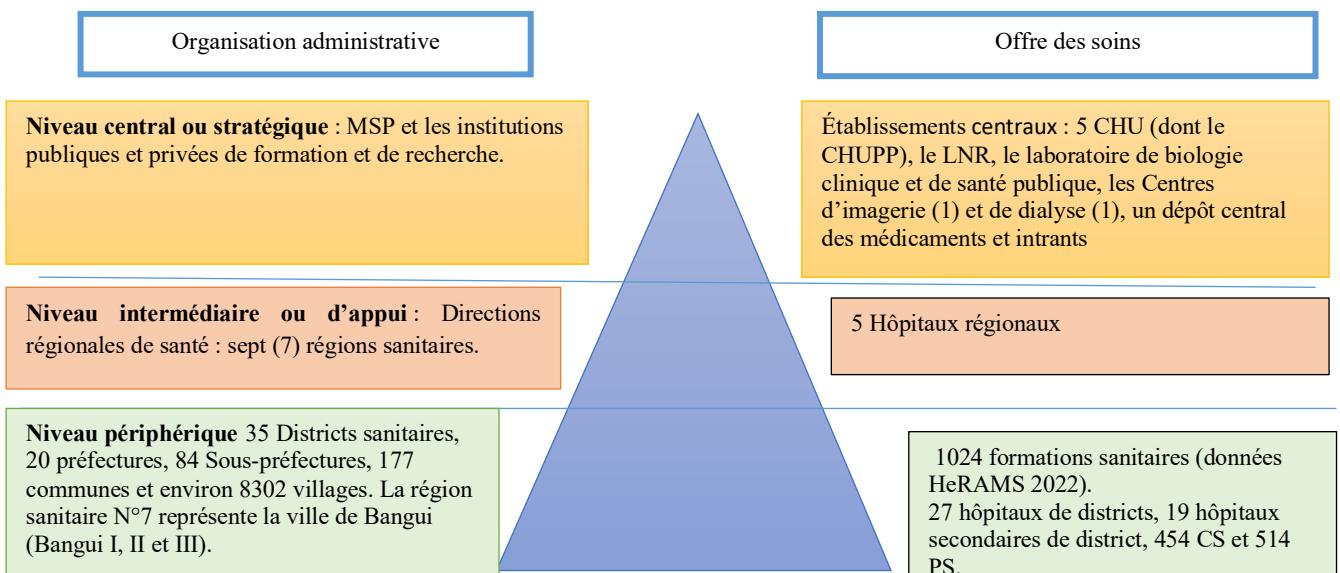


Figure 2. Organisation du système de soins en RCA

3.1.1. La disponibilité des structures sanitaires

Le rapport HeRAMS 2022 en cours de validation indique que le pays compte 1024 structures de santé fonctionnelles (environ 80%) réparties comme suit : 5 centres hospitaliers universitaires (CHU), 5 hôpitaux régionaux universitaires (HRU), 27 hôpitaux de districts (HD), 19 hôpitaux secondaires (HS), 454 Centres de Santé (CS) et 514 Postes de santé (PS). Les structures sanitaires publiques représentent 83% de toutes les structures de santé au niveau national.

Tableau 5. Disponibilité et fonctionnalité des structures de soins en RCA

Région	CHU			HRU			HS			HD			CS			PS			TOTAL		
	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F
RS1	1	-	-	-	-	-	4	-	-	5	-	1	98	2	5	65	11	10	173	13	16
RS2	-	-	-	1	-	-	3	-	-	5	-	-	92	3	3	79	2	8	180	5	11
RS3	-	-	-	1	-	-	3	-	-	7	-	-	64	2	4	134	15	10	209	17	14
RS4	-	-	-	1	-	-	3	-	-	3	-	-	67	2	1	71	8	2	145	10	3
RS5	-	-	-	1	-	-	2	-	-	2	-	-	25	-	1	39	7	-	69	7	1
RS6	-	-	-	1	-	-	4	-	-	5	-	-	59	1	2	108	5	8	177	6	10
RS7	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49	4	8	18	1	12	71	5	20
TOTAL	5	-	-	5	-	-	19	-	-	27	-	1	454	14	24	514	49	50	1024	63	75

O = opérationnelle, N = non opérationnelle, P/F = planifiée ou fermée.

CHU	Centre hospitalier universitaire
HRU	Hôpital régional universitaire
HS	Hôpital secondaire
HD	Hôpital de district
CS	Centre de santé
PS	Poste de santé

3.1.2. Indice de disponibilité des services de santé

L'indice de disponibilité des services de santé au niveau national est de 33,7%. L'observation par région sanitaire révèle une grande disparité de cet indice au niveau des régions.

Tableau 6. Répartition des différents indices de disponibilité des services de santé

Région Sanitaire	Score de densité des établissements % (a)	Score des lits d'hospitalisation % (b)	Score des lits de maternité % (c)*	Indice disponibilité des infrastructures sanitaires % (1)	Indice du personnel de santé (d) %	Indice d'utilisation des services % (2)	Indice de disponibilité des services %
RS 1	89,8%	46,4%	93,5%	76,6%	18,8%	1,7%	32,4%
RS 2	71,7%	60,2%	79,6%	70,5%	12,2%	1,5%	28,1%
RS 3	91,8%	70,6%	79,6%	80,7%	5,6%	3,4%	29,9%
RS 4	97,1%	17,5%	42,1%	52,2%	9,8%	3,3%	21,8%
RS 5	143,0%	34,9%	68,5%	82,1%	13,3%	3,6%	33,0%
RS 6	99,5%	37,3%	28,2%	55,0%	4,8%	0,4%	20,1%
RS 7	30,8%	58,0%	74,6%	54,5%	134,1%	2,5%	63,7%
Total général	81,4%	50,4%	69,4%	67,1%	31,8%	2,3%	33,7%

Source Ministère de la Santé et de la Population, Enquête SARA/HeRAMS 2019.

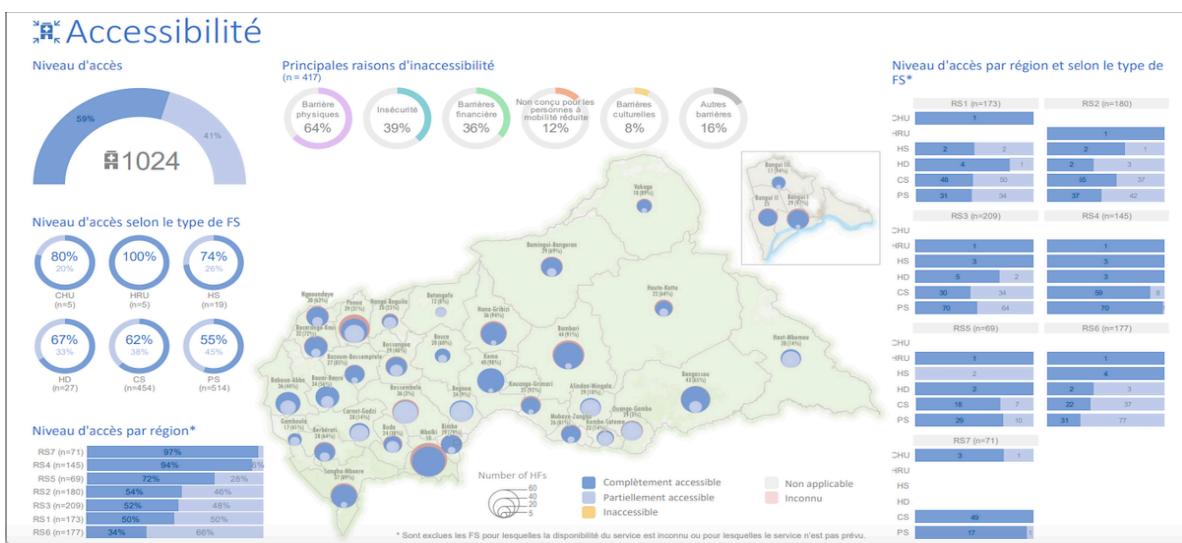
3.1.3. L'accès aux soins et niveau de pauvreté

Selon l'Enquête SARA/HeRAMS 2019, aucune région n'a atteint la norme de 1 contact (consultation externe) par habitant/an recommandé par l'OMS. L'utilisation des services du premier échelon est estimé à 0,11 consultations externes par habitant/an au niveau national, loin de la norme. Les scores varient d'une région à une autre comme suit : RS 5 (0,18) ; RS 3 et 4 (0,17) ; RS7 (0,13) ; RS1 (0,09), RS2 (0,07) et RS6 (0,02) connaissent les plus faibles pourcentages. Cela témoigne d'une sous-utilisation des services de santé due à de nombreux facteurs dont la pauvreté qui limitent l'accès de la population aux formations sanitaires. La mortalité materno-infantile en RCA est toujours l'une des plus élevées au monde, ce qui indique indirectement un accès aux soins très insuffisant des populations malgré l'introduction de la gratuité par le gouvernement centrafricain pour un panier de soins dans certaines localités avec l'appui de ses partenaires (la Banque Mondial).

3.1.4. L'accessibilité de la population aux services de soins

La densité d'établissements de soins qui est la mesure d'accès aux services de consultation externe de la population est estimée à 1,6 établissement de santé pour 10 000 habitants contre une norme OMS de 2 établissements pour 10 000 habitants. La plus forte densité (2,9%) est observée dans la région sanitaire (RS) n°5, la plus faible (0,6) se situe dans la RS n°7. On note une répartition inégale des infrastructures sanitaires tenant compte des distances géographiques à parcourir pour avoir accès aux services de soins. Selon le critère spatial pour 1000 km² dans une RS, le MSP distingue 3 groupes de couverture sanitaire que sont (i) moins d'une infrastructure au 1000 km² (RS5 et 6), (ii) 1 à 2 infrastructures pour 1000 km² (RS 1, 2, 3 et 4) et (iii) 1 infrastructure au km² (RS 7).

La distance à parcourir pour se rendre dans une formation sanitaire est l'un des facteurs qui influencent sur la décision du patient de recourir aux soins. En moyenne 25% de la population dans l'arrière-pays parcourent plus de 10 Km à pied pour atteindre une formation sanitaire (soit une moyenne d'une à deux heures de marche). Quant à l'accessibilité financière, la dégradation des conditions socio-économiques du pays entraînant un faible pouvoir d'achat des ménages ne leur garantissant pas un meilleur accès aux soins de santé. A cela s'ajoute les barrières culturelles (croyances, religion, chefferie, etc.), les barrières physiques et l'insécurité. Par ailleurs, à cause de la stigma/discrimination, il est possible qu'un malade puisse quitter sa zone de résidence pour être diagnostiqué et pris en charge à des kilomètres de son domicile.



Source : rapport HeRAMS, 2022

Figure 3. Principales raisons d'inaccessibilité de la population aux services de soins

Les principales raisons d'inaccessibilité sont par ordre décroissant (i) les barrières physiques (64%), (ii) l'insécurité (39%), (iii) les barrières financières (36%), (iv) les raisons liées aux personnes à mobilité réduite (12%), (v) les barrières culturelles (8%) et autres (16%).

3.1.5. Ressources humaines pour la santé

Le Ministère de la Santé et de la Population (MSP) compte en moyenne 5,5 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants dont 0,8 médecins généralistes et 0,6 autres professionnels soignants (PNDS3 2022-2026). Tandis que le rapport SARA-HeRAMS 2019, indique qu'en RCA, il y a 7,3 professionnels de santé de base pour 10 000 hbts, dont 0,8 médecins généralistes, 2,4 autres professionnels soignants, 2,5 professionnels de soins infirmiers, 1,6 professionnels de soins obstétricaux. Ce chiffre est considérablement inférieur à l'objectif de l'OMS de 23 professionnels de la santé pour 10 000 habitants aussi avec 0,8 médecins généralistes alors que la norme OMS est de 1 médecin pour 10 000 hbts.

3.1.6. Produits pharmaceutiques et autres produits médicaux

Le Fonds mondial assure un appui technique et financier pour l'accès ininterrompu aux médicaments de qualité de la lutte contre la tuberculose en RCA. Le pays bénéficie également de l'appui technique régulier de rGLC OMS et de GDF. Les approvisionnements des médicaments antituberculeux sont faits via le processus du Fonds Mondial à travers les achats Groupés (Global Drug Facility, GDF) via la Plate-forme WAMBO. Sur le plan règlementaire, les antituberculeux sont inscrits dans la liste nationale des médicaments essentiels. Le pays dispose d'un comité national pour la quantification nationale des médicaments mis en place par un arrêté du Ministre en charge de la Santé et de la Population (DPLMT). Ce comité regroupe le ministère de la santé et les partenaires impliqués dans le processus. Le MSP est représenté par la Direction de la Pharmacie, de Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle et les différents programmes. Ce comité n'est pas fonctionnel. Il est important de le redynamiser afin d'assurer la visibilité sur les différentes

contributions des partenaires pour une meilleure intégration des ressources allouées. A ce jour, la quantification est faite régulièrement par les équipes de la Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles (DLMT), la DPLMT appuyé par le service GAS des bénéficiaires principaux (PR) des subventions du fonds Mondial (FM). Elle se fait sur base d'un outil Excel. Le Quant-TB n'est toujours pas utilisé faute de formation des acteurs. Le pays ne dispose pas à ce jour d'un laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments, ni d'un système de pharmacovigilance. Au besoin le pays fait appel aux laboratoires préqualifiés par l'OMS pour le contrôle qualité des médicaments par l'envoi des échantillons prélevés sur place.

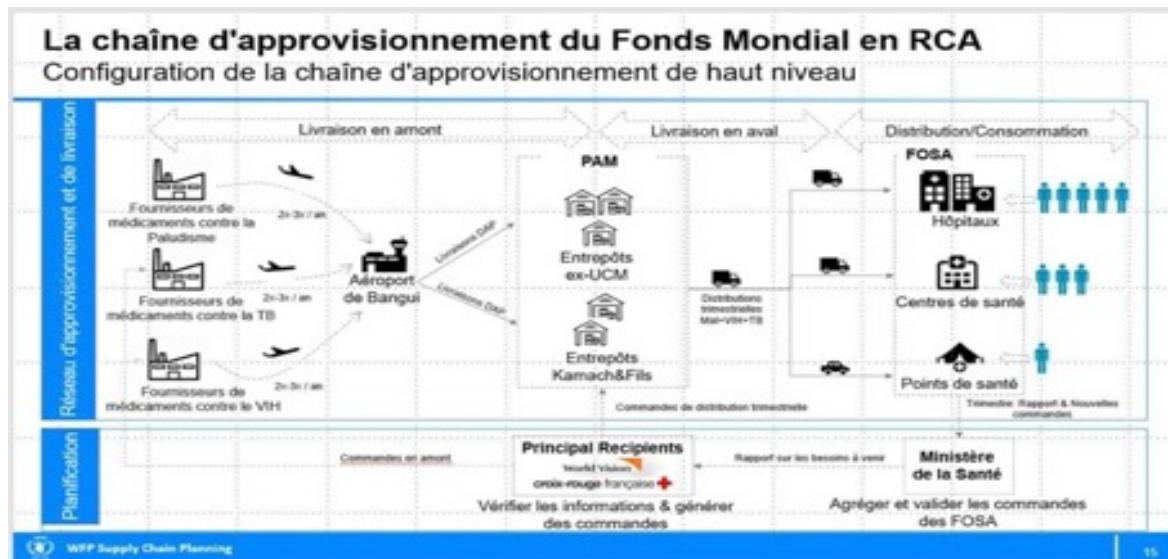


Figure 4. Chaine d'approvisionnements du Fonds Mondial en RCA

Le stockage et la livraison des produits subventionnés par le Fonds Mondial se fait avec l'équipe de PAM en collaboration avec les bénéficiaires principaux des subventions. La distribution à travers le pays se fait suivant les circuits établis, en fonction des axes et proximité des fosas les unes des autres. Ainsi nous avons sept circuits terrestres et deux circuit aérien (UNHAS).

Au niveau périphérique le PAM, sous-traite avec les partenaires pour le stockage intermédiaire des médicaments. Avec l'appui de Gavi 04 dépôts régionaux sont en construction et pourront servir aux stockages des médicaments et autres produits de santé.

Des problèmes d'accessibilité géographique aux médicaments antituberculeux sont notés dans le pays. Le service de la TB est offert dans environ 10% des FOSA fonctionnelles sur un total de 1024 FOSA en 2022. Les patients doivent aller aux CDT pour le suivi du traitement TB faute de CT (4 pour tout le pays). Le LNR est responsable de la gestion des consommables de laboratoire à travers les rapports d'activités transmis au LNR. L'approvisionnement est dépendant de la disponibilité de la subvention du FM TB/VIH. L'exploitation des données des rapports est faite par le LNR.

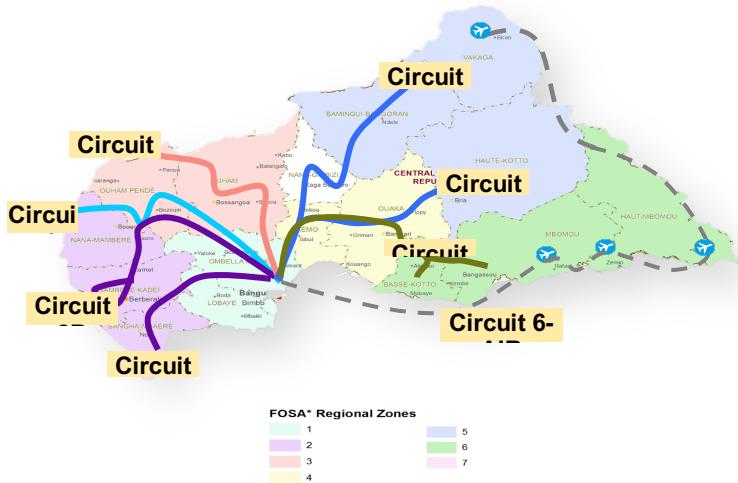


Figure 5. Circuits (9) logistiques pour la distribution à travers le pays (PAM 2022, Dashboard)

3.1.7. Le système communautaire

Les agents de santé communautaire contribuent au niveau périphérique au renforcement des soins de base de manière insuffisamment structurée et systématisée. Les activités communautaires sont assurées par les agents de santé communautaire, les associations à assise communautaire, la Croix-Rouge centrafricaine, etc. Le niveau communautaire assure des activités promotionnelles et offre des prestations préventives et curatives dont la prise en charge de certaines pathologies simples telles que le paludisme simple, la diarrhée légère, la pneumonie, la malnutrition modérée etc. Face aux limites des services de santé conventionnels et la disponibilité d'évidence sur les impacts des interventions communautaires, le pays a jugé nécessaire de se doter d'une politique de santé communautaire. Des expériences pertinentes ont été développées à la faveur des crises sociopolitiques, ainsi, de nombreux intervenants ont été amenés à s'investir dans la santé par une approche humanitaire. Ceci a permis d'améliorer l'offre des services sociaux de base.

3.1.8. Les principales maladies endémo-épidémiques

Le paludisme : est au premier rang des causes de morbidité et de mortalité. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables. Il représente 63% des motifs de consultation dont plus de la moitié (53%) sont des enfants de moins 5 ans. Dans cette tranche d'âge, il est responsable de 59% de la mortalité hospitalière qui est de 72 décès pour 100.000 habitants en 2017. (Politique nationale de lutte contre le paludisme 2021).

La tuberculose : L'incidence est de 540 cas de TB pour 100 000 habitants¹. La TB est essentiellement notifiée dans la région sanitaire (RS) N°7 (environ la moitié des cas notifiés/an), suivie par les RS 1 et 2. Ces trois régions réunies notifient en moyenne les 3/4 du total de cas de TB du pays. Les principaux

¹ Rapport mondial TB OMS 2022

déterminants des cas de la tuberculose pour la RCA sont par ordre de priorité : 1) la sous-alimentation, 2) l'infection à VIH, 3) les troubles de l'usage d'alcool, 4) le diabète et 5) le tabagisme¹.

Le VIH/Sida : Selon les données du dernier rapport VIH en RCA, l'épidémie VIH est de type généralisé avec une prévalence estimée à 2,7% chez les 15 à 49 ans en 2021, plus élevée chez les femmes avec 3,4% et 2,1% chez les hommes. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 83.000 dont 77.000 adultes et 6.000 enfants. Les femmes adultes représentent 62,3% des personnes vivant avec le VIH. En 2021, on a enregistré un total de 2.700 nouveaux cas et 2600 décès. D'après les estimations de l'ONUSIDA en 2020, le nombre de décès lié au VIH/SIDA en RCA est de 3.800. Ce chiffre classe le VIH/SIDA parmi les principales causes de décès dans le pays. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH est en baisse constante depuis 2010 selon les estimations de l'ONUSIDA, la prévalence est passée de 3,8% en 2015 à 2,7% en 2021.

Les hépatites virales : Elles constituent une véritable menace pour la population centrafricaine. Les cinq principaux virus responsables des Hépatites virales (VHA, VHB, VHC, VHD, VHE) se retrouvent en Centrafrique. La RCA est située dans la zone de forte endémicité pour le virus de l'hépatite B. Les chiffres provenant de quelques études font état de la gravité de la situation. Le pays vient d'être doté d'un plan stratégique².

Les maladies non transmissibles (MNT) sont tributaires d'un certain nombre de facteurs de risque et l'on estime à 10% la proportion de la population ayant plus de trois facteurs de risque de maladies non transmissibles. Il ressort du Plan Stratégique national des maladies non transmissibles (MNT) 2018-2022, que leur fréquence et leur gravité enregistrées dans les formations sanitaires sont de plus en plus importantes.

- **L'hypertension artérielle :** D'après les résultats de l'enquête STEPS 2010, le pourcentage des adultes âgés de 25 à 64 ans ayant une tension artérielle élevée (PAS \geq 140 et/ou PAD \geq 90 mm Hg ou actuellement sous traitement médical pour tension artérielle élevée) est de 34,5% dont 36,8% chez les hommes et 32,3% chez les femmes. La majorité d'entre eux ignorent leur état de santé et ne sont pas sous traitement même s'ils connaissent l'existence de l'hypertension artérielle. En effet, le pourcentage des adultes ayant une tension artérielle élevée (PAS \geq 140 et/ou PAD \geq 90 mm Hg) qui ne sont pas actuellement sous traitement médical pour tension artérielle élevée 90,7% dont 94,3% d'hommes et 86,6 % de femmes. Selon l'enquête STEPS de 2017, 27,1% des personnes présentaient une hypertension artérielle (HTA).
- **Le diabète :** Le pourcentage des adultes ayant des troubles de la glycémie à jeun est très élevé : 19,6%, dont 18,2% chez les hommes et 21,0+% chez les femmes. Toutefois le pourcentage des personnes interrogées suivant actuellement un traitement contre

¹ Rapport TB profil pays OMS 202

² PSN Hépatites virales 2021-2026 page 12 à 13.

l'hyperglycémie est de 0,8%. Le nombre de décès liés au diabète s'élèvent à 13 cas pour 569 cas de diabète notifié. (PSN MNT 2018-2022 page 14). Selon l'enquête STEPS 2017, 9,5% de la population centrafricaine souffraient de diabète 16% de la population était en surcharge pondérale et 9,7% en obésité.

La malnutrition sous ses différentes formes demeure un problème de santé publique en RCA et sa prévalence ne cesse d'augmenter depuis 2011. Elle est passé de 28,1% en 2011 à 48,2% en 2019, soit une augmentation de plus de 70 %.

La pandémie de COVID-19 : Elle a été déclarée le 14 Mars 2020 par le Gouvernement Centrafricain à la suite de la confirmation par le laboratoire de l’Institut Pasteur de Bangui (IPB) d’un premier cas venant de l’extérieur. Pour mieux s’organiser un plan national de contingence pour la préparation et la riposte à l’épidémie a été développé et soumis aux différents partenaires pour appui. Ce plan a été financé par le Fonds Mondial, la Banque Mondiale et l’OMS. Sa mise en œuvre a pu se faire sous le lead du Ministère de la Santé et de la Population avec l’appui de ses partenaires.

La Covid-19 reste un sujet préoccupant en République centrafricaine (RCA) qui a connu une augmentation de 4,6 à 6,6% de cas positifs de septembre à octobre 2021 respectivement.

Néanmoins cette pandémie de Covid-19 a contribuer au renforcement des bonnes pratiques de la prévention TB (port du masque). La mutualisation des appareils GeneXpert acquis pour le renforcement des capacités de diagnostic à tous les niveaux dans le cadre de la riposte à la pandémie Covid-19, a également permis de renforcer le diagnostic de la tuberculose à l'aide des outils de diagnostic rapide.

Tableau 7. Principaux indicateurs de santé en RCA

Indicateurs	Niveau	Sources
Espérance de vie à la naissance (2015)	53,3 ans (h+f)	MICS 6 2018-2019
Indice Synthétique de fécondité	6,4 enfants/femme	MICS 6 2018-2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	28	MICS 6 2018-2019
Taux de mortalité infantile pour 1000 enfants < 5 ans	116	MICS6 2018-2019
Ratio de mortalité maternelle (pour 100,000 naissances vivantes)	882	UNICEF, 2020
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans	2,7% en 2021	ONUSIDA, 2021
Couverture en BCG chez les enfants de 12- 23 mois	61,3%	MICSS 2018-2019
Nombre de médecins/1000 habitants	7,3 professionnels de santé de base pour 10 000 hbts, dont 0,8 médecins généralistes	L’enquête SARA/HeRAMS 2019

Indicateurs	Niveau	Sources
Nombre d'infirmières et de sage-femmes pour 1000 habitants	2,5 professionnels de soins infirmiers, 1,6 professionnels de soins obstétricaux	L'enquête SARA/HeRAMS 2019
Ratios professionnels de soins obstétricaux/10000	1.6 professionnels de soins obstétricaux/10.000	L'enquête SARA/HeRAMS 2019
Taux d'alphabétisation chez les > 15 ans entre 2016-2018	58,9%	MICS6 2018-2019
Rang selon l'Indice de développement humain (IDH)	188 ème sur 191 (0,404)	(Rapport PNUD) pays en 2021-2022
Incidence de la pauvreté multidimensionnel	80,4%	(Rapport PNUD) pays en 2021-2022

3.1.9. Financement des services de santé et des services contre la tuberculose

Les principales sources de financement de la santé sont de trois types à savoir le budget de l'état , le financement extérieur et le paiement par les patients.

- Le paiement par les patients : Le financement de la santé est assuré entre autres à travers le recouvrement de coûts instauré en 1994, par l'achat des médicaments, les consultations, les actes et les hospitalisations. Le financement des soins de santé dépend des contributions des ménages au-delà de 20% (payements directs aux prestataires), dont la capacité de payer a été fortement affectée par la crise sécuritaire et socio-économique. Le processus de l'étude sur l'évaluation des coûts catastrophiques pour la TB est en cours et pourra mieux renseigner sur la situation en RCA.
 - Le financement extérieur : Le pays reste fortement dépendant de l'aide extérieure. L'initiative du Financement Basé sur les Résultats (FBR) soutenue par la Banque Mondiale contribue également à travers le Projet d'Appui au Système de Santé (PASS) pour un coût variant de 3 à 5,5 dollars/habitant dans la zone du projet en vue (i) d'accroître l'utilisation et l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les zones rurales ciblées ; (ii) assurer les soins de santé d'urgence aux populations.
- Le Financement de la lutte TB dépend essentiellement des contributions extérieures. Le principal bailleur de la lutte contre la tuberculose est le Fonds Mondial et l'OMS. Le financement domestique bien qu'ayant triplé en 2018 par rapport à 2017 est resté presque stable jusqu'actuellement et très en deçà de la contribution des bailleurs de fonds internationaux. La forte dépendance de l'aide extérieure est un facteur défavorable aux interventions de lutte antituberculeuse en RCA, d'autant plus que ce financement international connaît des fluctuations importantes.
- Le budget de l'état pour la lutte comprend les ressources humaines, les infrastructures et l'existence d'une ligne budgétaire pour l'achat des médicaments antituberculeux (40 millions par année). Dans le rapport mondial de l'OMS 2022, le financement total de la TB pour l'année 2020 était d'environ 2,2 million de dollars dont 32% représente le financement interne.

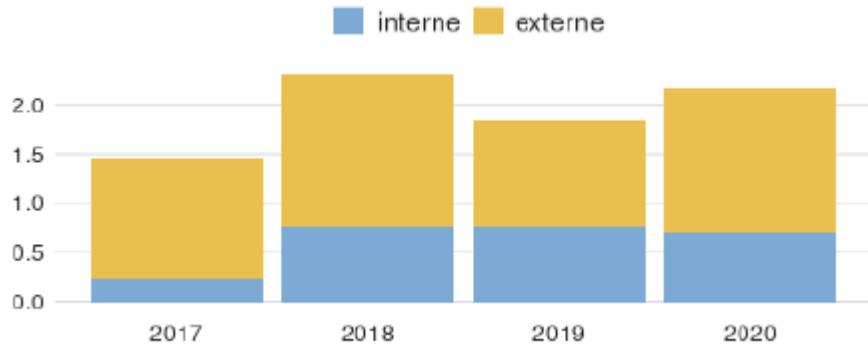


Figure 6. Financement de la lutte contre la tuberculose, RCA (millions de dollars américains)

Source : Rapport OMS, 2022.

3.1.10. Infrastructure et technologies de la santé

Infrastructure matérielle

La couverture du pays en infrastructures sanitaires reste globalement insuffisante avec des disparités et une répartition inégale aussi bien entre les régions sanitaires et à l'intérieur des régions. Elle est caractérisée par une vétusté des établissements de soins et des équipements qui datent de la période coloniale. La plupart de ces établissements ne répondent pas aux normes pour combattre les infections transmises par voie aérienne. Néanmoins, certains établissements essaient de s'organiser pour prendre des dispositions pratiques pour séparer les cas connus ou présumés de maladies infectieuses.

Dans le cadre du contrôle de la tuberculose et autres maladies respiratoires, notamment la COVID-19, les structures de santé devraient mettre en place des mesures administratives de contrôle. Ces mesures comportent le triage des patients, la circulation des patients/accompagnants/visiteurs, l'isolement des patients hospitalisés et la formation du personnel. Dans presque toutes les structures publiques, ces mesures ne sont pas prises excepté le centre de prise en charge de la TB_MR. Le PNLT a élaboré un plan de contrôle de la tuberculose dans les établissements de santé, incluant les mesures administratives. Mais ce document n'est pas vulgarisé et les mesures administratives ne sont pas matérialisées par un texte officiel. En dehors des structures publiques, plusieurs structures confessionnelles ou appuyées par des ONG internationales offrent des soins à la population. A ce jour, le programme n'est pas en mesure de savoir si les mesures administratives sont observées dans structures.

Réseau de diagnostic de la tuberculose

A l'instar de la pyramide sanitaire, il existe en RCA des services de laboratoire à différents niveaux. Le rapport HeRAMS 2022 indique que le pays compte 1024 structures de santé fonctionnelles. L'offre pour la prestation de service de laboratoire de base est disponible dans les structures de santé entre 26 et 50%. L'offre de la microscopie générale est disponible dans moins de 25% des structures de santé dans les RS 1, 3, 4 et 5 ; et entre 51 et 75% dans la Région Sanitaire 7.

Le programme s'appuie sur 91 structures sanitaires dont 85 Centres de Diagnostic et traitement TB(CDT), 4 Centres de Traitement (CT) et 2 centres de diagnostic (CD) à savoir le laboratoire national de santé publique et de biologie clinique et le LNR). La figure ci-dessous présente la répartition des CDT. Officiellement le PNLT compte 5 centres de prise (PEC) TBMR. Avec la disponibilité des appareils GeneXpert, là où un cas de TBMR est diagnostiqué, les kits des traitements de seconde ligne sont envoyés pour faciliter la prise en charge sur place et un briefing est fait à l'agent responsable du suivi du traitement. A ce jour 14 sites font la PEC TBMR. Le PNLT prévoit de faire une évaluation et un renforcement de capacités de ces structures dans le cadre de la décentralisation de la PEC TBMR et la mise à échelle du schéma court entièrement oral.

Le réseau des laboratoires a été créé par Arrêté ministériel N° 128 / MSPP/ CAB / DGSA/ SR du 3 Aout 2001. Ce réseau de laboratoire devrait prendre en compte le réseau des laboratoires de médecine animale dans le cadre de "ONE HEALTH". Malheureusement le réseau éprouve des difficultés à se mettre en place par manque de leadership et de ressources financières. Ce qui a pour conséquence la faible coordination et échanges entre les laboratoires.

Le laboratoire de l'Institut Pasteur de Bangui est le laboratoire National de référence de mycobactéries pour la culture, l'identification, l'antibiogramme (ATB) des mycobactéries. Il est responsable de la surveillance de résistances aux antituberculeux et mène aussi les recherches opérationnelles à l'échelle nationale. Il assure le suivi technique des laboratoires périphériques et la gestion de leurs intrants.

Le LNR est responsable de la surveillance de résistances aux antituberculeux et mène aussi les recherches opérationnelles à l'échelle nationale et le suivi technique des laboratoires périphériques. IL est également responsable de la gestion de leurs intrants. Le système de contrôle de qualité externe (CQE) du LNR pour les tests d'antibiogramme de première ligne est assuré régulièrement par le laboratoire supranational de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers en Belgique. Il existe aussi un système de contrôle de qualité externe de microscopie pour le LNR assuré par le laboratoire supranational de Cotonou.

Le diagnostic de la TB repose sur l'examen microscopique et les tests moléculaires (déttection de la présence d'ADN mycobactéries, tels que le test Xpert MTB/RIF®). Le GeneXpert est actuellement très utilisé et permet en même temps la détection de la résistance des bacilles tuberculeux à la rifampicine. A ce jour, 38 machines GeneXpert ont été installées et couvrent 27 formations sanitaires qui sont réparties dans 20 districts sanitaires de la RCA. Cependant, son utilisation comme test initial de diagnostic de tout cas présumé n'est pas encore effective sur le plan national sauf au niveau du LNR.

Figure 7. Répartition des CDT par districts sanitaires de la RCA

On note une sous-utilisation de ces machines GeneXpert malgré l'indication de son utilisation pour le diagnostic multi maladies (TB, VIH, Covid-19). Il faut noter que le réapprovisionnement irrégulier en cartouches GeneXpert occasionne les ruptures répétées, participant ainsi à la faible notification des cas. Il faudra souligner l'inexistence du circuit formel de transport des échantillons de crachats ce qui limite en partie l'offre ses soins TB.

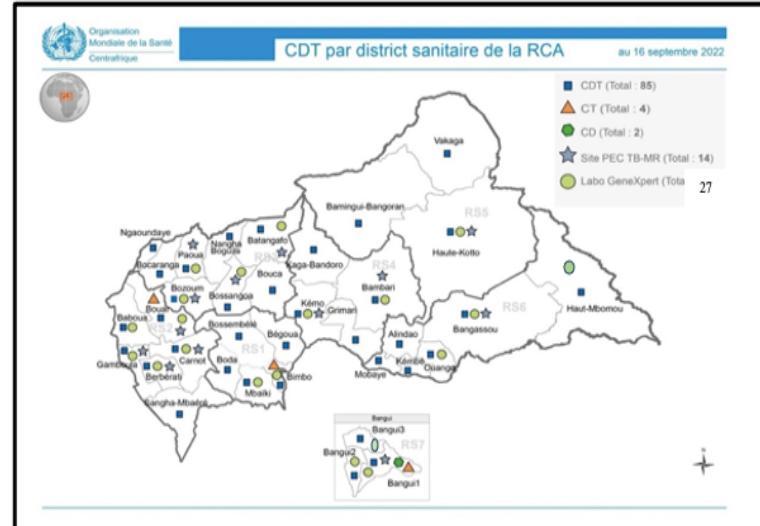


Tableau 8. Cartographie de GeneXpert dans le pays (mars 2023)

Région sanitaire (RS)	Districts sanitaires	Formations sanitaires abritant les machines	Nombre de machines déjà installées et fonctionnelles	Nombre de modules	Sources des machines
RS 1	Mbaïki	Hôpital Secondaire de Mongoumba	1	GX 4	Fonds mondial
	Bimbo	CHU Maman Elizabeth Domitien	1	GX 4	Fonds mondial
RS 2	Bouar Baoro	Hôpital Privée confessionnel de Saint Michel	1	GX 2	Fonds Propres
			1	GX 4	UNICEF
	Berberati	Hôpital de District de Bouar	1	GX 4	Fonds BAD via OMS
			1	GX 4	MSF Suisse
			1	GX 4	Fonds Mondial (Tuberculose)
	Baboua Abba	Hôpital de Cantonnier	1	GX 4	Fonds BAD via OMS
	Carnot-Gadzi	Hôpital de Carnot	1	GX4	UNICEF
	Gamboula	Hôpital de District de Gamboula	1	GX 4	Fonds BAD via OMS
RS 3	Bossangoa	Hôpital Régional Universitaire de Bossangoa	1	GX 4	MSF
			1	GX 4	UNICEF
	Batangafo	Hôpital de District de Batangafo	1	GX 4	MSF Espagne
	Paoua	Hôpital de District de Paoua	1	GX 4	OMS
	Bozoum	Hôpital de District de Bozoum	1	GX 4	Fonds Russes via OMS
	Bossempété	Hôpital privé catholique St Jean-Paul II	2	GX 4	Fonds propres
RS 4	Bambari	Hôpital régional de Bambari	1	GX 4	Fonds mondial
	Kémo	Hôpital de District de Sibut	1	GX 4	Fonds Russes via OMS
RS 5	Haute-Kotto	Hôpital Régional Universitaire de Bria	1	GX 4	Fonds BAD via OMS
RS 6	Bangassou	Hôpital Régional de Bangassou	1	GX 4	MSF Hollande
	Zémio	Hôpital de district de Zémio	1	GX 4	MSF Hollande
	Ouango-Gambo	Hôpital de district de Ouango-Bangassou	1	GX 4	Fonds mondial
RS 7	Bangui I	Institut Pasteur de Bangui	1	GX 4	Projet OFID, Institut Pasteur Paris
			1	GX 4	OMS (virologie)
			2	GX 16	Fonds propres (Laboratoire)
			1	GX 4	Fonds propres (Laboratoire)
	Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique	CNRISTTAR	1	16	Fonds mondial
			2	GX 4	Fonds mondial
			1	GX 4	Fonds mondial
			1	GX4	UNICEF
			1	GX 4	Fonds privés
	Centre de santé des Castors	Centre de Santé Mama Carla	1	GX 4	UNICEF
		Centre de santé des Castors	1	GX 4	UNICEF
		Complexe Pédiatrique de Bangui	1	GX 4	UNICEF
	Bangui II	Centre Hospitalier Universitaire Commu.	1	GX 4	MSF Belgique
	Bangui III	CHU de l'Amitié Sino-Centrafricaine	1	GX 4	UNICEF
TOTAL RCA	20 DISTRICTS	27 FOSA	38		

La radiographie du thorax standard ou digitale occupe une place prépondérante dans la démarche diagnostique de la tuberculose. Elle contribue à une prise de décision chez les enfants ; les PVVIH dont la majeure partie a des frottis négatifs ; en cas de séquelles post TB responsables de plaintes respiratoires persistantes et également pour un diagnostic différentiel avec d'autres pathologies respiratoires (Guide de PEC TB adulte édition 2016).

L'offre des services de radiologie n'est pas disponible dans toutes les régions sanitaires (moins de 25% des structures de santé). On compte pour tout le pays 5 unités de radiologie. La radiographie ne peut être réalisée partout en raison de sa faible disponibilité et de son coût étant donné qu'elle n'est pas subventionnée. Mais là où la radiographie est disponible, il est recommandé comme outil de diagnostic TB en plus de la microscopie et du test Xpert MTB/RIF®. Il faudra également souligner l'absence d'un plan de maintenance préventive et curative.

Technologies sanitaires

- Le LNBCSP a bénéficié de quatre automates Genexpert au cours des deux dernières années sur son plateau technique sur financement du Fonds Mondial : Un de 16 modules et 3 de 4 modules.
- Le LNR devait voir renforcer son plateau technique par la dotation de l'appareil MGIT 960 pour la culture et la résistance en milieu liquide, acheté sur le financement du Fonds Mondial. Malheureusement cet automate était stocké dans l'entrepôt UCM-PAM incendié en 12/2022. Seul le LNR dispose des équipements pour la culture et les tests de sensibilité sur les milieux solides de LOWEN STEIN JENSEN, les tests de sonde linéaire ou HAIN test 1ère et de 2ème ligne. Le TB lame est également utilisé pour la détection urinaire de la TB.

3.2. Système de surveillance de la tuberculose

3.2.1. La Collecte des données

Dans le cadre de la redynamisation du Système National d'Information Sanitaire, le Ministère de la santé et ses partenaires ont développé un Plan Stratégique de Renforcement du SNIS 2017-2021 assortie d'une feuille de route de revitalisation du SNIS. Des documents de normes et directives du SNIS décrivant les outils, le circuit de collecte et la transmission de données à tous les niveaux ont été élaborés. Les données de la TB sont transmises chaque trimestre des laboratoires, des centres de traitement de la tuberculose et des formations sanitaires au programme (niveau central) avec copie au DS, sous format papier (Rapport trimestriel) avec des répercussions négatives sur la promptitude et la disponibilité des informations (taux de disponibilité 2020, 2021 respectivement de 98% et 94% : source SNIS). Cette situation ne permet pas aux DS et RS de jouer pleinement leur rôle dans la validation et contrôle qualité des données. Le manuel des normes et procédures de gestion du SNIS qui précise le circuit de transmission des données et les responsabilités de chaque niveau de la pyramide validé en 2021 n'est pas encore vulgarisé.

Le dispositif d'assurance qualité des données (réunions de validation et évaluation de la qualité des données, DQS, revue documentaire, DQR...) n'est pas régulièrement mis en œuvre. Le suivi en routine des cas de TB_MR se fait mensuellement à travers le rapport d'activités des CDT.

Les données ne sont pas suffisamment utilisées pour action. Ceci est dû à l'insuffisance de suivi et parfois au manque d'appropriation par les acteurs à tous les niveaux.

Le PNLT utilise encore une base de données Excel pour la compilation centralisée des données de la lutte. Cependant des actions sont en cours pour la saisie des données trimestrielles agrégées des CDT dans le DHIS2 afin de faciliter l'analyse des résultats. Mais la disponibilité en connexion internet dans les CDT et les bases des districts reste un défi énorme. A ce jour, 19 des 35 bureaux des DS sont dotés en connexion internet (Fly-Box). Il est aussi prévu sur financement du FM l'acquisition et l'installation des 22 kits VSAT dans les bases des districts restants. Le financement de la connexion est prévu seulement pour 9 mois à compter d'octobre 2022. Il y'a lieu de prévoir un financement conséquent pour le rechargeement des kits internet.

Dans les CDT prioritaires, une expérience pilote sera menée pour l'identification, la localisation et le suivi des cas de TBMR, au moyen d'une solution numérique sous forme de tracker.

Mais régulièrement pour s'assurer de la qualité des données transmises par les CDT, le PNLT, le SNIS et le PR organisent des sessions de collecte active et de validation des données avec les responsables des CDT de manière semestrielle.

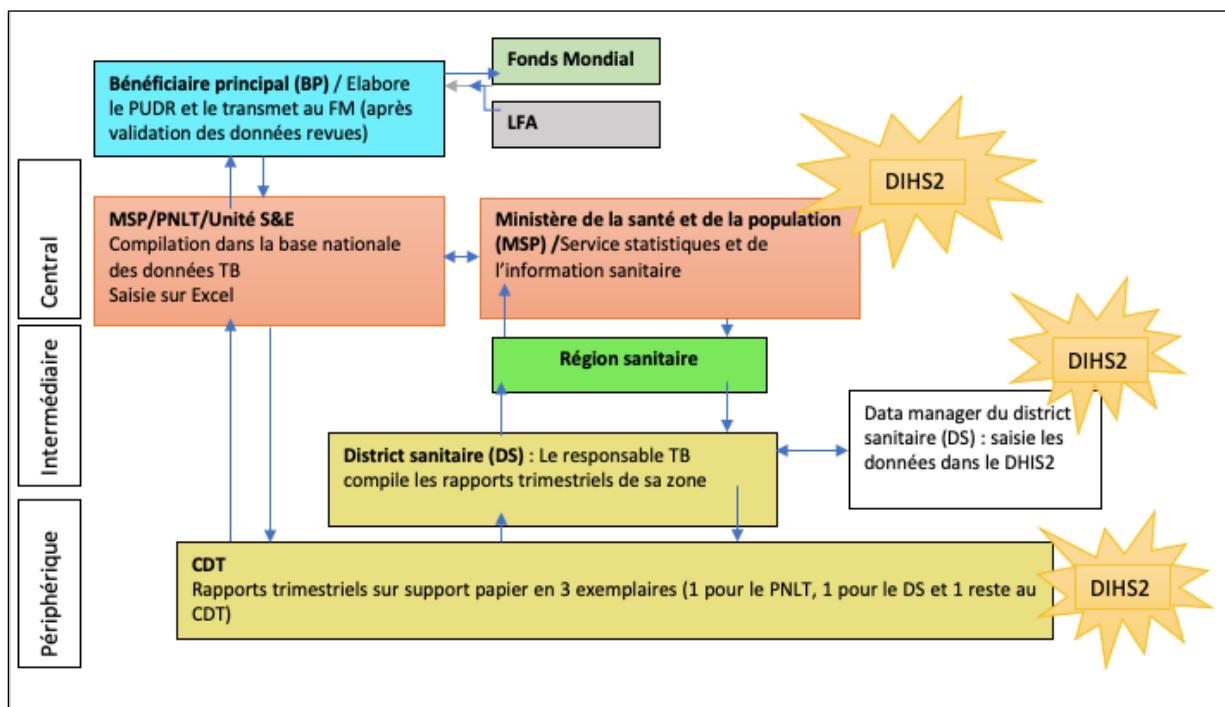


Figure 8. Circuit des données avec prise en compte du DHIS2

3.2.2. La supervision

Il est prévu les supervisions à tous les niveaux pour s'assurer de l'exécution des activités selon les normes du programme. Les équipes cadres de districts supervisent au moins une fois par trimestre les responsables des CDT, unité décentralisée, laboratoire, dépôt de district et les acteurs communautaires. Les équipes cadres des régions supervisent au moins une fois par trimestre les

équipes cadres du district et le niveau central une fois tous les semestres les équipes cadres des régions et quelques CDT. Mais dans la faisabilité on observe des dysfonctionnements à tous les niveaux dans la mise en œuvre de la supervision. Depuis deux ans, il n'y'a pas eu de supervision du niveau central et la mise en œuvre des supervisions décentralisées posent problème.

3.2.3. Revues

Au cours de la mise en œuvre du précédent PSN, une seule revue a été organisée au niveau central pour analyser, valider les données de la lutte contre la tuberculose et partager les expériences positives. Par contre au niveau décentralisé, aucune revue n'a été tenue.

3.2.4. Observatoire National de Santé

L'Observatoire National de Santé (ONS) n'est toujours pas fonctionnel. Les données de l'état civil sur les naissances et les décès ne sont pas triangulés avec celles des services de santé.

3.2.5. Surveillance de la Tuberculose.

La surveillance de l'évolution de la maladie repose sur la notification des cas à travers les données de routine (rapport trimestriel) des centres de dépistage et de traitement. La surveillance de la TB_MR repose sur la surveillance de la résistance aux antituberculeux au niveau du laboratoire de référence. Le système de surveillance de la pharmacovigilance n'a pas été encore mis en place.

3.3. Protection sociale (PS)

La protection sociale contribue à réduire la vulnérabilité, les risques sociaux et économiques, et d'atténuer la pauvreté. La TB est définie comme une maladie à caractère social et étroitement liée à la pauvreté.

En RCA, il n'y'a pas encore de couverture de santé universelle, ce qui pourrait entraîner des coûts catastrophiques importants. Le processus de l'enquête sur les coûts catastrophiques est en cours avec l'appui des partenaires. Elle est une priorité gouvernementale mais ne dispose pas encore d'un cadre politique de référence. La protection sociale non contributive est sous-financée et dépend largement de l'aide extérieure. La protection sociale contributive est réduite à la CNSS, qui ne répond que partiellement aux besoins d'un nombre limité de bénéficiaires. La protection sociale souffre d'un déficit de coordination et de suivi/évaluation. Peu de services de protection sociale ciblent les PVVIH et patients TB. On note une insuffisance de communication et d'innovation de la PS. Il est nécessaire de faire la réforme du système de protection sociale ; d'améliorer la sensibilité et l'accessibilité globales du système de protection sociale vis-à-vis du VIH et la TB. L'extension du système de protection sociale en santé et hors santé est recommandée pour améliorer la couverture. Il est nécessaire de garantir l'accès au dépistage TB/VIH, à la prise en charge, à la charge virale et aussi à la prise en compte des personnes privées de liberté.

3.4. Recherche et innovation

Le pays dispose d'un cadre institutionnel pour les études et recherches en santé au sein du Ministère de la Santé et de la Population (Direction de la recherche, des Etudes et de la Planification). Un arrêté

du Ministre en charge de la santé a mis en place un comité intersectoriel pour la conduite de projets de recherche et des études. Ce comité regroupe, le MSP, l’Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Économiques (ICASEES), l’Institut Pasteur de Bangui et l’Université. Le comité se réuni sur invitation du Ministre en charge de la santé pour la validation de tout projet de recherche en santé. Ensuite une demande d’obtention de clairance éthique est adressée au comité scientifique. Dans le cadre la lutte contre la Tuberculose quelques études ont été menées, notamment l’étude sur le protocole SHORRT(Short, all-Oral Regimens for Rifampicin-resistant Tuberculosis) de la prise en charge de la TB-MR, l’enquête CAP Paludisme, VIH et TB. Certaines études sont en cours de réalisation comme l’étude sur les perdus de vue et l’étude sur les coûts catastrophiques liés à la Tuberculose avec l’appui du Fonds mondial et de l’OMS. A cela s’ajoute l’étude sur l’évaluation coût-efficacité de l’enquête d’entourage de patients TB avec l’appui de l’OMS TDR et de L’Union.

4. EPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

4.1. Incidence et notification de la tuberculose en RCA

Le taux d'incidence de la tuberculose en RCA a été estimé par l'OMS à 540 (349-771) cas pour 100000 habitants en 2021(données : www.who.int/tb/data). Ce taux d'incidence est très élevé au cours de ces dernières années. L'incidence estimée par l'OMS est représentée par la ligne Bleue et la notification des cas par le PNLT est représentée par la ligne rouge pour la période de 2000 – 2021. La figure ci-dessous montre l'écart entre le taux d'incidence estimé et le taux de notification des cas de TB (nouveaux cas et rechutes). Le graphique suivant met en évidence l'écart à combler entre l'incidence estimée et la notification des cas de 2021.

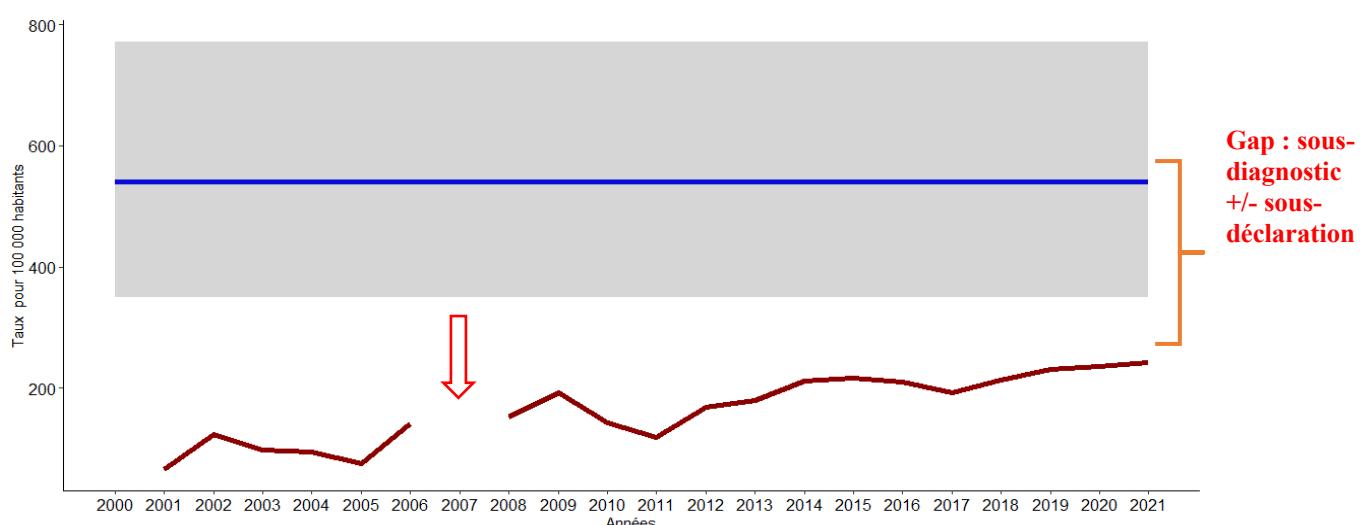


Figure 9. Taux d'incidence (ligne bleue, estimations OMS), taux de notification (ligne rouge, PNLT) des cas de tuberculose, RCA, 2000-2021.

L'incidence des cas de TB est estimée à 29 000 (19 000-42 000) dans le rapport mondial de l'OMS 2021 alors que le pays a notifié 13 216 cas de TB. Il y'a un gap de 15784 cas de tuberculose soit environ 54% de cas de TB qui n'ont pas été dépistés en 2021.

Le nombre de cas et le taux de notification des nouveaux cas et rechutes connaissent une évolution croissante mais le gap entre les cas attendus et cas détectés demeure important. Ceci démontre bien un faible dépistage des cas qui pourrait s'expliquer par (i) une sous déclaration (cas diagnostiqués qui décèdent avant le traitement, cas diagnostiqués qui ne débutent pas le traitement ou non notifiés...) et (ii) un sous diagnostic (dans les populations défavorisées, la population habitant à plus de 10km d'un CS, les malades non dépistés dans l'entourage d'un cas, certaines populations vulnérables dont les Détenus, les peulhs, les pygmées, etc.).

4.2. Distribution temporelle et géographique des cas TB notifiés

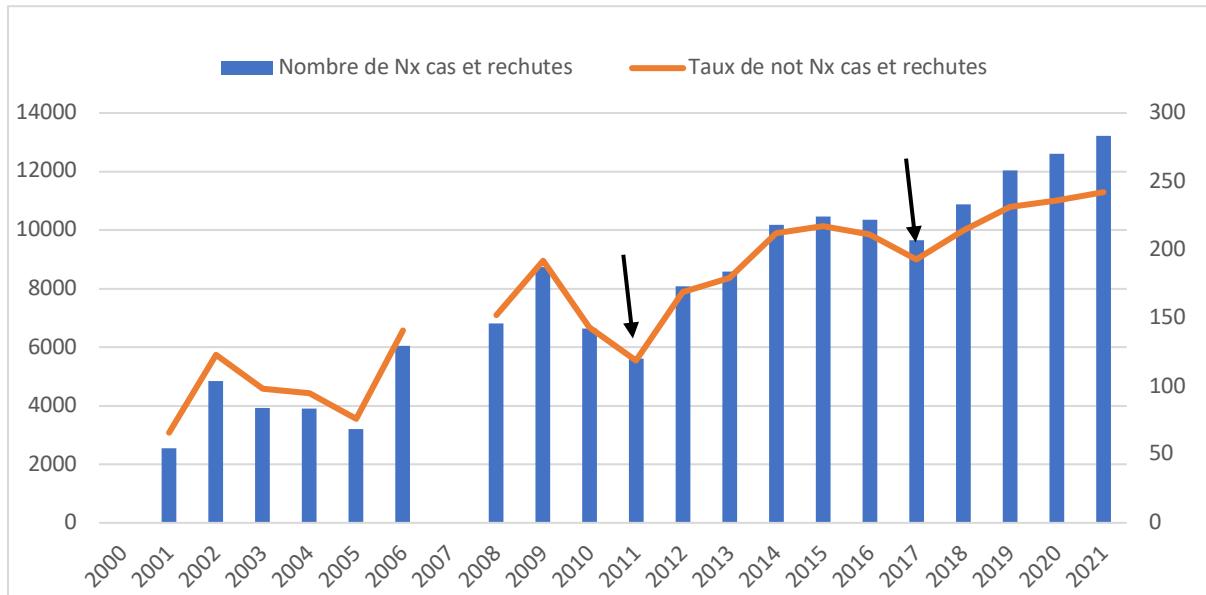


Figure 10. Taux de notification (ligne orange) et nombre de nouveaux cas et rechutes déclarés (barres bleues), RCA, 2000-2021 (source : base OMS)

Après une période de forte fluctuation, entre 2000 et 2011, le nombre de nouveaux cas et rechutes de tuberculose notifiés a connu une tendance générale à la hausse entre 2011 et 2021 avec une légère baisse de 2015 à 2017. Ainsi au cours de la dernière décennie, le nombre de cas déclarés a augmenté de 135% (5611 en 2011 vs 13216 nouveau cas et rechutes en 2021), entraînant une évolution sensible du taux de notification des nouveaux cas et rechutes qui est passé de 66 en 2001 à 242 pour 100 000 habitants en 2021.

L'analyse des écarts de notification par région permet de comprendre qu'il y'a une forte disparité dans le nombre de cas TB notifiés et dans les taux de notification des nouveaux cas et rechutes. En effet, le nombre de cas varie de 352 pour la RS5 à 6235 pour la RS7 qui a notifié à elle seule près de la moitié des cas déclarés en 2021 (48% de l'ensemble des cas). Elle est suivie des régions RS2 et RS1 avec respectivement 1942 et 1810 cas notifiés. Ce qui s'est traduit par une variation importante des taux de notification de 81 cas / 100 000 habitants dans la RS6 à 657 cas / 100 000 dans la RS7. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation : Les régions RS1, RS2 et RS7 se situent dans la zone de sécurité avec plus d'offre de diagnostic et de soins, un meilleur accès aux soins pour la population et plus de facilité pour la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose. Notons que la Région 7 (ou la capitale Bangui) est la seule qui a atteint et a dépassé sa notification pour des raisons citées ci-dessus.

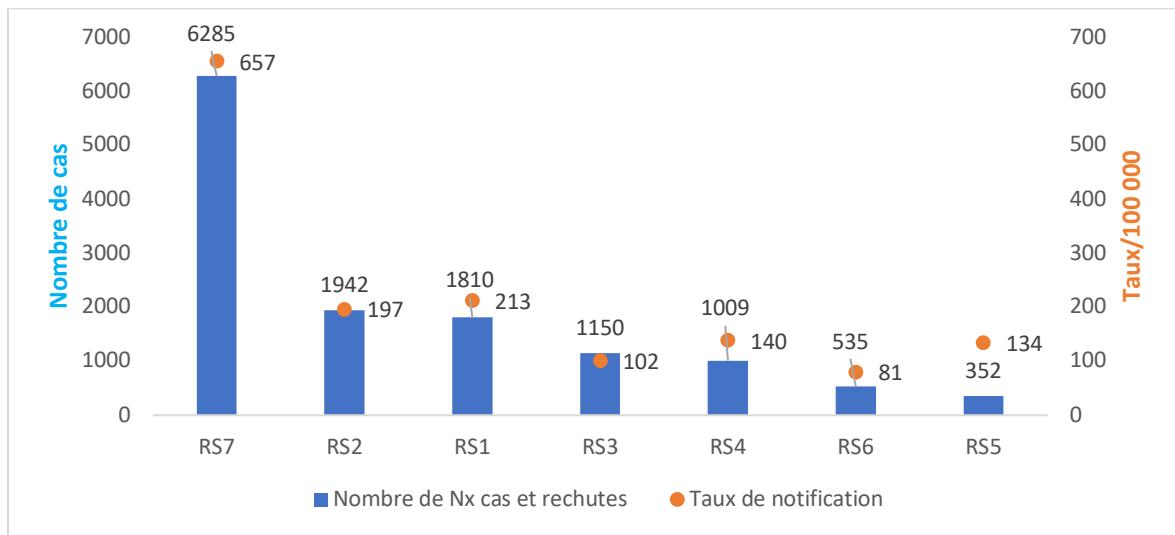


Figure 11. Répartition du taux de notification et nombre de nouveaux cas et rechutes de tuberculose par région sanitaire, RCA, 2021.

La variation du taux de notification entre les différentes régions s'expliquerait également par une grande différence du taux d'urbanisation entre les différentes régions avec des taux plus élevés dans les régions se situant dans la zone de sécurité (figure 6 ci-dessous).

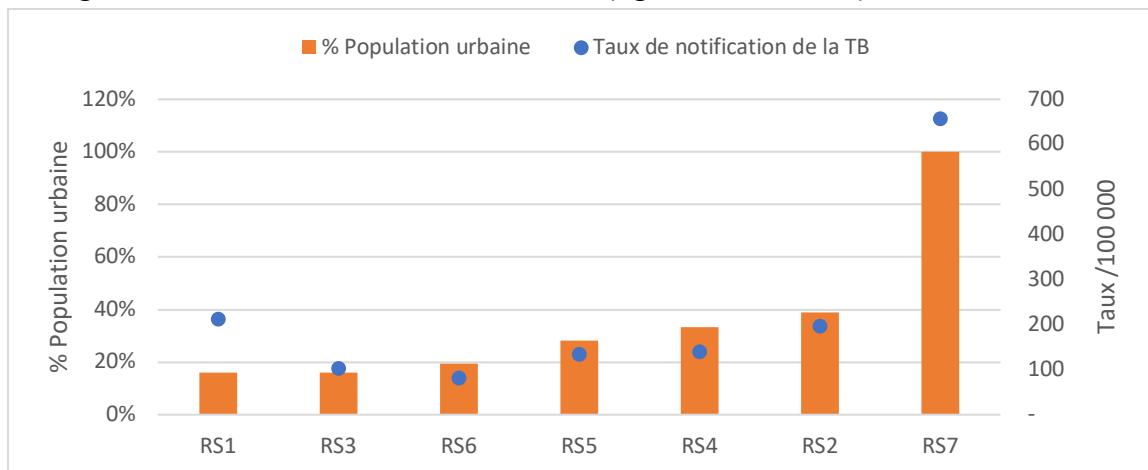


Figure 12. Pourcentage de population urbaine et du taux de notification des nouveaux cas et rechutes, 2021

L'analyse du taux de notification à l'échelon district (Figures 7a et 7b) montre une grande disparité avec des taux très élevés dans les trois districts de Bangui atteignant même 1240 cas pour 100 000 hbts pour le district de Bangui1. Ce taux très élevé pour le district de Bangui 1 expliquerait en partie une sous-estimation de la population desservie par les formations sanitaires de ce district. En effet, tous les établissements de référence pour l'offre de diagnostic et de traitement se trouvent dans ce district. Les taux les plus faibles sont enregistrés au niveau des districts de Kémo et Nangha-Bouila avec respectivement 12 et 36 cas pour 100 000 hbts. Tous les districts qui notifient moins de 100 cas pour 100 000 hbts se trouvent dans la zone d'insécurité à part deux districts de la RS 2, Baboua et Berberati avec des taux de notification respectivement de 66 et de 93 cas pour 100 000 habitants.

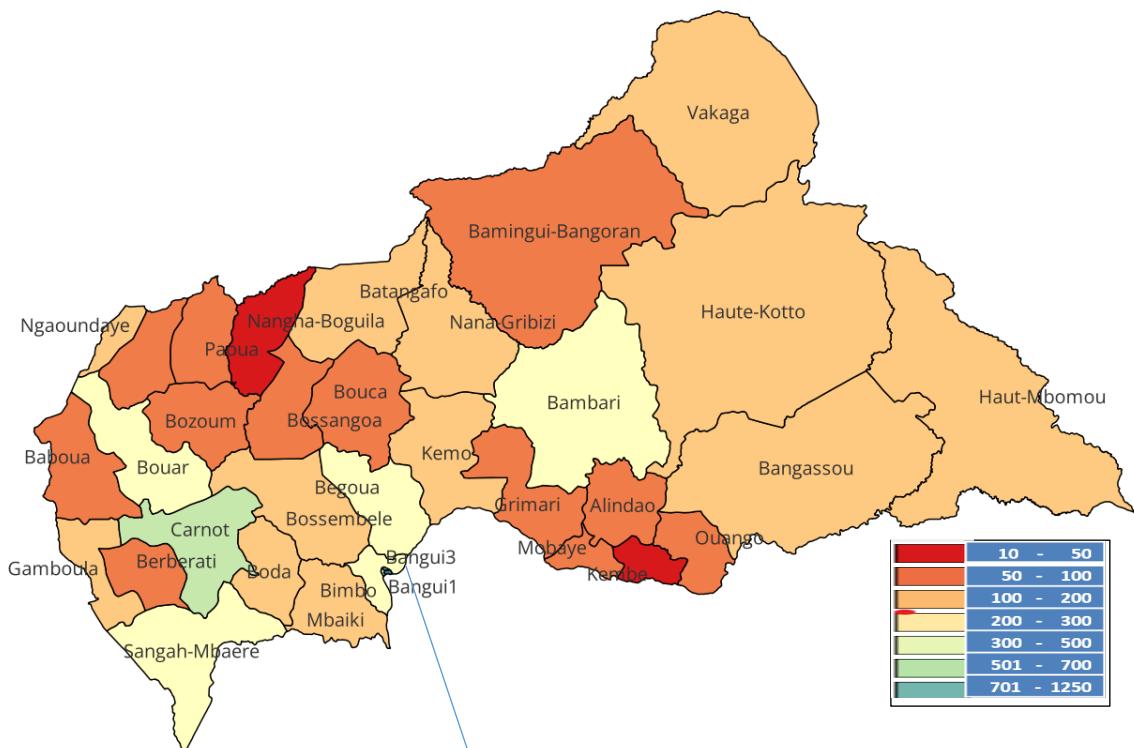


Figure 13a. Répartition du taux de notification des nouveaux cas et rechutes par DISTRICT, 2021

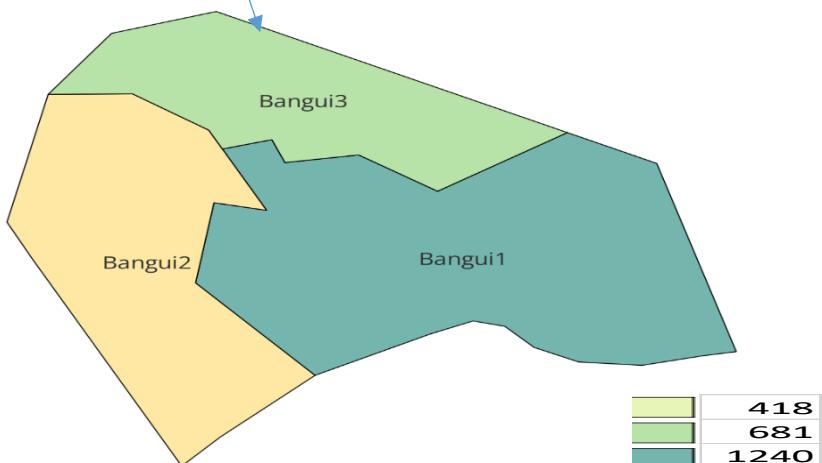


Figure 13b. Répartition du taux de notification des nouveaux cas et rechutes pour les trois districts de Bangui, 2021

Entre 2000 et 2021, quel que soit la forme clinique considérée, le nombre de cas connaît une tendance générale à la hausse avec cependant des variations notables pour les formes pulmonaires. L'évolution des formes extra pulmonaires semble plus constante avec très peu de cas notifiés au début des années 2000 pour passer à 2602 cas en 2021, soit 20% de l'ensemble des cas.

Il existe des disparités entre les districts sanitaires en termes de notification des cas de tuberculose. En effet, les taux de notification les plus élevés ont été enregistrés dans les districts sanitaires de Bangui (I, II, II). On note également une forte concentration de la population au niveau de ces zones.

4.3. Proportion des cas TB déclarés par forme clinique

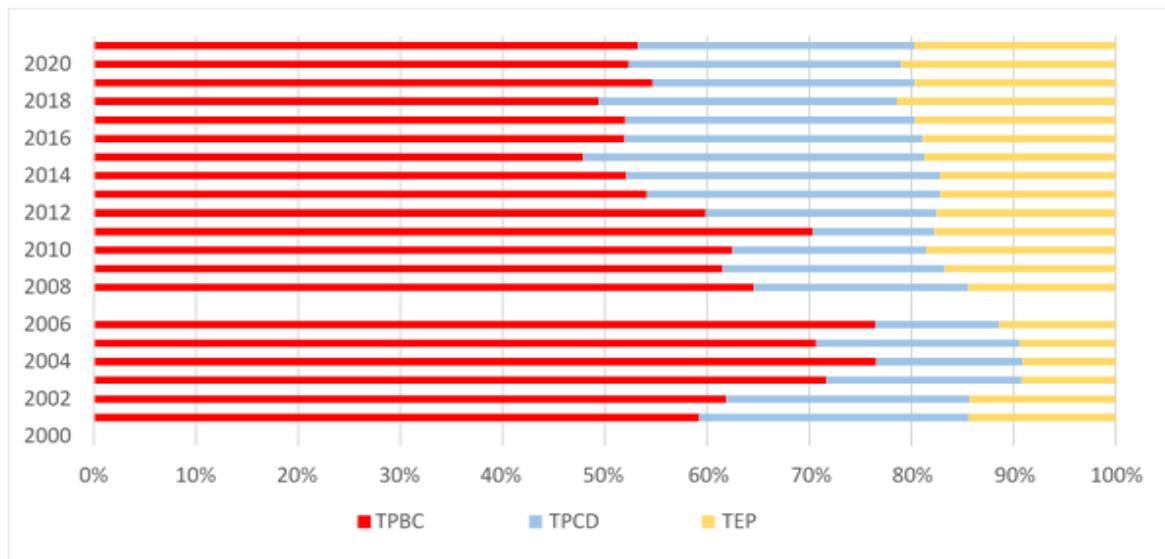


Figure 14. Evolution des formes cliniques TB parmi les nouveaux cas en pourcentage relatif, RCA 2000-2021

La proportion des formes cliniquement diagnostiquées augmente de manière constante au fil du temps et oscille autour des 50% au cours de la dernière décennie. Plusieurs raisons pourraient expliquer ces observations. i) la baisse de la performance du réseau du laboratoire, ii) implication des spécialistes dans le diagnostic de la tuberculose, iii) prévalence du VIH dans le pays. Mais l'évolution croissante du nombre des cas bactériologiquement confirmés laisse penser que le réseau de laboratoire reste performant même si certains laboratoires de CDT ne serait pas fonctionnel.

4.4. Distribution géographique des formes des cas de tuberculose

Au niveau district et dans la zone de sécurité (RS1, RS2 et RS7) la proportion des cas confirmés est au moins égale à 50% dans 11 districts sur 14, soit 78% et 57% des districts (8/14) présente une proportion des cas confirmés égale au moins à 50%.

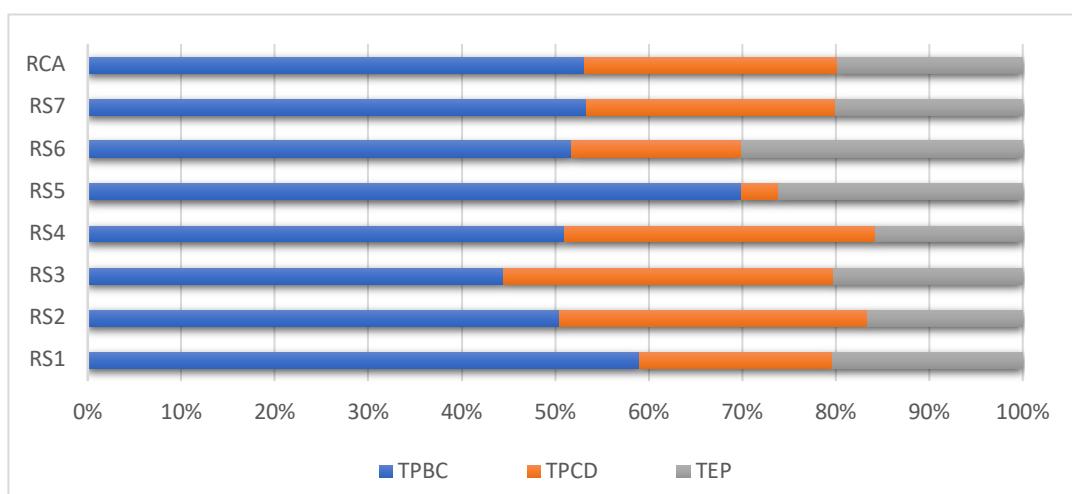


Figure 15. Répartition des formes cliniques de la tuberculose par région, 2021

Cependant, au niveau des districts, la disparité est plus importante avec plus d'un tiers des districts qui présente une proportion des cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmé (TPB+) inférieur à 50% (figure 9). Cette différence pourrait s'expliquer par une offre de diagnostic plus importante au niveau des districts des régions se situant dans la zone de sécurité mais également une faible performance des laboratoires des CDT se situant en dehors de la zone de sécurité et même un problème de qualité de données en raison de l'absence de supervisions depuis deux ans.

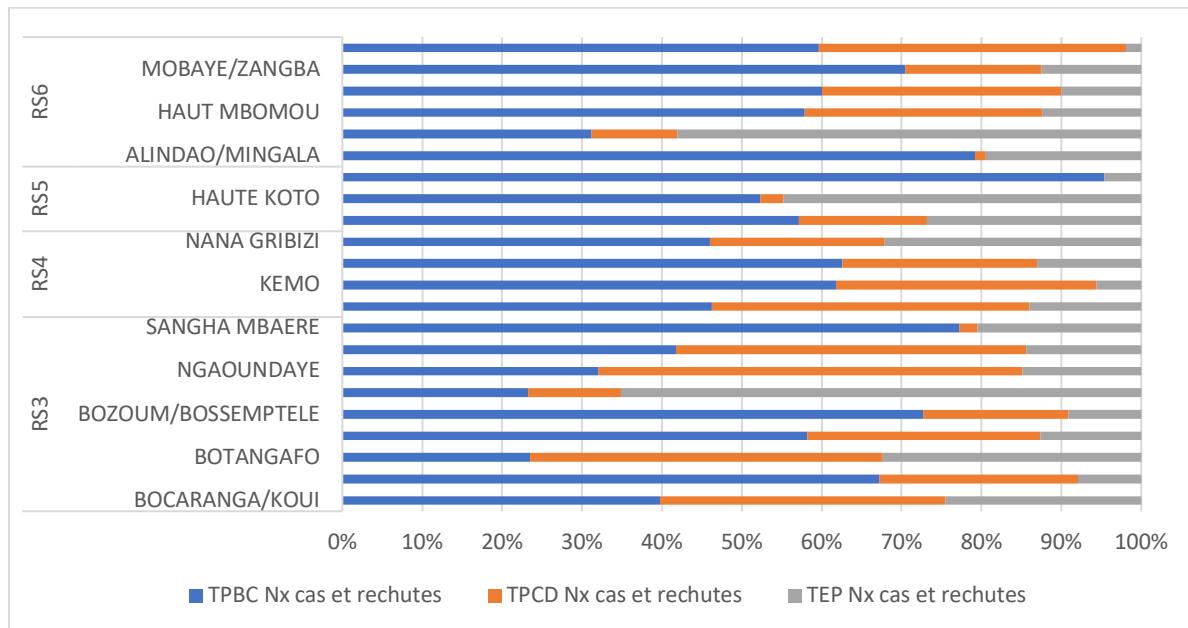


Figure 16. Répartition des formes cliniques de la TB parmi les nouveaux cas par District, RS3–RS4-RS5 et RS6, 2021.

4.5. Répartition des cas de TB par âge et par sexe

En 2021, 60% des cas concernent la tranche d'âge de 25 – 54 ans et 75% des cas âgés de 15 – 54 ans. Les hommes ont un risque de 1,33 fois plus élevé que les femmes. La tranche d'âge la plus atteinte est celle de 25 à 34 ans.

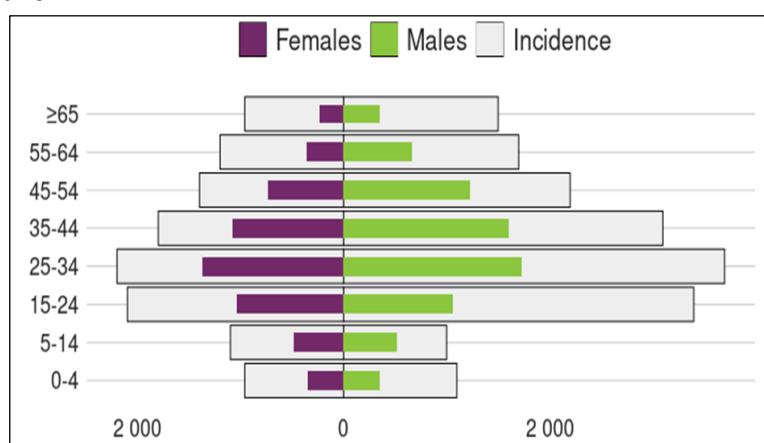


Figure 17. Incidence estimée, cas notifiés par groupe d'âge et sexe, 2021(source : OMS, 2022)

4.6. Tuberculose de l'enfant, adolescent et autres groupes vulnérables

Tuberculose de l'enfant. Les enfants de 0 -14 ans représentaient 13% de l'ensemble des cas de TB, ce qui est dans la fourchette attendue pour les pays à revenu faible et intermédiaire comme la RCA. Cependant le ratio 0-4ans/5-14ans est de 0,7 et très faible par rapport à la norme (1,5 – 3) traduisant un sous diagnostic de la TB chez les enfants âgés de 0 – 4ans. Il faut noter le pays dispose d'un seul centre de référence de prise en charge pédiatrique qui se trouve au niveau de la capitale où se concentre la totalité de pédiatres (15 pédiatres à Bangui en 2023). Au niveau infranational, le pourcentage d'enfant de 0-14 ans varie de façon très importante entre les régions comme le montre la figure ; il est plus élevé pour la RS4 avec 23% et plus bas pour RS7 avec 8% (Revue RCA 2022). Au niveau infranational, le pourcentage d'enfant de 0-14 ans varie de façon très importante entre les régions comme le montre la figure ci-dessous. Il est plus élevé pour la RS4 (23%) et plus bas pour RS7 avec 8%.



Figure 18. Proportion des enfants par régions sanitaires de 0-14 ans, RCA, 2021

L'analyse de l'évolution du pourcentage d'enfants sur les cinq dernières années, de 2017 à 2021 montre une variabilité annuelle importante surtout pour les régions 2,4,5 et 6, ce qui traduit également un problème de cohérence de données.

Au niveau district, le pourcentage d'enfants de 0 – 14 ans varie de façon considérable allant de 2% à Bangui II à 34% à Bangassou (RS6). Un total de 43% des districts présente des pourcentages d'enfants de 0 – 14 ans supérieurs à 15% (borne supérieure de la norme les pays à revenu intermédiaire et faible comme la RCA (Figue ci-dessous). Ces pourcentages élevés d'enfants de 0 – 14 traduirait un problème de management de la TB de l'enfant, d'autant plus que mis à part Bangui 1, tous les districts présentant une proportion élevée d'enfants se situent à l'intérieur du pays où les capacités de diagnostic de la tuberculose de l'enfant sont limitées. Le faible pourcentage noté pour les districts de Bangui 2 et 3 s'expliquerait par la proximité avec le complexe hospitalo-universitaire pédiatrique de Bangui (CHUPB), centre de référence pour la TB de l'enfant, se situant au niveau du

district Bangui 1. La performance du District sanitaire de Bangui 1 pourrait être dû au fait que la plupart des enfants des autres districts périphériques est dépistée au niveau du CDT du CHUPB.

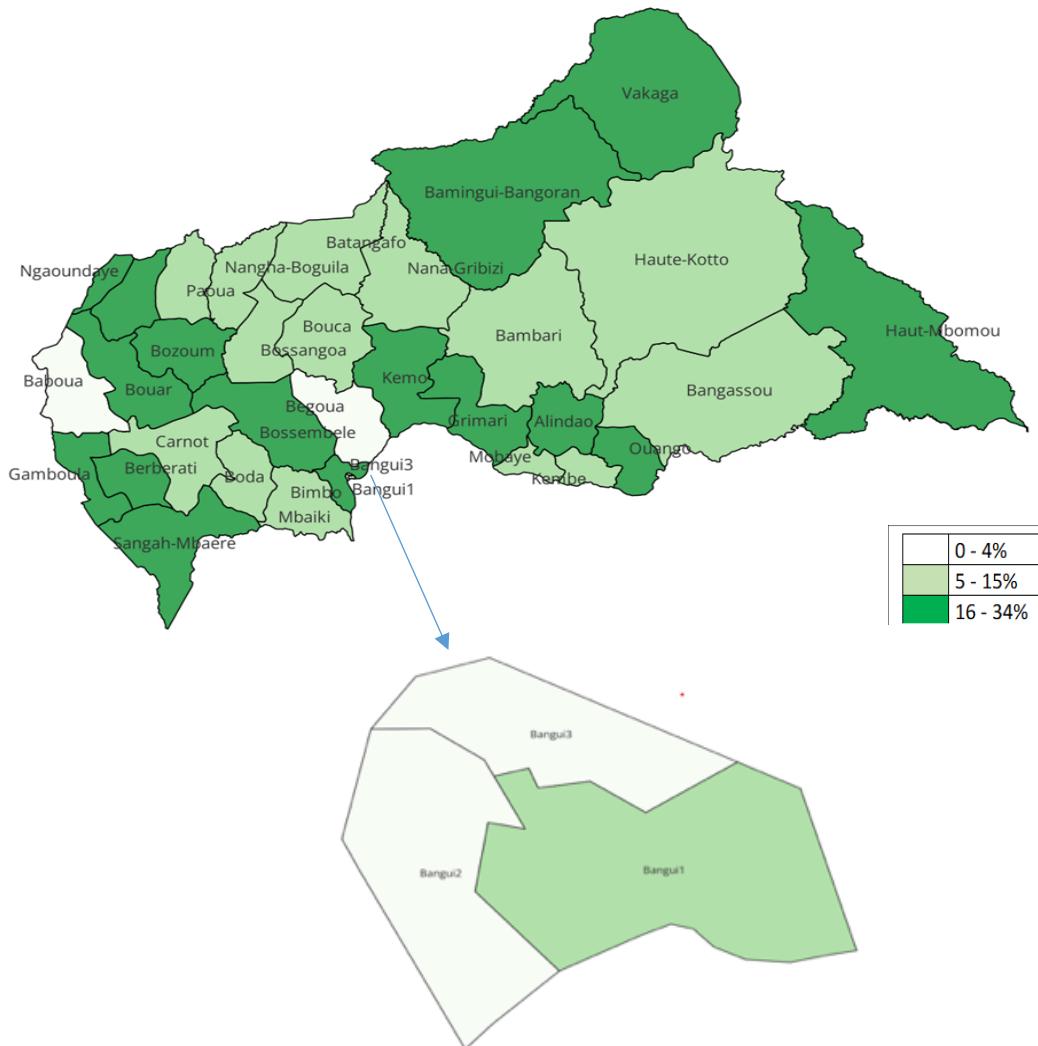


Figure 19. Répartition du % enfants 0 -14 ans par district, 2021

Tuberculose de l'adolescent. Dans le monde, selon les estimations de l'OMS, plus d'un demi-million d'adolescents (de 15 à 19 ans) développeraient une TB/an. Les outils actuels du programme ne permettent pas de ressortir le pourcentage des adolescents de 15 à 19 ans.

Tableau 9. Répartition en pourcentage des cas de TB par tranches d'âge, RCA, 2021 (Revue RCA 2022)

Tranche d'âge	Pourcentage (%)
0 – 4 ans	5%
5 -14 ans	8%
15 – 24 ans	16%
25 – 34 ans	24%
35 – 44 ans	20%
45 – 54 ans	15%
55 – 64 ans	8%
≥ 65 ans	4%

Tuberculose chez les personnes privées de liberté (PPL) : Le PNLT ne dispose pas de données fiables sur l'importance du problème parmi cette population-clé. La population carcérale dans les villes de Bangui et de Bimbo s'élève à 1500 personnes (dont 27 femmes et 29 mineurs), soit plus de 80% de l'ensemble de la population en détention en RCA, répartie dans trois établissements pénitentiaires (la maison centrale de Ngaragba, le quartier pénitentiaire de Camp de Roux et La maison d'arrêt et de correction pour femmes de Bimbo). Le dépistage de la TB chez les personnes privées de liberté (PPL) entrants n'est pas encore systématique dans toutes les maisons carcérales.

Une campagne de dépistage intégré de la tuberculose, du VIH et la Covid-19 a été réalisée par le PNLT et ses partenaires dans la maison carcérale de Ngaragba dans le District Bangui 1 (région sanitaire N°7). Ce qui a permis d'avoir une idée sur la situation des maladies ciblées chez les PPL de Ngaragba. Sur les 1349 PPL de Ngaragba, 1002 ont été screenées pour la TB. Au total 35 PPL (3%) sont diagnostiqués positifs (TPB+) par le GeneXpert dont 9 cas de TBMR (PNLT rapport Juin-Juillet 2022).

Tuberculose chez les migrants, les retournés, les réfugiés et les déplacés internes. Les crises sécuritaires ont eu pour répercussions des mouvements massifs des populations réfugiées et déplacées. Ces populations qui vivent dans des conditions de promiscuité et d'hygiène précaire sont en général très vulnérables et victimes de nombreuses maladies dont la tuberculose. Selon les données de OCHA du 30 novembre 2022 on dénombre plus de 518000 personnes déplacées internes dans le pays au niveau de 81 sites, reparties dans 10 (dix) préfectures. Un total de 146000 sont dans les sites de déplacés et 362000 sont dans les familles d'accueil (Source OCHA-Dashbord-TRIM3-2022-FR).

Tuberculose chez les miniers. Le programme ne dispose pas d'informations sur les cas de tuberculose dans les mines et dans les environnements miniers toutefois ce type population spéciale représente un danger pour le programme de lutte contre la tuberculose à cause de leur mobilité et inaccessibilité aux services de soins.

4.7. Facteurs favorisants

Les principaux déterminants des cas de la tuberculose pour la RCA sont par ordre de priorité : 1) La malnutrition et la sous-alimentation, 2) l'infection à VIH, 3) les troubles de l'usage d'alcool, 4) le diabète et 5) le tabagisme.

La malnutrition et la sous-alimentation : Elles favorisent le développement de la tuberculose maladie. La prévalence nationale moyenne de la malnutrition chronique ne cesse d'augmenter depuis 2011. Elle est passée de 28,1% en 2011 à 48,2% en 2019, soit une augmentation de plus de 70 %. En 2021, Elle est classée parmi les principaux facteurs de risque de la tuberculose comme étant celle qui contribue le plus au nombre de nouveaux cas et rechutes de tuberculose et ce, loin devant

l'épidémie du VIH¹ (Rapport_EpiRevueTB_RCA_Novembre 2022). Les résultats de la dernière enquête nutritionnelle SMART 2018 montrent une situation nutritionnelle alarmante : 7% des enfants de 6 à 59 mois présentent une malnutrition aiguë globale (MAG) ; 38,7% une malnutrition chronique (MC), une malnutrition aiguë sévère (MAS) au-dessus du seuil d'urgence (2% fixé par l'OMS) dans plus de la moitié des Sous-préfectures du pays et 19,6% ont une insuffisance pondérale globale (IPG). Il est à noter que certaines pratiques traditionnelles constituent non seulement un obstacle, mais parfois une menace à la bonne alimentation des enfants et des femmes enceintes (les interdits alimentaires). La production des denrées alimentaires est aujourd'hui insuffisante pour couvrir les besoins des populations de plusieurs zones due au changement climatique et à l'insuffisance des productions (PNDS III).

Le VIH : L'épidémie VIH est de type généralisé avec une prévalence estimée à 2,7% chez les 15 à 49 ans en 2021, plus élevée chez les femmes avec 3,4% et 2,1% chez les hommes. Le pourcentage de patients TB positifs au VIH est de 28% au niveau national et il varie de manière considérable entre les régions (Rapport_EpiRevueTB_RCA_Novembre 2022)

L'usage abusif d'alcool : Selon l'enquête STEPS, Le taux de prévalence de la consommation d'alcool dans la population générale en République centrafricaine était de 49,6% en 2017. La proportion de buveurs d'alcool dans les 12 derniers mois précédent l'enquête était estimée à 7,4% dans la population générale. D'après les données collectées en 2019, une moyenne de 280 cas de TB serait attribuable à l'usage abusif d'alcool.

Le diabète : Le diabète est un des principaux facteurs contributeurs à la charge de la maladie tuberculeuse en République centrafricaine. Sa prévalence, à l'instar des autres maladies non transmissibles, connaît une évolution croissante depuis 2000 chez les deux sexes. Elle varie autour de 5% en 2000 chez les deux sexes à 8% chez les hommes et environ 7,5% chez les femmes en 2014. (Rapport_EpiRevueTB_RCA_Novembre 2022). Le programme ne dispose pas de données sur la comorbidité Diabète et tuberculose.

Le tabagisme : Le taux de prévalence dans la population générale de la consommation du tabac à fumer quotidiennement est de 7,9% en RCA en 2017. Les hommes (14.3%) consommaient plus du tabac que les femmes (1,3%). (Rapport_Steps_rca_2017_final). Le programme ne dispose pas de données sur la consommation du tabac à fumer en lien avec la tuberculose.

4.8. Résultats de traitement de la TB pharmaco sensible

Le succès de traitement de la cohorte des nouveaux cas de TB sensible a connu de fortes variations entre 2000 et 2010 avec des taux élevés en 2004 (88 %) et très bas en 2009 (47%). Cependant, depuis

¹ Rapport_EpiRevueTB_RCA_Novembre 2022

2011, ce taux progresse chaque année et il est passé de 59% en 2011 à 81% en 2019. Malgré cette constante évolution, la cible fixée par le programme pour cet indicateur est loin d'être atteinte. Pour la cohorte 2020, le taux de succès du traitement est de 79%, les PDV ont considérablement baissé pour passer à 6% ; les non évalués ont connu une augmentation par rapport aux années précédentes avec 9% en 2020. Ce qui traduit des insuffisances dans le suivi des patients.

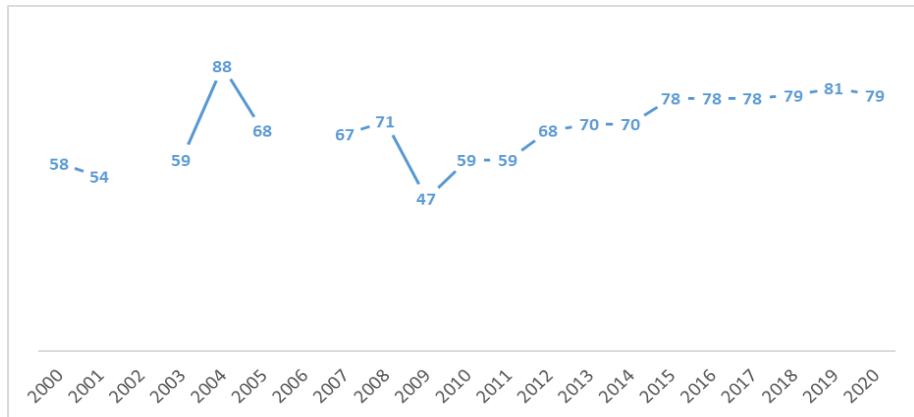


Figure 20. Evolution du taux de succès de traitement (nouveaux cas et rechutes), RCA, 2000 – 2020

La ventilation du résultat par catégories montre que les facteurs impactant négativement le succès de traitement sont essentiellement les perdus de vue (défi majeur du programme ces dix dernières années) mais également les décès et les non évalués.

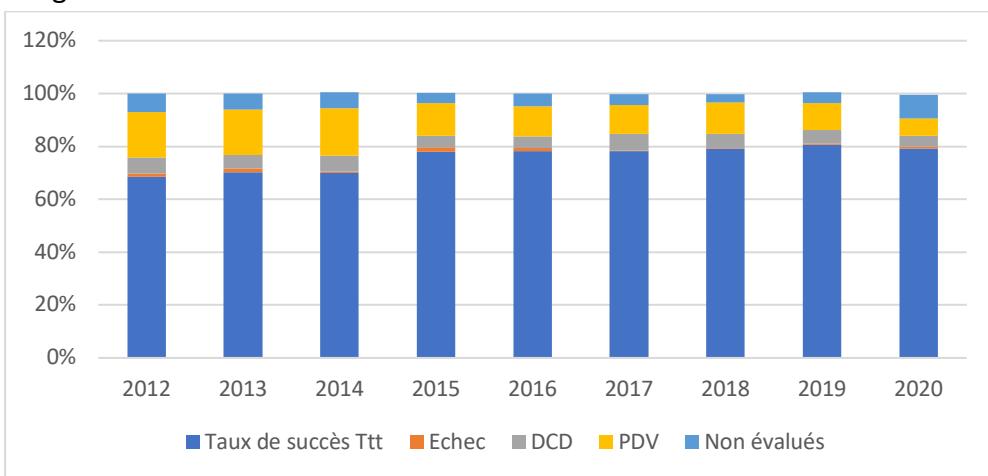


Figure 21. Résultats de traitement des cas TB (nouveaux et rechutes), RCA, 2012-2020

Au niveau régional, en 2020, le succès de traitement varie également entre les régions avec le taux le plus bas pour RS5 (53%) et le taux le plus élevé pour RS1 (91%). Les taux de succès de traitement sont plus importants pour les trois régions (RS1, RS2 et RS7) et plus bas pour les 4 autres régions où il est plus difficile de mettre en œuvre les activités du programme à cause de la situation d'insécurité.

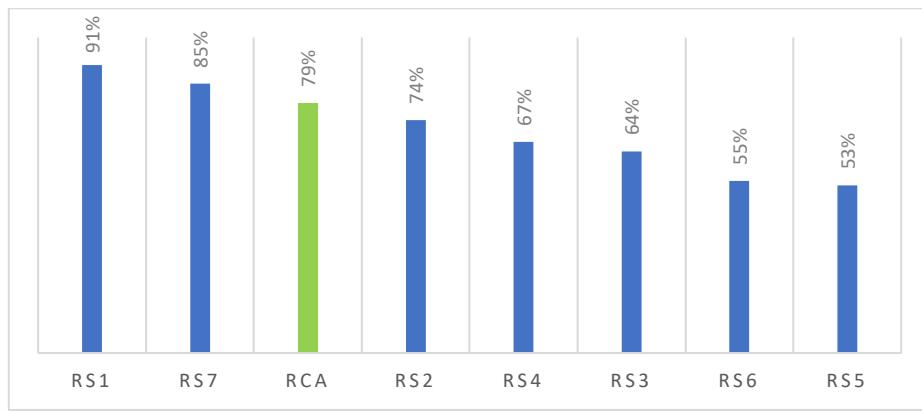


Figure 22. Répartition du taux de succès de traitement des nouveaux cas et rechutes par région

4.9. Traitement préventif de la tuberculose (TPT)

Le TPT est recommandé chez l'enfant de moins de 5 ans et les PVVIH. Le protocole est celui de 3 mois de RH chez l'enfant et si l'infection VIH est confirmée c'est 6 mois d'INH.

- **Traitement de l'infection latente chez les enfants <5 ans :** Cette intervention majeure de la gestion de la TB de l'enfant n'est pas mise en œuvre de manière systématique. En effet, les données disponibles montrent qu'en 2020 seuls 31% des CDTs ont rapporté au moins un enfant de moins de 5 ans mis sous INH et 49% de ces CDTs n'ont pas rapporté de données concernant le TPT en 2021. En 2021, 50%¹ des enfants de moins de 5ans contacts de TPB+ sont mis sous TPT. Les outils mis en œuvre dans le cadre du projet CETA permet de collecter l'information relative au nombre d'investigations menées autour d'un cas TPB+, au nombre d'enfants contacts identifiés et examinés et au nombre d'enfants contacts mis sous TPT. Cependant, ces outils ne sont pas encore vulgarisés aux autres sites et pas de passage à l'échelle nationale de la stratégie.
- **Le traitement préventif à l'INH (TPI) chez les PVVIH :** n'est documenté que pour l'année 2020 et pour 5 sites de la RS7 et montre que la couverture du TPT chez les PVVIH est de 17%.

4.10. Co-infection TB/VIH

La couverture du dépistage VIH chez les patients tuberculeux était de 80 % en 2021. Cette couverture est restée stationnaire au cours des cinq dernières années et demeure encore faible. Par ailleurs, les couvertures de traitement en Cotrimoxazole et en ARV connaissent une évolution croissante passant respectivement de 63% à 97% et de 73% à 97% et ce de 2017 à 2021.

¹ OMS profil pays

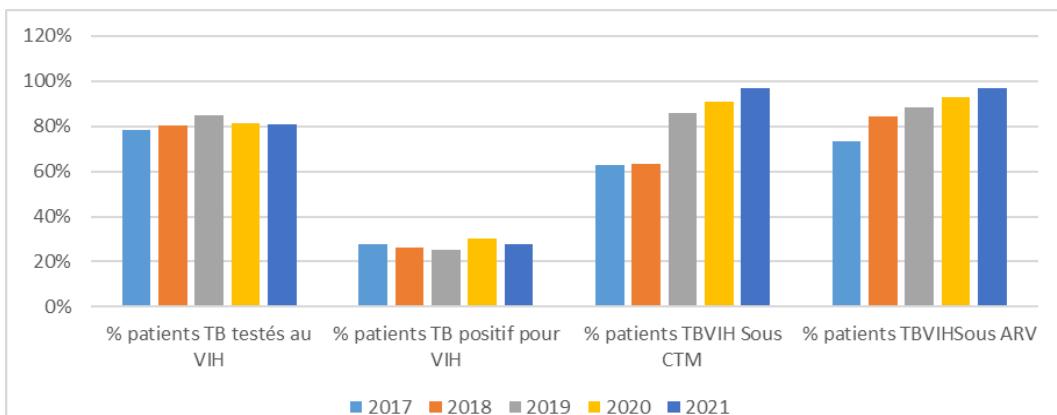


Figure 23. Cascade des indicateurs TB/VIH, RCA, 2017-2021

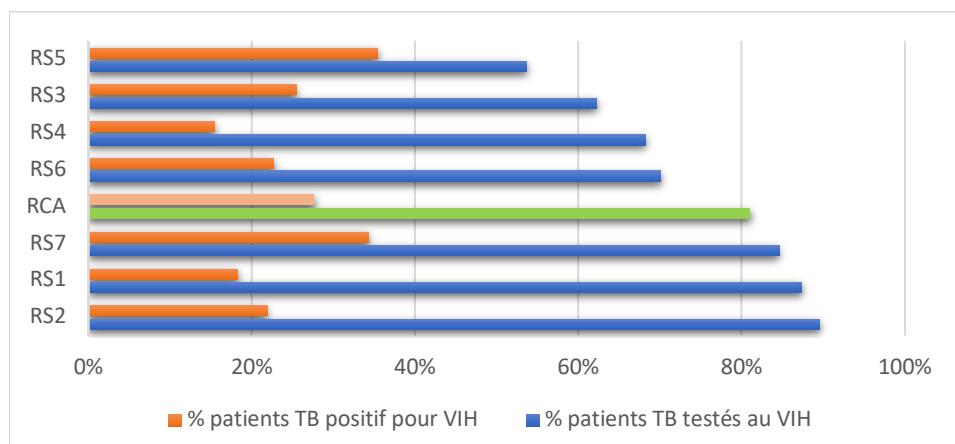


Figure 24. Couverture du dépistage du VIH parmi les cas TB et taux de positivité par région, 2021.

Cette performance notable cache d'importantes disparités entre les différentes régions du pays. Les trois régions (RS1, RS2 et RS7) enregistrent des couvertures très élevées, les RS 3, 4, 5 et 6 affichent des taux inférieurs à 70%. Le pourcentage de patients TB positifs au VIH est de 28% au niveau national et il varie de manière considérable entre les régions (min=15% pour RS4 et max=35% pour RS 5). La grande proportion de patients TB/VIH pourrait s'expliquer par la faible couverture en test VIH et une possibilité de sélection des patients fortement suspects.

En 2021, la couverture du dépistage varie de façon considérable et avec des performances très faibles pour les districts des régions situées en dehors de la zone de sécurité (Figure 19).

En effet, environ un tiers des districts présente des couvertures en dépistage du VIH inférieur à 50% et tous ces districts se situent dans les 4 régions à accès difficile.

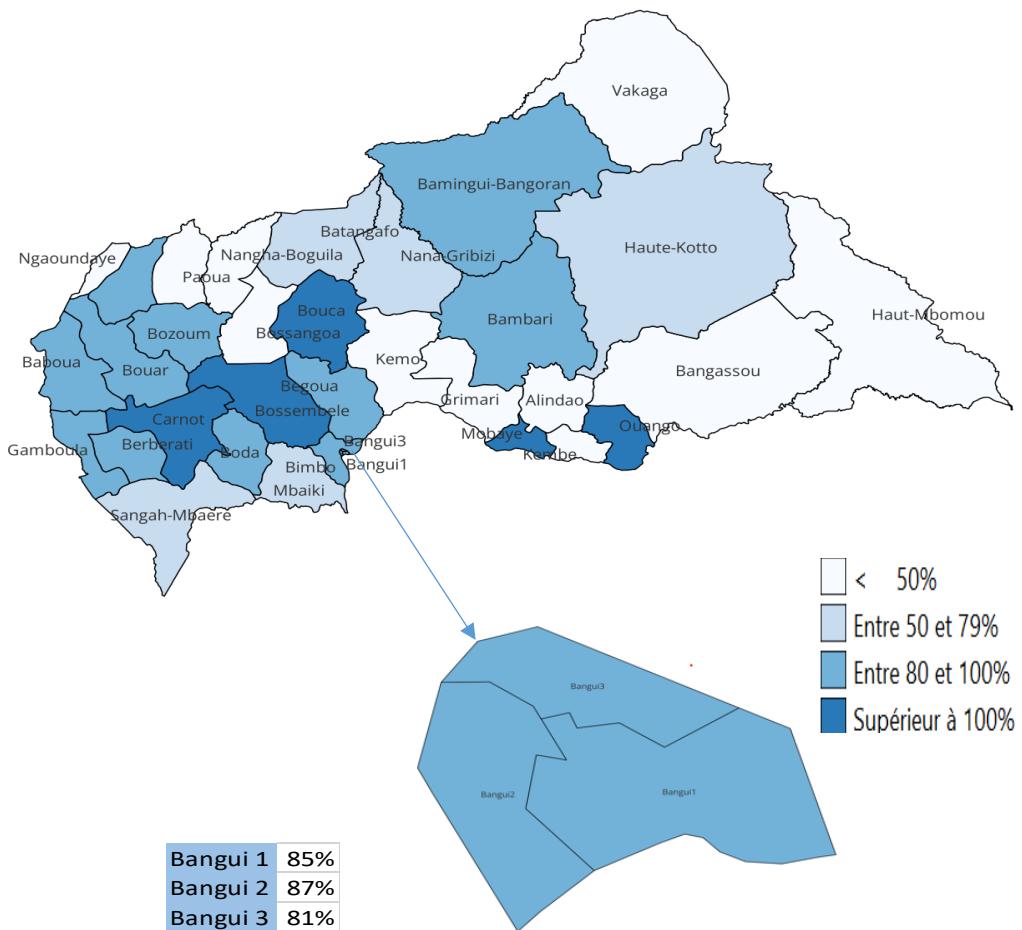


Figure 25. Couverture du dépistage VIH par district

Tableau 10. Les onze districts présentant des couvertures en tests ARV inférieur à 50%

District	Nouveaux cas et rechutes	Tests VIH documentés	% de Patients testés au VIH
Kembé	10	0	0%
Vakaga	130	3	2%
Nangha-Boguila	43	14	33%
Haut-Mbomou	121	41	34%
Bangassou	205	78	38%
Bossangoa	177	69	39%
Grimari	123	50	41%
Paoua	201	82	41%
Kemo	178	73	41%
Ngaoundaye	128	58	45%
Alindao	72	34	47%

4.11. Tuberculose multi-résistante (TB-MR)

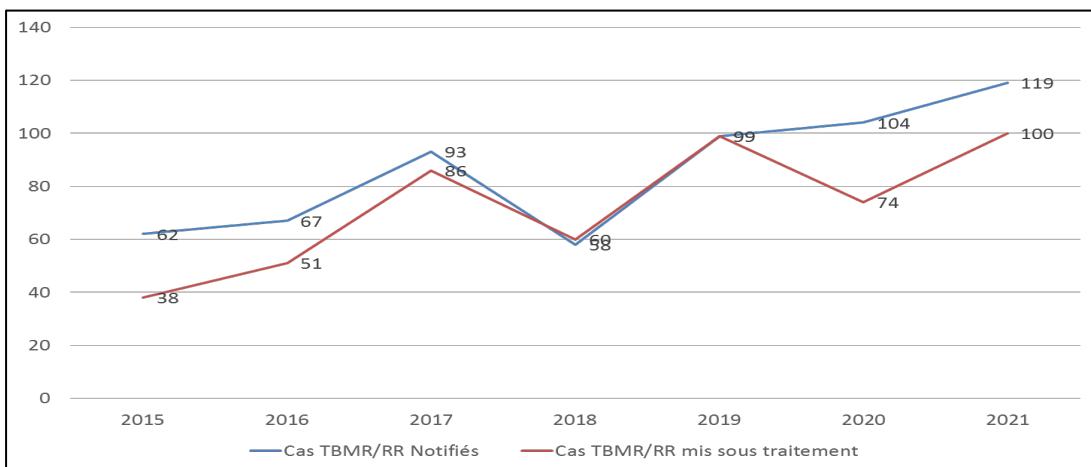


Figure 26. Evolution de la tuberculose pharmaco résistante, RCA, 2015-2021

Selon l'OMS, en 2021 la proportion estimée de TB avec une résistance aux antituberculeux était à 1,7% chez les nouveaux cas de TB et 17% chez les cas déjà traités. L'incidence estimée de TB multi résistance/résistance à la Rifampicine est à 11 cas pour 100 000 habitants soit 620 cas incidents alors que le pays a notifié 119 cas (19% de cas attendus). Parmi ces cas résistants, 100 cas (84%) sont mis sous traitement de seconde ligne. L'accès au test Xpert MTB/Rif est réservé à ce jour aux patients déjà traités (échec, rechute, reprise après abandon), aux PVVIH, aux enfants, aux détenus. Il n'est pas encore réalisé de manière systématique comme test initial de diagnostic dans tout le pays excepté les quelques sites disposant des appareils GeneXpert et les laboratoires de l'IPB/LNR et le laboratoire national.

Entre 2012 et 2019, les résultats de traitement de la cohorte TBMR ont connu une fluctuation importante alternant des périodes avec des succès de traitement encourageant et celles avec des succès de traitement très insuffisant comme c'est le cas en 2019 avec 62% de taux de succès thérapeutique. Ce faible taux s'explique par le taux élevé de PDV et de patients non évalués en lien avec des difficultés de rétention des patients TBMR jusqu'à la fin de traitement. Le Guide TBMR prend en compte la mise sous traitement court entièrement oral.

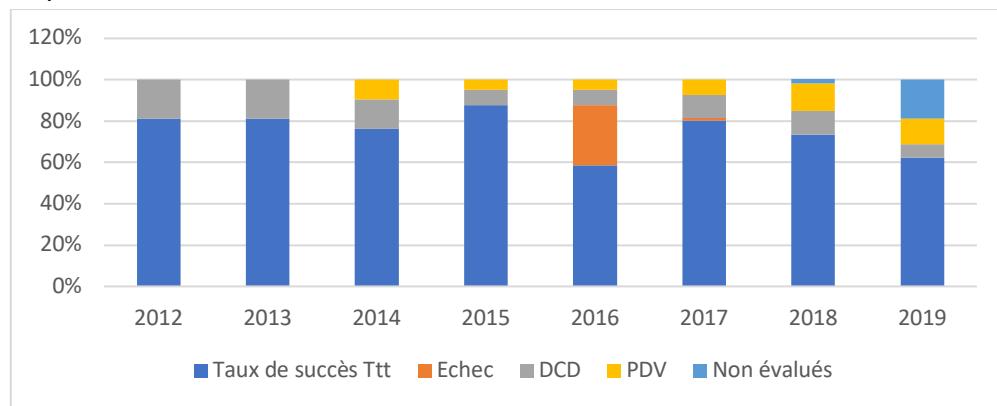


Figure 27. Résultats de traitement des cas TBMR/RR, RCA, 2012-2019

4.12. Evolution de la mortalité (hors VIH+)

La mortalité par tuberculose a été estimée à 98 décès pour 100,000 habitants (OMS, 2022), ce qui représente environ 5300 décès par tuberculose par an. D'une manière générale l'évolution du nombre de décès est ascendante.

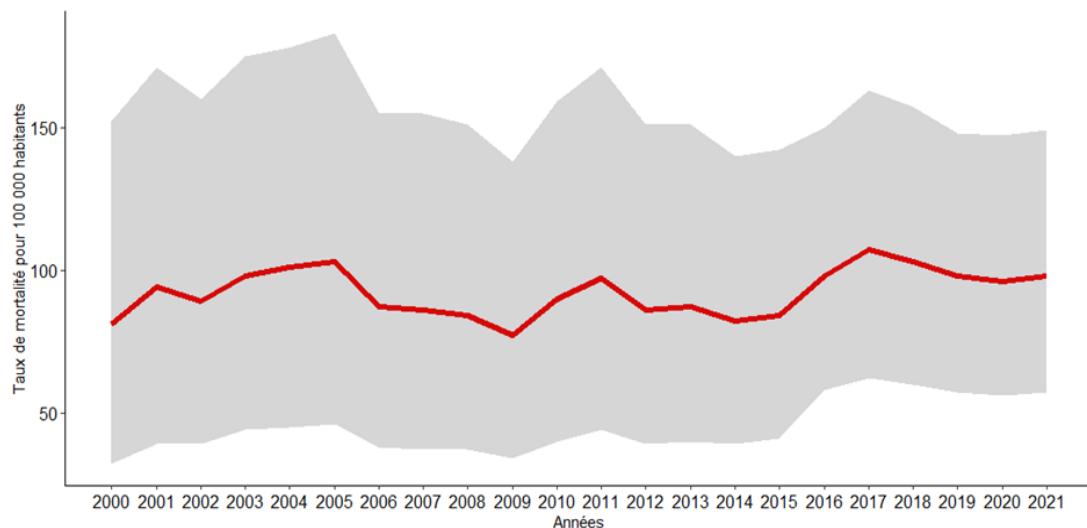


Figure 28. Évolution de la mortalité (hors VIH+) en RCA, 2000-2021

Tableau 11. Synthèse des bases factuelles avec les lacunes programmatiques

	Personnes n'ayant pas accès au système de santé			Personnes atteintes de tuberculose cherchant à se faire soigner mais non diagnostiquées ou notifiées			Personnes atteintes de tuberculose notifiées mais non traitées avec succès		Personnes ayant terminé le traitement contre la tuberculose	
	Infectées à haut risque d'être atteintes par la maladie	Asymptomatiques ne s'adressant pas à des services de soins	Symptomatiques ne s'adressant pas à des services de soins	Se présentant à un établissement de soins, mais non diagnostiquées	Diagnostiquées par des prestataires hors PNT, non notifiées	Diagnostiquées par le PNT, non notifiées	Diagnostiquées, non mises sous traitement	Mises sous traitement mais non traitées avec succès	Traitées avec succès, mais pas à l'abri d'une rechute	Traitées avec succès, mais avec un handicap associé à la maladie
En général				D'après les données de l'OMS, en 2021 l'incidence des cas de TB est estimée à 29 000 (19 000-42 000) alors que le pays a notifié 13 216 cas de TB. Il y'a un gap de 15784 cas de TB soit environ 54% des cas incidents non détectés ou notifiés	Pas de données nationales disponibles	21 % des nouveaux cas et des rechutes non traités avec succès				
TB pharmaco résistante		1,7 % des cas pharmaco résistants sont des nouveaux patients, ce qui évoque une transmission primaire	80 % des nouveaux cas et des rechutes ne font pas l'objet d'un test de	19 % des cas de TB pharmaco résistants ou résistants à la rifampicine (TBMR/RR) incidents sont notifiés	16 % des cas de TBMR/RR diagnostiqués ne sont	38 % des cas de TBMR/RR ne sont pas traités avec succès	62% des cas de TBMR/RR ne sont pas traités avec succès	ND		

			diagnostic rapide au moment du diagnostic	55 % TBMR/RR ne font pas l'objet d'un test de sensibilité de 2 ^{ème} ligne.	pas mis sous TTT			
Groupes vulnérables (enfants)	50% de cas estimé de contacts de <5 ans sous TPT			La TB de l'enfant représente 13% de cas de TB toutes formes notifiées en 2021 (disparités dans les régions)				
Comorbidités avec TB (la comorbidité TB/VIH)			Les données concernant la recherche active de la TB chez les PVVIH ne sont pas disponibles 20 % des cas de TB notifiés ignorent leur statut VIH		97% des cas TB/VIH reçoivent un TARV et CTM	Pas des données sur le % des TB/VIH qui ne sont pas traitées avec succès		
Données lacunaires	Charge de la tuberculose dans des groupes spécifiques Charge de certaines comorbidités	Comportement en matière de demande de soins, surtout dans les groupes vulnérables	Dépistage et lien avec le diagnostic dans les groupes vulnérables	Résultats du diagnostic et du traitement des personnes s'adressant	Proportion des personnes diagnostiquées mais non notifiées accédant	Proportion des personnes perdues de vue avant le début du traitement	Données ventilées sur les résultats du traitement dans les groupes vulnérables	Données sur les besoins et services de soins palliatifs et en fin de vie Proportion des cas de tuberculose extra pulmonaire présentant un

	chez les personnes atteintes de tuberculose			au secteur privé	tout de même à un traitement TB			Données sur les séquelles de la maladie	handicap significatif
--	---	--	--	------------------	---------------------------------	--	--	---	-----------------------

Tableau 12. Regroupement des données avec des lacunes programmatiques relatives aux piliers 2 et 3 de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose

Composante de la Stratégie	Système de santé général	Services destinés aux personnes atteintes de tuberculose	Données lacunaires
Ressources destinées aux soins et à la prévention	<p>Le Ministère de la Santé et de la Population (MSP) compte en moyenne 5,5 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants dont 0,8 médecins généralistes et 0,6 autres professionnels soignants (PNDS3 2022-2026)</p> <p><u>Norme OMS</u> est de 1 Médecin pour 10 000 hbts, 23 professionnels de la santé pour 10 000 habitants.</p>	<p>En 2020, le financement total de la TB pour l'année était d'environ 2,2 million de dollars dont 32% représente le financement interne.</p> <p>L'indice de disponibilité des services de santé au niveau national est de 33,7%.</p>	Ressources humaines consacrées aux services contre la tuberculose
Mobilisation des communautés, des organisations de la société civile et de l'ensemble des prestataires des secteurs public et privé	Les patients demandant des soins s'adressent d'abord à des prestataires du secteur privé informel (comme les pharmacies, vendeurs de médicaments et praticiens traditionnels)	<p>Pas de convention/partenariat public privé</p> <p>Données non disponibles des cas de tuberculose ayant commencé un traitement qui ont bénéficié d'un appui à l'observance de la part d'agents de santé communautaires</p> <p>Données non disponibles des cas de tuberculose notifiés par des prestataires du secteur privé</p> <p>La stigmatisation est l'un des obstacles à l'accès aux services contre la tuberculose</p>	<p>Proportion des cas diagnostiqués de tuberculose dans le secteur privé qui sont notifiés</p> <p>Données sur les résultats du traitement concernant les personnes traitées dans le secteur privé</p> <p>Données sur la stigmatisation comme obstacle à l'accès aux services contre la tuberculose</p>

Politique de la CSU et cadre réglementaire pour la notification des cas, les données d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments, et la lutte anti-infectieuse	<p>10 % des formations sanitaires fonctionnelles en 2022 offrent le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose.</p> <p>Le pays ne dispose pas encore de système d'enregistrement des données de l'état civil</p>	Le PNLT ne dispose pas d'un plan de lutte contre les infections transmises par voie aérienne	<p>Données sur l'incidence de la tuberculose chez les agents de santé</p> <p>Données sur la qualité des médicaments au niveau de l'usager</p>
Protection sociale et mesures propres à atténuer la pauvreté et à agir sur d'autres déterminants de la tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> 71 % de la population vit en dessous du seuil international de pauvreté et les inégalités sont considérables. Le chômage est élevé avec la crise économique, malgré des statistiques officielles de 6,4 % de la population en 2020 (Banque mondiale). Le taux d'alphabétisation (adultes) 58,9%. Le financement des soins de santé dépend des contributions des ménages au-delà de 20%. 	L'étude sur les coûts catastrophiques sont en cours	Données sur les effets sociaux de la tuberculose
Découverte, mise au point et introduction rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies		Le pays a prévu des révisions des directives nationales pour prise en compte des nouveaux outils, interventions et stratégies (processus en cours)	
Recherche visant à optimiser la mise en œuvre et l'impact, ainsi qu'à promouvoir l'innovation		Les projets de recherche opérationnelle élaborés par le PNLT ne sont pas financés en totalité.	Données sur les fonds destinés à la recherche sur la tuberculose

5. LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

5.1. Organisation du Programme National de lutte contre la tuberculose

La gouvernance du Programme Tuberculose se caractérise par la disponibilité d'un cadre légal et réglementaire selon le Décret présidentiel N°18-214 du 17 Aout 2016 portant organisation et fonctionnement du ministère de la santé et de la population et fixant les attributions du Ministre de Santé. Ce décret crée le service de lutte contre la tuberculose. Cependant, l'arrêté ministériel organisant ce service n'est pas encore disponible tout comme l'organigramme avec le job description validé. Il y a un manque en ressources humaines en quantité et en qualité.

Le PNLT couvre presque la totalité du territoire centrafricain grâce à son intégration dans les structures de santé de base. Il est opérationnel depuis 1995 et représenté aux trois niveaux de la pyramide sanitaire du pays.

Le niveau central, ou l'unité centrale est composé de 3 structures :

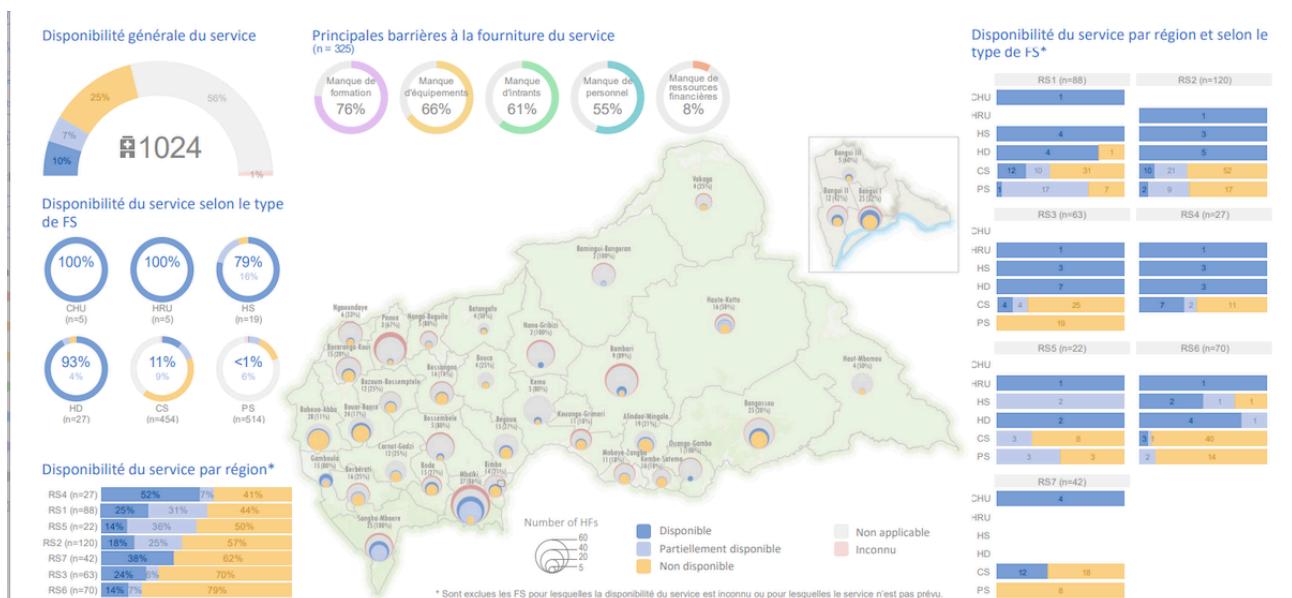
- Le service de lutte contre la tuberculose qui assure la Coordination du Programme national de lutte contre la tuberculose. Il est chargé de la conception, l'élaboration des stratégies, la coordination et mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose. Il assure le suivi de la mise en œuvre des stratégies en matière de lutte contre la TB. Le SLT est sous la tutelle de la Direction de lutte contre les maladies transmissibles ou DLMT (tuberculose, VIH/sida, paludisme) placée sous la Direction Générale de l'épidémiologie et de lutte contre la maladie (DGELM).
- 1. Le laboratoire National de référence (LNR) qui est logé au sein de l'Institut pasteur de Bangui. Il a pour rôle la formation, la supervision du réseau de laboratoire. Il est garant de la qualité des examens de laboratoire et assure l'approvisionnement en intrants. Il est accompagné dans sa mission par le laboratoire supranational de Cotonou (Bénin) et le laboratoire supranational d'Anvers et Milan.
- 2. Le Centre de Pneumo-phtisiologie (CNHUPP) est le centre de référence pour le traitement de la tuberculose sensible et fait office de l'unité de référence pour le traitement de la tuberculose pharmaco résistante. Il assure la formation, la supervision de la qualité de traitement de la TBMR des sites décentralisés.

Le niveau régional ou intermédiaire : A ce niveau, les activités du PNLT sont assurées par le chef de service de soins et supervision sous la supervision du Directeur de la région sanitaire. Le chef de service de soins et supervisions veille à l'application des directives nationales, assure la formation et supervise le personnel chargé de la lutte antituberculeuse de sa zone, s'assure de la promptitude et de la complétude de tous les rapports trimestriels d'activités des Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) et supervise la gestion des stocks des médicaments et intrants de laboratoire de la région. L'implication de l'équipe cadre de la région dans l'organisation des activités et dans la gestion des ressources est encore faible.

Le niveau périphérique : Les activités de lutte antituberculeuse sont, à ce niveau, assurées par le Chef de section soins et supervision sous la responsabilité du médecin Chef du District Sanitaire (MCD). Dans le cadre de l'intégration des activités du système de santé, ce niveau comprend toutes les formations sanitaires où les patients sont diagnostiqués, mis sous traitement, et suivis jusqu'au terme de la prise en charge. L'équipe cadre de district a pour mission la formation, la supervision des agents de santé impliqués dans la lutte contre la tuberculose ainsi que la gestion des données. Les ressources allouées aux districts sanitaires pour la lutte contre la tuberculose dans le cadre de la subvention du Fonds mondial ne sont pas utilisées compte tenu de la politique de « Zéro cash » qui limite l'utilisation de ce fonds. Toutefois il existe des opportunités notamment l'achat des indicateurs de la tuberculose dans le cadre du financement basé sur la performance assurée par la Banque Mondiale en ce qui concerne l'intégration et l'optimisation dans les districts bénéficiaires.

5.2. Couverture du diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose en RCA

Le PNLT s'appuie actuellement sur un réseau de quatre-vingt et cinq (85) Centres de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose (CDT), 04 Centres de Traitement (CT) intégrés dans les Formations Sanitaires (FOSA) et 2 Centres de Diagnostic (CD) qui sont le Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique (LNBCSP) et le LNR. Soit un total de 91 sites TB. Ce qui représente environ 10% des formations sanitaires fonctionnelles en 2023. Dans le cadre du partenariat secteurs public/privé, certains centres de santé confessionnels, en raison de la qualité des offres de soins, ont été érigés en CDT ou CT.



Source : rapport HeRAMS, 2022

Figure 29. Disponibilité des services pour la prise en charge de la tuberculose

L'extension des centres de dépistage et traitement (CDT) est en cours pour améliorer la couverture de dépistage et le traitement des cas. Il était prévu dans l'ancien PSN TB de construire 16 nouveaux CDT. Des missions d'évaluation de ces sites ont été réalisées en collaboration avec la Direction des infrastructures sanitaires du MSP. A ce jour 9 sites sur 16 ont été identifiés pour réhabilitation sur la subvention du Fonds mondial (NFM3) dans la RS5 (5), RS6 (2), RS2 (2). Les travaux sont en cours ainsi que la poursuite des évaluations pour d'autres sites (Rapport d'évaluation). Toutefois cette extension reste encore insuffisante vue le rapport de la revue. Il convient de noter aussi que cette décentralisation reste encore insuffisante au niveau communautaire.

Pour approfondir la recherche des cas, le PNLT prévoit l'élaboration d'une stratégie avec l'aide d'une assistance technique avec l'implication des partenaires habituels du programme TB.

Le pays dispose des directives nationales de lutte contre la tuberculose qui sont basées sur les recommandations internationales de lutte contre la tuberculose de l'OMS. Ces directives sont régulièrement mises à jour et chaque fois alignées sur les nouvelles mises des recommandations de l'OMS. Les dernières recommandations sur la tuberculose de l'enfant, la prévention, la pharmacorésistance demandent une autre révision des documents pour les prochaines années.

5.3. Mécanisme de coordination

Plusieurs mécanismes sont mis en place pour coordonner les actions avec les partenaires et les parties prenantes nationaux et internationaux. Au niveau central nous avons le Comité de Pilotage du Ministère de la Santé (COPIL), le Comité de Lutte contre les Maladies (CTLM) et les réunions de coordinations organisées par le programme TB. Le CTLM est l'instance où les problématiques de lutte contre la tuberculose sont discutées. Il est mis en place par arrêté Ministériel et présidé par le Ministre chargé de la santé et de la population. Au niveau décentralisé dans le cadre de mise en œuvre des activités soumises aux financement basé sur la performance avec l'appui de la banque mondiale, il existe des réunions de coordinations. Au niveau régional cette réunion se tient chaque trimestre et regroupe les équipes cadres de districts de la région et les autorités politico administratives. Les problèmes liés à la tuberculose ne sont pas spécifiquement discutés lors de cette réunion mais pourront faire partie des divers. Au du district cette réunion se tient mensuellement et regroupe les différents responsables des formations sanitaires du district ainsi les responsables politico-administratives. Elle est beaucoup plus orientée sur la performance du district concernant le PBF ou 2 indicateurs de la tuberculose sont achetés

Le niveau actuel de mise en œuvre des interventions et activités stratégiques du PSN précédent est évalué à 51% lors de la revue interne par le PNLT et les parties prenantes dont 69% pour la détection, 82% pour le traitement, 43% pour le renforcement de la prise en charge des Patients co-infectés TB-VIH, 33% pour l'augmentation du financement et 50% pour l'amélioration de la collaboration avec la société civile.

5.4. Niveau communautaire

Les communautés jouent un rôle important dans la lutte contre la tuberculose pour le simple fait que ce sont elles qui connaissent la réalité vécue d'être touchés par la tuberculose. Ce rôle est de plus en plus important en raison de l'évolution dans la compréhension de la nécessité d'une programmation et d'une prestation intégrée - pas seulement le côté biomédical des services de santé, mais aussi les services sociaux, éducatifs et juridiques ainsi que l'impact du soutien économique à l'accès aux services de lutte contre la tuberculeuse. Les organisations et les réseaux communautaires ont donc un rôle essentiel à jouer dans l'élaboration des approches intégrées et axées sur la communauté pour assurer les soins.

Le pays dispose d'une politique nationale de la santé communautaire 2020-2030 qui oriente les stratégies communautaires au niveau national. Il existe également une Plate-forme des OSC de lutte contre le VIH (PECOS). Cette plateforme bénéficie d'un appui financier du Fonds mondial pour son fonctionnement et renforcement des capacités pour prendre en compte les trois maladies prioritaires (VIH, Tuberculose, Paludisme).

La participation communautaire dans la lutte contre la tuberculose en RCA est organisée essentiellement au sein du Réseau National des Associations de lutte contre la Tuberculose et la coïnfection TB/VIH (RNALT). Les volontaires communautaires et les associations membres du RNALT participent à la recherche des perdus de vue, à l'orientation des patients, à la sensibilisation de la population, aux visites à domiciles, à l'accompagnement psychosocial, à la mise en œuvre du TDO Communautaire (soutien à l'observance) et à la célébration de la Journée Mondiale de la Tuberculose.

Malgré ces réalisations, leur implication dans les activités de lutte contre les trois maladies n'est pas totalement effective. Ainsi, en 2021 une assistance technique internationale (Alliance Côte d'Ivoire) a été mise à la disposition du pays afin d'évaluer la capacité des acteurs communautaires et procéder à leur renforcement de capacité. Cette évaluation a porté sur la gouvernance, la gestion financière, le suivi/évaluation, les ressources humaines, les programmes, le plaidoyer/réseautage, la mobilisation des ressources et la communication (Cf. Rapport d'analyse des capacités du réseau national des ONG et associations de lutte contre la tuberculose en Centrafrique en vue de la mise en œuvre des interventions communautaires de la NFM3 du Fonds mondial). A l'issu de cette évaluation, un plan d'action a été élaboré. Une partie des activités contenues dans ce plan d'action sont réalisées et d'autres en cours de réalisation.

Le renforcement de capacité institutionnelle, managériale et organisationnelle des OSC membres du RENALT par Alliance Côte d'Ivoire a permis de recruter 233 médiateurs communautaires par le MSP en collaboration avec le RNALT et le RECAPEV. Ces médiateurs ont été formés et outillés pour la réalisation des activités de la lutte contre la tuberculose, la coïnfection TB/VIH, le paludisme et la covid-19. En 2022, le RENALT a organisé une formation des paires éducateurs des personnes privées de liberté, des pairs éducateurs Surveillants pénitentiaires et des pairs éducateurs agents pénitentiaires dans les 10 établissements pénitentiaires fonctionnels de la RCA, à ce jour il y'a 35

PPL formées, 10 agents pénitentiaires formés, 12 surveillants pénitentiaires formés, 10 personnels de prise en charge TB/VIH formés en synergie avec le MSP/PNLT/DLMT.

Le RNALT regroupe 24 associations affiliées avec une extension ciblant les associations de KOLI-WALI GARA, les associations des Taxis motos, les associations des camionneurs, l'AFJC (Association des Femmes juristes, le CNJ (Conseil national de la jeunesse), la Plate-forme religieuse et les associations des tradipraticiens.

L'évaluation par Alliance Côte d'Ivoire a permis la restructuration du Réseau National des Associations de Lutte contre la Tuberculose et la Coïnfection TB/VIH à 90% d'être Sous sous bénéficiaire de la subvention du Fonds mondial NMF3 et qui dispose aujourd'hui des organes de la gouvernance (Conseil d'Administration, Assemblée Générale et d'une Direction Exécutive).

5.5. Multisectorialité et Partenariat

Plusieurs Ministères accompagnent le PNLT dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. Il s'agit entre autres les Ministère des finances, Ministère de l'éducation, Ministère de la justice et les autres directions du Ministère de la Santé et de la population ainsi que les autres programmes (PNLSH).

Plusieurs partenaires offrent au programme un appui technique et/ou financier. Il s'agit entre autres du FM, l'OMS, l'UNION, MSF, etc.

Il n'existe pas un contrat de partenariat entre le ministère de la santé et le secteur privé surtout à but lucratif. Toutefois il existe un contrat de partenariat avec la société civile amenée par le Réseau national des associations de lutte contre la tuberculose et la plateforme des organisations de la société civile de lutte contre le SIDA.

5.6. Intégration

La tuberculose fait partie intégrante du paquet minimum d'activités et est intégrée dans les formations sanitaires. A ce jour, les efforts d'intégration des activités se font juste entre le programme de lutte contre la tuberculose et le programme de lutte contre le VIH/SIDA. Un plan de collaboration TB/VIH était élaboré en 2012 mais qui nécessite une mise à jour. Le PNDS III dans son axe stratégique de renforcement de la gouvernance pour une régulation orientée par la performance et la modernisation du système de santé, met l'accent sur le développement d'une stratégie d'intégration des ressources de la santé (financières, matérielles et humaines). Ce nouveau PSN s'alignera sur cette vision en vue de renforcer l'efficacité et l'efficience des programmes. L'intégration de la lutte contre la tuberculose se fera dans les programmes de santé maternelle infantile, la nutrition, le programme élargi de vaccination, les MNT (diabète), la Covid-19.

5.7. Les ressources humaines au niveau du programme tuberculeuse

La démographie des professionnels de santé constitue un défi majeur. L'on dénombre globalement 5,5 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants (PNDS 3 2022-2026). Ce qui reste en dessous des normes de l'OMS qui est de 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants. Ce déficit affecte aussi la prise en charge de la tuberculose à tous les niveaux de la pyramide tant en quantité

qu'en qualité et cela malgré les efforts consentis dans la contractualisation des agents et le recrutement par la fonction publique. Malgré un nombre assez important d'agents de santé formés annuellement, on constate une insuffisance entre les besoins exprimés par les formations sanitaires et la répartition des agents sur le terrain. Cela se traduit entre autres par une surcharge de travail avec un seul agent qui est à la fois Point focal tuberculeuse, vaccination, système d'information sanitaire et parfois même VIH. Au niveau de certains districts ce sont les responsables de traitement du CDT qui assurent le rôle de points focaux TB au niveau des Districts.

La vision du département est de renforcer les ressources humaines dans le cadre du renforcement du système de santé. Plusieurs partenaires se sont mobilisés pour matérialiser cette vision à l'exemple du Fonds Mondial qui a accepté de mettre à la disposition du MSP 37 médecins, 100 paramédicaux dans le cadre de la reprogrammation du NFM3. Cet apport reste encore insuffisant du fait des besoins élevés en ressources humaines. Selon le fichier de la solde du MSP (PNDS 3 2022-2026), il a été enregistré un effectif de 1932 personnels de santé actifs toutes catégories confondues en 2020. Cependant, on note une forte concentration de ce personnel dans la région sanitaire n°7 qui dépassait la norme de l'OMS contrairement aux régions 6 et 3 qui enregistrent les plus faibles taux de travailleurs de la santé avec respectivement 1,1 et 1,3 professionnels de santé pour 10 000 habitants. La pénurie de médecins spécialistes et autres agents spécialisés se fait sentir à tous les niveaux du système de santé. Par ailleurs, il n'existe pas à ce jour une base de données fiable sur la situation des ressources humaines en santé au niveau national (sous-secteur public comme privé). L'Etat a procédé à des recrutements massifs de ressources humaines qualifiées ces deux dernières années pour pallier le déficit, en intégrant en moyenne 200 agents de santé dans la fonction publique par année.

La gestion des RHS est confrontée à d'énormes défis, parmi lesquels : i) la faible capacité de production des ressources humaines qualifiées en santé ; ii) l'absence de plan d'investissement et de développement des RHS avec un plan de mise en œuvre ; iii) l'insuffisance de recrutement et de la dotation des RH face aux énormes défis et inférieurs aux divers départs (retraite, décès, disponibilité, détachement et démission), ; iv) l'absence de mécanisme de motivation et de fidélisation dans un contexte de crise fortement marquée par l'attraction exercée par les ONG humanitaires et les PTF qui offrent des opportunités salariales plus alléchantes ; v) l'absence d'une base de données fiable sur la situation des RHS exerçant dans les secteurs publics et privés et l'insuffisance de contrôle.

La capacité de production des écoles de formation en santé reste faible par rapport aux besoins. Ces dernières années, on assiste à une prolifération des écoles de formation privées qui pour la plupart ne respectent pas les normes et standards pour la production des agents qualifiés. En outre, on note une augmentation des cas de mauvaises pratiques contraires à l'éthique et à la déontologie parmi le personnel soignant créant un risque pour la profession, la sécurité et la satisfaction du patient, son autonomie et la Justice sociale.

5.8. Le contrôle de l'infection

Les mesures de contrôle de l'infection sont incluses dans le guide générique TB du programme. Cependant, le PNLT ne dispose pas de guide de contrôle de l'infection ni un plan et les outils. Les salles de consultation, salles d'attente, laboratoires sont moins aérées pour la plupart des formations sanitaires. Les constructions des formations sanitaires sont des vieux bâtiments qui ne répondent plus aux normes. Les réhabilitations de certaines structures sont nécessaires.

La structure de référence de prise en charge des malades TBMR n'est pas en adéquation pour la mise en œuvre de la lutte anti-infectieuse concernant la tuberculose. La connaissance de la population de la tuberculose est insuffisante sur la prévention. Certaines FOSA ont un système de triage et de séparation des tousseurs mis en place. Pour la plupart des centres la recherche de la TB est essentiellement passive.

5.9. Le Traitement préventif contre la tuberculose (TPT)

Le traitement préventif de la tuberculose (TPT) est une recommandation du programme pour la prévention de la tuberculose chez l'enfant de moins de 5 ans et les PVVIH. Le protocole recommandé est celui de 3 mois de RH pour les enfants de moins de 5 ans et de 6 mois d'INH pour les PVVIH. Cependant, cette intervention n'est pas mise en œuvre de manière systématique. En 2020, seuls 31% des CDTs ont rapporté au moins un enfant de moins de 5 ans mis sous TPT et en 2021, 51%.

Les outils de collecte des données sont ceux mis en place dans le cadre du projet CETA (Contribuer à l'Elimination de la Tuberculose en Afrique) avec l'appui de L'Union. Ils permettent de collecter l'information relative au nombre d'investigations menées au tour d'un cas de TB pulmonaire bactériologiquement confirmé, le nombre de PVVIH et d'enfants contacts identifiés et examinés ; le nombre de PVVIH et d'enfants contacts éligibles pour la prophylaxie à l'INH et RH. Cependant, ces outils ne sont pas encore vulgarisés aux autres sites. Le projet était en phase pilote et il faut un passage à l'échelle et l'intégration des activités dans la routine.

5.10. Dépistage et diagnostic

L'objectif prioritaire du dépistage est d'identifier les sujets atteints de TPB+ qui représente 80% des cas notifiés de TB toutes formes et représentent la principale source de transmission de la maladie. Le dépistage est beaucoup plus passif au niveau des FOSA. Le dépistage actif est organisé sporadiquement par une équipe pluridisciplinaire (cliniciens ; relais communautaires, laborantins) pour le diagnostic de la TB parmi les populations cibles (enfants – de 5 ans, PPL, ...) ou dans des zones ciblées de personnes vulnérables avec accès difficile aux soins. Des médiateurs communautaires sont recrutés par le MSP en collaboration avec les OAC pour appuyer le programme dans les dépistages actifs des cas présumés. Ils sont formés pour la détection active des cas présumés de tuberculose dans la communauté et leur référencement dans une FOSA la plus proche pour diagnostic de la TB. Ces médiateurs sont dotés de registres pour la traçabilité de leurs activités.

La politique nationale actuelle de détection active des cas, notamment dans les groupes cibles se base sur les arguments cliniques et les méthodes de diagnostic rapide (GeneXpert). La radiographie n'étant pas disponible partout et payante, elle est peu réalisée (moins de 25% des FOSA, PNDS 2).

Le diagnostic de la tuberculose est offert pour 10% de l'ensemble des formations sanitaires fonctionnelles (HeRAMS 2022). Le Décret N°19 037 du 15 février 2019, portant la gratuité ciblée des soins dans les formations sanitaires en République centrafricaine, ne concerne que les femmes enceintes, allaitantes, les enfants de moins de 5ans et les victimes des violences basées sur le genre.

Le diagnostic initial de la TB pharmaco sensible se fait par la microscopie appliquée sur différents types d'échantillons biologiques (crachats, liquide céphalorachidien, liquide d'ascite, liquide pleural, pus de ganglion ou d'abcès froid...). Devant toute présomption de TB pulmonaire, deux spécimens d'expectoration sont prélevés en 2 jours d'intervalle pour examen direct au microscope¹. En l'absence d'expectoration, un tubage gastrique peut être réalisé. Toute technique de diagnostic de la tuberculose (microscopie, Genexpert, Culture, LPA) est gratuite. Toutefois, la gratuité du diagnostic tout comme pour le traitement est liée au fait que le Fonds Mondial subventionne les intrants et les réactifs de laboratoire pour le diagnostic ainsi que les traitements (1^{ère} et 2^{ème} ligne).

Les populations ciblent du test Xpert MTB/RIF sont les patients déjà traités, les contacts TBMR, les enfants, les PVVIH, les personnes privées de liberté (PPL). La radiographie est également indiquée si disponible. Dans les dernières versions des guides les algorithmes de diagnostic de la tuberculose prennent en compte l'utilisation des test GeneXpert comme test de diagnostic initial là où c'est disponible. Mais ils sont restés en draft, ne sont pas vulgarisés dans les formations et les moyens de diagnostic n'accompagnent pas. Le test Xpert MTB/Rif est réalisé comme test initial seulement à Bangui au niveau du LNR. Pour tout cas présumé de la TB-MR/RR il doit être réalisé un test moléculaire (Xpert MTB/RIF®) pour la détection de la résistance à la rifampicine. Deux crachats distincts doivent être prélevés et envoyés dans le laboratoire d'une formation sanitaire doté d'une machine GeneXpert. Le transport des échantillons est non fonctionnel et a une répercussion sur la recherche de cas. Les difficultés des transports d'échantillons et de maintenance des équipements contribuent à la sous-utilisation des appareils Genexpert.

Il existe deux circuits pour le réapprovisionnement des intrants des laboratoires :

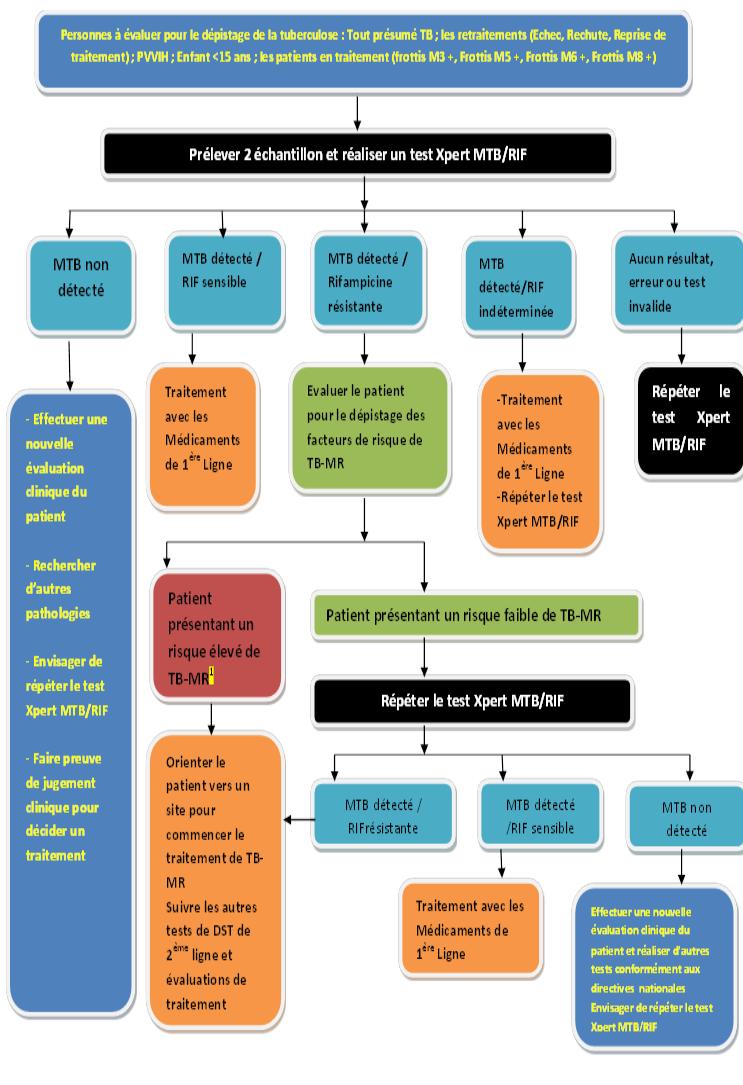
- 1) Le LNR assure la distribution des intrants nécessaires au diagnostic microscopique de la TB par la technique de Ziehl Nielsen aux laboratoires de CDT. Ce circuit d'approvisionnement actuel présente quelques insuffisances. Les bénéficiaires (techniciens des laboratoires ou les responsables des FOSA) doivent se rendre eux-mêmes au LNR pour s'approvisionner. Le transport du matériel servi vers leur site de destination est à leur charge. Ce qui explique le

¹ Guide PEC adulte, RCA 2021, p8-12

retard dans le système de réapprovisionnement des intrants laboratoires. Les laboratoires sont livrés uniquement après envoi du rapport de leurs données sauf pour les cas d'urgence.

- 2) Le circuit d'approvisionnement pour les cartouches Genexpert est piloté par un comité composé de : DPLMT, la DLMT et de la CRF/bénéficiaire principal des subventions du FM (VIH/TB). Les différentes cartouches Genexpert (TB, VIH-1, SARS-CoV-2) sont entreposées au niveau de l'UCM-PAM qui en assure la distribution selon des circuits périodiques définis. Ce second circuit présente des insuffisances qui se traduisent par (i) des ruptures de cartouches et un taux élevé de produits périmés de laboratoire et (ii) une faible implication du LNR. Le réapprovisionnement irrégulier en cartouches GeneXpert participe en partie à la faible notification des cas.

Algorithme du Dépistage de la TB dans les sites avec GeneXpert



Algorithme de dépistage de la TB pour les CDT loin des laboratoires Xpert MTB/RIF

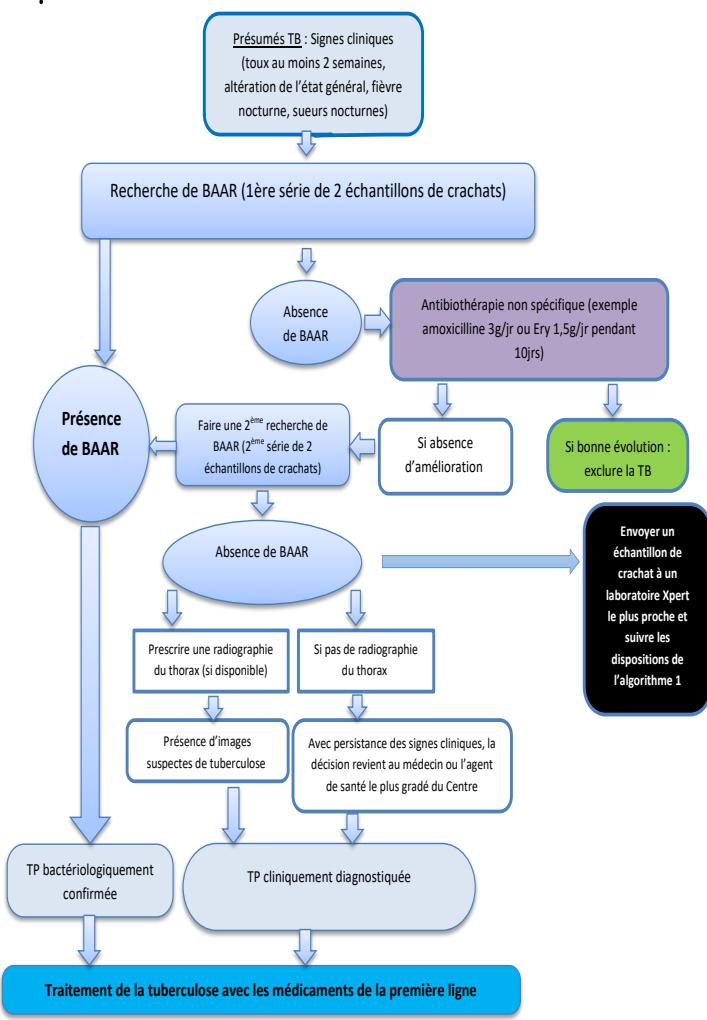


Figure 30. Algorithme du Dépistage de la TB dans les sites avec GeneXpert

Figure 31. Algorithme de dépistage de la TB pour les CDT loin des laboratoires Xpert MTB/RIF

5.11. Traitement et soins

La prise en charge des patients tuberculeux est gratuite en RCA. Le régime thérapeutique pour la TB sensible est celui de 6 mois standardisé (4RHEZ/2RH). Pour la TB pharmaco résistante le pays est en phase de transition depuis novembre 2022 du régime court injectable (4 Am-Mfx-Pto-Cfz-E-Z-Haute dose/ 5 Mfx-Cfz-E-Z) vers le protocole court entièrement oral de 9 mois. Ce protocole est mis en œuvre en phase pilote (protocole Shorrt) à base de la bédaquiline au niveau du centre national de référence de la PEC TBMR (4 mois Bdq + Mfx+ Pto + Cfz + E + Z+ Hh, suivi de 2 mois Bdq + Mfx + Cfz + E + Z, suivi de 3 mois de MFX + CLZ + E + Z). Pour les patients résistants à la fluoroquinolone, le Schéma thérapeutique est celui de 6 BdQ-Pa-Lzd. Le résultat de cette étude opérationnelle pourra permettre un passage à l'échelle dans tous les sites de prise en charge et faciliter la décentralisation du traitement. Les médicaments et les bilans pré-thérapeutiques sont subventionnés par le FM.

Le modèle du traitement médical des patients tuberculeux (TB sensible et TBMR) est le traitement ambulatoire pour les patients cliniquement stables. Cependant, en cas de formes graves de la maladie et /ou des complications, une hospitalisation est indiquée pendant la phase intensive. Le TDO n'est pas appliqué systématiquement comme le recommande l'OMS. Une dotation de deux semaines est remise pendant la phase intensive et d'un mois pour la phase de continuation aux patients TB sensible. Les patients TBMR bénéficient d'un remboursement de transport pour l'application du TDO.

Le système de suivi des personnes sous traitement antituberculeux : Les patients tuberculeux sont soumis à un suivi clinique, biologique et radiologique que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation pour détecter les effets indésirables, les échecs au traitement institué, les irréguliers et déclarés les résultats de traitement. Le programme dispose des outils de collecte des données et de suivi des patients TB (fiche de notification des effets indésirables, les registres de traitement et de diagnostic au laboratoire, les bulletins d'examen, les fiches de traitement, les cartes du malades, les fiches de rapport et de commande de médicaments et intrants). Il y a un retard dans la mise à disposition de ces outils au niveau des CDT (rupture des outils sur le terrain pendant plus d'un an). Le Programme se base sur les médiateurs communautaires recrutés par le MSP pour le suivi à domicile des patients TB sous traitement, la recherche des patients irréguliers, l'orientation des personnes présumées TB et l'orientation des sujets contacts. Ce qui pourrait contribuer à réduire le taux de PDV et des non évalués des patients TBMR. Une étude à mi-parcours des activités est urgente pour évaluer le résultat de leurs activités et tirer les leçons apprises.

La surveillance et la gestion actives de l'innocuité des médicaments : Le programme ne dispose pas d'un système de pharmacovigilance clairement défini avec des outils et le personnel n'est pas formé. Néanmoins, il existe un support pour consigner les cas des EI inclus/incorporé dans le dossier des patients TBMR et un formulaire de collecte (formulaire d'alerte) des EI pour être notifiés au PNLT. Seul les EI graves doivent être notifié au PNLT. Dans la pratique, malgré l'existence de support, ces

El ne sont pas souvent consignés dans le dossier patient. Il est important de réaliser une étude dans les CDT et les sites de PEC TBMR pour rechercher les causes de ces manquements.

En effet, afin de pouvoir déceler rapidement d'éventuels effets indésirables et d'améliorer l'observance thérapeutique, il est recommandé de voir régulièrement le patient lors des suivis, à savoir toutes les deux semaines pendant la phase initiale, puis au moins une fois par mois jusqu'à la fin du traitement. Lors de la consultation, on recherchera en particulier des signes d'atteinte hépatique, neurologique ou visuelle.

Les résultats de traitement : D'une manière générale, le succès thérapeutique est faible par rapport à l'objectif fixé par l'OMS. En 2022, le taux de succès thérapeutique pour la TB sensible est de 79 % et celui de la TBMR est de 62 %. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ce faible taux de succès thérapeutique. Entre autres nous pouvons citer le nombre élevé de PDV, l'insuffisance des informations sur les transferts sortants, la non maîtrise des directives nationales de la PEC de cas, ainsi que la non mise à disposition des directives de traitement aux prestataires de soins.

Le faible taux de succès thérapeutique des patients TBMR est marqué par l'augmentation du nombre des patients Perdus de vue (PDV) et non évalués. Ces situations sont liées non seulement aux difficultés pour les remboursements de transport et le soutien nutritionnel aux patients dans le cadre de la politique du "zéro cash" mais également des retards liés aux longues procédures de paiements pour les patients à Bangui au niveau du CNHUPP.

L'observance au traitement est un élément important pour garantir le succès thérapeutique. Ainsi, le PNLT a introduit dans ses directives de PEC des patients tuberculeux un chapitre sur l'éducation thérapeutique. Force est de constater que le manque de personnel qualifié, l'insuffisance de formation/recyclage, la surcharge des activités des prestataires et la faible implication de la communauté ne facilitent pas le suivi de l'observance.

Les mécanismes propres pour améliorer les connaissances de la population en matière de santé : Le PNLT s'appuie sur la communauté et les radios locales pour améliorer les connaissances de la population centrafricaine. Le système communautaire pour la lutte contre la TB est assuré par le RENALT, les médiateurs communautaires recrutés par le programme et les relais communautaires issus de la société civile mobilisés par le MSP pour la surveillance à base communautaire. L'une des missions des acteurs communautaires est la sensibilisation de la population sur les trois maladies prioritaires et la Covid-19. Plusieurs campagnes de sensibilisation ont été organisées par les associations affiliées au RENALT ou lors de la surveillance à base communautaire. Les rapports des activités de ces acteurs communautaires ne sont pas disponibles au niveau du programme, ce qui ne permet pas d'évaluer l'impact de leurs activités.

5.12. Dépistage et prise en charge des comorbidités

Prise en charge de la co-infection TB/VIH

Les deux programmes (VIH et TB) sont placés sous la coordination de la Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles (DLMT) plus précisément au sein de la Direction Générale de l'Épidémiologie de lutte contre la Maladie (DGELM).

- Par ailleurs, les deux programmes sont représentés **au niveau central**. Ils collaborent dans l'élaboration des documents normatifs. C'est à ce titre, qu'un plan de collaboration pour les activités conjointes TB/VIH a été élaboré en 2017. Après sa mise en œuvre, ce plan a fait l'objet ni d'évaluation et ni de révision. Certaines activités sont mises en œuvre de manière conjointe. C'est le cas des supervisions par l'utilisation des moyens logistiques communs. Il existe au sein de la coordination du PNLT un point focal TB/VIH, ce qui n'est pas le cas pour la coordination du PNLS. Par ailleurs, il existe un pharmacien pour la gestion de l'approvisionnement des deux programmes.
- Au niveau régional ou intermédiaire, les activités conjointes devraient être assurées par le chef de service de soins et supervision, placé sous l'autorité du Directeur de la Région Sanitaire. Ce dernier dans le cadre d'appui technique que la direction régionale apporte aux districts sanitaires, est en charge de tous les programmes de santé. Il devrait veiller à l'application des directives nationales, superviser le personnel chargé de la lutte contre les deux maladies et s'assurer de la promptitude et complétude de tous les rapports trimestriels et annuels d'activités des CDT et des UPEC.
- Au niveau périphérique, les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH devraient être coordonnées par le chef de section de soins et supervissons sous l'autorité du médecin chef de District. Malheureusement le cahier de charge de ce dernier ne couvre pas les activités des deux maladies.

Documents normatifs sur la co-infection TB/VIH : En 2022, le PNLT dispose de 91 structures de prise en charge de la tuberculose fonctionnelles. Pour le VIH, on compte 95 unités de prise en charge intégrées dans les formations sanitaires et 4 Centres de Traitement Ambulatoire (CTA) dont 5% n'intègrent pas les activités de lutte contre la TB. Il n'existe pas de guide pour la prise en charge du TB/VIH, mais des lignes directrices nationales pour la prise en charge de la co-infection TB/VIH existent dans les documents normatifs des deux programmes. Le PNLS dispose en plus des directives nationales, un guide de PEC des comorbidités décrivant amplement la prévention et la PEC de la TB chez les PVVIH élaboré en 2022.

Le système d'information : Il est en cours d'intégration des données TB/VIH avec l'implémentation du DHIS2. Par conséquent, les deux programmes utilisent encore un sous-système de gestion qui prend également les informations sanitaires de la co-infection TB/VIH. Il n'existe donc pas un système intégré de gestion des activités relatives à la coïnfection TB/VIH. Chaque sous-système d'informations sanitaires dispose des outils propres. L'approvisionnement en médicaments ou intrants pour la co-infection suit le circuit de la chaîne d'approvisionnement mis en place dans la subvention du fonds mondial pour la PEC TB/VIH.

Prise en charge de la comorbidité Diabète/TB¹: Il existe un Service de Diabétologie qui est logé au sein de l'Hôpital de l'Amitié. Il n'y a que deux diabétologues de formation disponibles dans le pays et concentrés à Bangui au niveau dudit Hôpital. Le service dispose d'un local exigu avec un seul lit pour les soins des diabétiques. Les moyens thérapeutiques sont insuffisants, notamment la disponibilité de glycémètres pour le dosage de la glycémie dans les services. Le Service de Diabétologie est soutenu par l'Association des Diabétiques de Centrafrique (ADC) qui organise des campagnes d'éducation pour la Santé à l'attention des malades. Cependant on note une absence de collaboration totale entre ce service et/ou le programme des MNT avec le programme de lutte contre la tuberculose. Ce qui explique l'absence de cadre permettant la mise en œuvre des activités conjointes concernant la réduction de la charge de la TB chez les patients diabétiques ainsi que la charge du diabète chez les patients tuberculeux.

Prise en charge de la comorbidité Malnutrition /TB : Le CHUP est le centre de référence pour la PEC de la malnutrition qui s'occupent des enfants dénutris de 06 à 59 mois. Il n'existe pas de cadre de concertation entre le programme TB et les services de nutrition des FOSA qui sont beaucoup plus gérés par les ONG. Ce cadre devrait permettre de réduire le poids de la tuberculose sur la malnutrition et vice-versa. Dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités, le PNLT apporte un appui alimentaire aux patients TB-MR (kits alimentaires).

Prise en charge des comorbidités Alcool/Tabac/TB : Le pays ne dispose pas de centres de désintoxication pour l'alcool et le tabac. Le programme ne dispose pas de moyens pour mesurer la charge de ces facteurs de risque sur les patients TB et vice-versa.

Prise en charge de la co-infection Covid-19 /TB : Bien que le pays ait entamé avec succès la vaccination des groupes exposés et vulnérables, les gestes barrières, principalement le lavage des mains et le port des masques, demeurent les mesures de lutte et de prévention les plus préconisées. Pour la RCA, les indicateurs TB n'ont pas été influencés par la pandémie Covid-19, on peut même dire que la Covid-19 a amélioré la notification de la TB par l'accès aux tests MTB/Rif avec l'augmentation du nombre des machines GeneXpert dans le pays. Pour mitiger l'impact de la Covid-19 sur la TB, le programme a bénéficié de la subvention C19RM du FM notamment des lignes budgétaires pour le renforcement du système de santé y compris la formation des prestataires sur la similitude TB/Covid et la PCI, l'achat des appareils GeneXpert servant à renforcer le diagnostic de la tuberculose. Ces mesures ont également permis de renforcer la surveillance aux niveaux des frontières.

5.13. Lutter contre la tuberculose dans les groupes vulnérables

Groupes vulnérables : Les groupes vulnérables à la tuberculose sont les PVVIH, les enfants, les personnes privées de libertés (PPL), les personnes dénutries, les diabétiques, les Réfugiés/déplacés

¹ PSN MNT 2018-2022 page 18

internes/retournés, les nomades/éleveurs mobiles, les miniers, et les populations minoritaires dont les pygmées.¹

A côté de ces groupes le programme compte mener également des activités à l'endroit des populations plus exposées à la tuberculose en raison de leur lieu de travail dans des environnements sur peuplés : agents de santé, commerçants (Koli et Wali gara), taxi motos et les personnes vivant dans les bidons villes. Le programme cible également des actions à l'endroit des tradipraticiens, les marabouts et les responsables de cellules de prières pour atteindre les personnes tuberculeuses qui sont internées aux domiciles des tradipraticiens, les marabouts et responsables de cellules de prières ainsi que dans leurs environnements ; car ce sont là des sources de contamination. Ils constituent une cible pour la détection active de cas ainsi de recherche de PDV.

D'une manière générale, il y'a une insuffisance dans la traçabilité des activités qui sont menées à l'endroit de ces groupes et rendant difficile l'évaluation de l'ampleur de la maladie dans ces différents groupes.

Tuberculose chez les PPL : Les conditions en milieu carcéral (la promiscuité, le manque de ventilation dans les cellules) et la dénutrition contribuent au risque de transmission de la TB parmi les PPL ainsi que pour le personnel pénitentiaire et les visiteurs. Le VIH et la tuberculose, de par leurs prévalences élevées en milieu pénitentiaire, impliquent des défis à relever aussi bien sur le plan médical, socio-psychologique que des ressources. A cela s'ajoute la pandémie Covid-19. L'accès aux services de santé en milieu carcéral reste néanmoins limité y compris en matière de VIH, de la syphilis et de la tuberculose. En janvier 2019, la RCA a adopté un document sur la politique nationale de santé dans les établissements pénitentiaires (DPNSP). Ce document fournit un cadre général pour la santé dans les établissements pénitentiaires (EP) et une description du rôle des principales parties prenantes, y compris le transfert de l'autorité en matière de santé dans les établissements pénitentiaires des Forces armées centrafricaines (FACA) au Ministère de la santé et de la population. Le pays a également développé un Plan opérationnel VIH/TB dans les établissements pénitentiaires en RCA pour la période 2021-2023 avec l'appui de ses partenaires (ONUSIDA, ONUDC, MINUSCA, OMS). Ce plan est basé sur les recommandations internationales qui a découlé à l'élaboration des directives nationales de prise en charge du VIH/TB en milieu carcéral et des manuels de formations/sensibilisation des PPL et le personnel pénitentiaire en 2021.

Le dépistage de la TB, VIH et Covid 19 à l'entrée des EP n'est pas systématique partout. La campagne de dépistage chez les PPL de Ngaragba a permis de toucher 1349 PPL. Sur les 1002 PPL présumées TB, il y'a eu 35 PPL positifs (TPB+) par le GeneXpert dont 9 cas de TBMR (Juin-Juillet 2022). Ils ont pu bénéficier de traitements appropriés. L'opérationnalisation des procédures opérationnelles standards de PEC de la TB/VIH dans les EP, l'instauration d'un dépistage systématique avant toute admission pénitentiaire et la mise en œuvre régulière des activités de dépistage actif dans toutes les maisons carcérales fonctionnelles du pays aideraient à améliorer la santé des PPL (Source : Rapport final dépistage TB prison Ngaragba, juin-juillet 2022. PNLT).

¹ Partenariat Halte à la tuberculose. Le Plan mondial pour Éliminer la Tuberculose – Le Changement de paradigme (2016-2020). Genève : Partenariat Halte à la tuberculose, 2015.

Le programme ne dispose pas de données concernant les cas de tuberculose parmi ces populations à savoir les migrants, les renournés, les réfugiés et les déplacés internes, les miniers.

5.14. Les leçons apprises dans la mise en œuvre de la lutte TB en RCA et bonnes pratiques

Tout comme les autres pays, la RCA a adopté des pratiques innovantes pour relever les défis rencontrés dans la lutte contre la tuberculose. En particulier dans la notification des cas pour réduire le gap des cas manquants de TB (54% en 2021) et le ciblage des populations avec accès réduit aux soins de la tuberculose. Le pays a mis en œuvre des stratégies novatrices pour améliorer la recherche active des cas de tuberculose et de manière intégrée avec les autres maladies.

Campagne de dépistage actif intégréTuberculose VIH Paludisme COVID19 Hypertension Artérielle et Diabète

Sous le lead du chef du département du Ministère de la santé, une campagne intégrée de recherche active de la tuberculose a été menée dans le marché de GBENGUEWE. Le choix du dit marché était motivé par l'alerte donnée par la présidente des commerçants (appelé en langue nationale WALI et KOLI GARA), sur un constat inquiétant de l'état de santé de certains commerçants du dit marché. Le tableau clinique décrit était dominé par une toux d'allure chronique sur fonds d'amaigrissement et un décès au décours d'une hémostysie. Aussi au fait qu'il s'agit d'une banlieue avec des conditions de vie de la population en promiscuité, mauvaise urbanisation et avec un accès limité à l'eau potable. Tenant compte de la pandémie Covid-19, du contexte de ressources limitées et des barrières socio-culturelles dominées par la stigmatisation/discrimination d'une personne atteinte de la tuberculose, le département a bien voulu procéder de manière intégrée avec le dépistage des autres maladies (Covid-19, Diabète, VIH et l'hypertension artérielle). Ce qui a permis de réduire la stigmatisation des personnes qui se présenteront à l'équipe de la clinique mobile. Ainsi elle était nommée campagne de dépistage actif intégré pour Tuberculose_VIH_Paludisme_COVID19_Hypertension Artérielle et Diabète. Une équipe multidisciplinaire était mise en place composée des différents programmes du ministère de la santé ciblés et des partenaires. Au total 374 personnes ont été consultées par l'équipe durant les deux jours d'activité. L'âge des personnes consultées varie de 2 à 78 ans. Les principaux résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous. Les détails de la présente stratégie sont présentés dans le rapport.

Tableau 13. Résultats de la Campagne de dépistage actif intégréTuberculose_VIH_Paludisme_COVID19_Hypertension Artérielle et Diabète

Maladie ciblée	Résultats
Paludisme	283 personnes présentant des symptomatologies en faveur du paludisme ont pu bénéficier d'un test TDR. Sur ce total, 24% de cas étaient positifs (66 cas de paludisme simple traité par ACT et 1 cas de paludisme grave chez 1 enfant de 5 ans avec convulsion orienté au centre de santé de Malimaka pour des soins appropriés)

Tuberculose	75 personnes présumées tuberculeuses ont bénéficié d'un examen bactériologique des crachats. Sur les 75 échantillons de crachats testés, 8% de cas étaient positifs pour la Tuberculose. Et le reste est orienté au centre pour investigation d'une TB cliniquement diagnostiquée probable.
VIH	228 personnes testées dont 3,5% de positivité. 15 personnes consultées ont déclaré spontanément qu'elles étaient déjà sous ARV et suivi dans un centre de santé.
HTA	62 personnes ont présenté une tension artérielle supérieure à 15/10 mm Hg. Parmi ces personnes, 17 avaient reçus une injection de Lasilix pour des chiffres maximums variant entre 17 et 20/110 mm Hg et orientés aux spécialistes à l'hôpital AMITIE ou COMMUNAUTAIRE pour une meilleure prise en charge et un suivi. Plus de la moitié de ces patients ne se connaissait pas hypertendu.
Diabète	26 personnes avec des signes d'appel du diabète ont été dépistées pour le diabète. Parmi lesquelles cinq (5) ont présentés une hyperglycémie et orientés en consultation aux spécialistes à l'hôpital AMITIE pour une meilleure prise en charge et un suivi.
COVID_19	154 personnes ont été dépistées pour la COVID_19. Aucun cas positif n'a été détecté. 83 personnes ont été vaccinées pour la COVID_19.
Autres	Masse mammaire : Une dame de 58 ans a consulté pour tuméfaction mammaire gauche. Elle a été orientée en consultation Gynécologique pour investigation.

NB : Les personnes avec un résultat positif ont été systématiquement orientées pour une prise en charge dans la formation sanitaire la plus proche. Les cas diagnostiqués TB ont pu bénéficier des visites à domicile pour l'investigation des contacts.

Parmi ces innovations, nous pouvons citer également la volonté du département à l'utilisation des appareils GeneXpert pour le diagnostic multi maladies (VIH, TB, Covid-19 et hépatites) et le passage à l'échelle du test GeneXpert MTB/Rif comme test initial de diagnostic TB.

Avec la pandémie de COVID-19, il y'a eu également le renforcement de la mise en œuvre des activités communautaires à travers la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire (SBC). La SBC est une méthode d'approche communautaire mise en place politiquement selon les visions du Chef de l'Etat pour l'accès de la population à la couverture sanitaire universelle. C'est une décentralisation des soins de santé de base auprès des ménages, pour inciter la population à s'approprier une auto prise en charge. Elle étaye la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de la riposte avec la participation éclairée de la communauté. Le déploiement d'acteurs communautaires impliqués dans la lutte contre la pandémie de COVID-19, pourront être formés pour également lutter contre la tuberculose est une opportunité.

Campagne de vaccination intensifiée intégrée avec les interventions à haut impact dans la région sanitaire N°7

L'existence des enfants non ou insuffisamment vaccinés dans nos communes, villages et arrondissements reste une préoccupation pour le département. Aussi, pour arrêter l'évolution de la pandémie de la Covid 19 et prévenir la survenue des épidémies mortelles chez les enfants la

vaccination reste l'un des piliers essentiels de la réponse. Dans le cadre de la politique Nationale de l'intégration des activités de santé, avec l'appui financier des partenaires, la mise en œuvre de la stratégie de vaccination intensifiée va permettre de rattraper les enfants insuffisamment vaccinés, mais également de renforcer l'immunité contre la Covid-19 et fournir en même temps d'autres paquets d'intervention à haut impact comme le diagnostic et la prise du Paludisme, de la TB, du VIH, de l'HTA, du Diabète.

6. EXAMEN SUCCINCT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRECEDENT PSN TB

Le précédent PSN avait pour but de réduire le nombre de décès liés à la tuberculose de 2200 en 2015 à 902 en 2023.

Les objectifs opérationnels étaient de :

- 1) Atteindre au moins 25000 cas de tuberculose toutes formes confondues notifiés en 2023 avec un taux de succès thérapeutique au moins à 90%.
- 2) Augmenter en 2023 à 181 le nombre de malades mis sous traitement pour une tuberculose multi-résistante ou résistante à la rifampicine et atteindre un taux de succès thérapeutique d'au moins 90%.
- 3) Renforcer la prise en charge des patients co-infectés tuberculose/VIH par le dépistage systématique de l'infection VIH chez 90% des malades tuberculeux notifiés, la mise sous traitement antirétroviral et le cotrimoxazole chez >95% des patients co-infectés tuberculose/VIH en 2023.
- 4) Accroître les financements pour la lutte contre la TB et améliorer les capacités de gestion du PNLT.
- 5) Améliorer la collaboration avec les communautés, les organisations de la société civile et humanitaires pour la prévention, le diagnostic et le suivi du traitement de la tuberculose (TB).

Les principaux résultats et niveau de réalisation sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 14. Principaux résultats de la mise en œuvre du PSN précédent

Objectif	Année 2021		Niveau atteint
	Prévision	Réalisation	
Détection TB sensible	17000	13 216	78%
Succès thérapeutique	90%	79%	88%
Nombre de TBMR notifiés	163	119	73%
Succès thérapeutique TBMR	90%	62%	68%
Test du VIH chez les patients TB	90%	80%	88%

Des efforts ont été fournis pour maintenir le niveau de la lutte mais des défis importants restent à surmonter notamment dans le domaine de la notification et du suivi des patients.

L'analyse de la réponse nationale s'inspire de l'analyse Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces (FFOM) réalisée au cours de la revue programmatique conduite en Novembre 2021. Cette analyse a été mise à jour avec toutes les parties prenantes dans le processus de l'écriture du PSN. Elle permet de mettre en évidence les forces sur lesquelles il faudra compter et construire au cours de la prochaine planification, les opportunités à saisir, les faiblesses qu'il faudra impérativement adresser et les menaces à redouter. Cette analyse respecte la configuration des trois principaux piliers de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose ».

Tableau 15. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) des 3 principaux piliers

PILIER 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient : met à l'avant tout ce qui concerne la prise en charge, la prévention, le réseau de laboratoires, les groupes vulnérables, la tuberculose multi-résistante et la co-infection.	
FORCES	FAIBLESSES
Extension ou augmentation de l'offre de services	
<ul style="list-style-type: none"> - Efforts d'intégration des services de tuberculose dans les soins de santé primaires - Personnel motivé et formé particulièrement dans les CDT et les CT. - Augmentation du nombre de Genexpert de 12 en 2017 à 35 en 2022 - Personnels disponibles et dévoués - Existence d'un LNR 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible couverture en CDT et CT, particulièrement dans les régions sanitaires 4,5 et 6 (85 CDT, 4 CT et 2 CD pour tout le pays). - Une Sous-utilisation des machines GeneXpert qui pourrait s'expliquer en partie par l'Insuffisance dans le réapprovisionnement des FOSA en cartouches et l'absence de maintenance préventive et curative des appareils GeneXpert. - Retard dans l'application des recommandations de l'OMS pour l'utilisation des machines Genexpert comme test de première intention pour le diagnostic de la TB. - Le système de transport des échantillons n'est pas fonctionnel - Pas de recherche systématique de la tuberculose chez les sujets contacts des TPB + - La stigmatisation/discrimination diminue l'accès aux services.
Diagnostic précoce	
<ul style="list-style-type: none"> - Le diagnostic de la tuberculose est gratuit dans tous les CDT (microscopie, test moléculaire) - L'intégration progressive des nouvelles technologies (Xpert, LPA) est effective. - Existence d'un laboratoire national de référence pour la mycobactériologie (IPB Bangui) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance et vétusté du matériel de diagnostic (microscopes, GeneXpert) - Radiographie est payante. - La recherche de la tuberculose chez les personnes vulnérables (PVVIH, diabétiques, détenus, nomades, enfants) est insuffisante - Faible participation communautaire dans l'orientation des cas présumés et dans le suivi du traitement

PILIER 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient : met à l'avant tout ce qui concerne la prise en charge, la prévention, le réseau de laboratoires, les groupes vulnérables, la tuberculose multi-résistante et la co-infection.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des techniques de la culture/ATB + LPA + GeneXpert à l'IPB - Présence d'un système de contrôle de qualité externe pour l'IPB (Bénin, IMT Anver) - Existence d'un plan stratégique de laboratoire pour la TB 2018-2021 - Existence de relais communautaires disponibles pour appuyer l'orientation et le suivi des cas - Activités communautaires mise en œuvre même si elles sont éparses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Activités des organisations communautaires peu structurées et faiblement intégrées - L'intensification du dépistage de la tuberculose à travers la prise en compte des préoccupations et l'implication de la communauté. - La faible couverture géographique des activités communautaires. - Toutes les activités du RNALT ne sont pas menées par les agents communautaires pour diverses raisons entre autres retard des financements des frais des déplacements des visites à domicile pour les patients très éloignés pour la recherche des contacts, etc.) - Manque des Supports didactiques d'IEC et CCC
Réseau de laboratoires et gestion des médicaments	
<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de microscopes et d'intrants dans les laboratoires - Disponibilité des Directives nationales pour le diagnostic microscopique de la TB bien respectées en général - 19 hôpitaux de district sur 35 disposent d'une machine GeneXpert. - Personnel du LNR formé - L'existence de manuels pour le réseau des laboratoires selon de la pyramide sanitaire du pays (Microscopie, GeneXpert et Culture) - L'existence d'un Laboratoire national de référence (LNR) à l'Institut Pasteur de Bangui pour la surveillance de la tuberculose pharmacosensible et pharmaco-résistante et du réseau de laboratoire pour le dépistage, le diagnostic. - L'existence d'un système de contrôle de qualité par le système de panel qui est organisé par le LNR/IPB. - Le LNR/IPB participe au Contrôle Qualité du laboratoire supranational (SRL) Cotonou pour la microscopie et le SRL Anvers pour les autres examens. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'inexistence d'une base de données nationale standardisée pour le laboratoire. - La maintenance des équipements est irrégulière. - Le pays ne dispose pas de plan de maintenance de tous les appareils disponibles dans le pays. - Irrégularité d'approvisionnement des FOSA en cartouches Genexpert - Le Logiciel DataToCare est installé sur les appareils GeneXpert à Bangui mais non fonctionnel faute de débit de connexion internet insuffisant.
Ciblage des populations vulnérables	

PILIER 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient : met à l'avant tout ce qui concerne la prise en charge, la prévention, le réseau de laboratoires, les groupes vulnérables, la tuberculose multi-résistante et la co-infection.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'infirmérie dans les MAC les plus peuplées - Partenaires prêts à collaborer dans les centres de réfugiés : OIM, UNCHR, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des données sur les populations vulnérables - Faible collaboration avec les centres mère-enfant, les centres de nutrition, les services pédiatriques - Faible screening à l'entrée dans les MAC - Coordination insuffisante entre les MAC et les CDT environnants, d'où un manque de continuité du traitement chez les détenus après libération - L'insuffisance d'accessibilité des services de diagnostic pour les principales populations affectées (pygmées, miniers, les personnes privées de liberté, les déplacés internes/réfugiés).
Traitement de tous les patients	
<ul style="list-style-type: none"> - Guide technique mis à jour et conforme aux normes internationales - Directives respectées dans les sites de prise en charge - La disponibilité et la gratuité des médicaments antituberculeux (1ère et 2ème ligne). - La gratuité des examens de suivi et de l'hospitalisation des cas de TB graves. - Enfants contacts bénéficiant de la TPT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le taux de succès de traitement est faible (varie entre 70-80% depuis ces dernières années). - Le nombre élevé des perdus de vu traduit une insuffisance dans le suivi des patients. - L'insuffisance des informations sur les résultats de traitement des patients transférés et l'absence de flotte pour le contact et rappel. - La non vulgarisation des directives nationales sur la prise en charge de la tuberculose (mise à disposition, formation des agents de santé) - L'insuffisance d'IEC aux malades et il n'y a pas de boîte à images, ni d'affiches pour sensibiliser les patients sur la maladie, l'observance du traitement, la gratuité des soins, etc. - Le traitement directement observé dans les CDT visités n'est pas effectif. Les infirmiers des CDT font une dotation des médicaments pour deux semaines à 1 mois en 1^{ère} et 2^{ème} phase. - Les informations sur la chimio prophylaxie à l'INH ne sont pas collectées de manière systématique - La pharmacovigilance n'a pas encore intégré les antis tuberculeux parmi les médicaments à surveillance.
TB-MR	

PILIER 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient : met à l'avant tout ce qui concerne la prise en charge, la prévention, le réseau de laboratoires, les groupes vulnérables, la tuberculose multi-résistante et la co-infection.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un Point Focal TB-MR à la coordination du PNLT ; - Le régime oral est en cours de mise en œuvre dans le cadre d'une étude avec l'OMS TDR et L'Union (protocole SHORRT) : 4 Bdq-Mfx-Pto-Cfz-E-Z-Hh / 2 Bdq-Mfx-Cfz-E-Z / 3 Mfx-Cfz-E-Z et le 6BpaL pour les cas résistants à la Fluoroquinolone. - Hospitalisation se fait pour des cas grabataires ; - Personnel engagé dans leur travail ; - L'appui nutritionnel est donné aux malades TBMR et les frais de transport pour faciliter la prise du traitement directement observé. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible détection des cas de TB-MR - Faible couverture en unités de prise en charge TB-MR - Faibles capacités d'hospitalisation des malades avec état grabataire - Les résultats de traitement sont encore insuffisants : le succès thérapeutique est à 62% (Rapport mondial 2022, alors que par le passé le pays avait autour de 80% de succès thérapeutique). - Sur les 610 cas attendus de TBMR estimés par l'OMS, seulement 119 cas ont été confirmés au laboratoire et notifiés. - 53/119 patients TBMR ont bénéficiés du test de résistance pour la fluoroquinolone, alors que ce test est indiqué au début de traitement pour tout patient TBMR. - Insuffisance dans le système de retrait des résultats des patients diagnostiqués au niveau des laboratoires. - Tous les patients testés résistants ne sont pas mis sous traitement de seconde ligne (100/119 patients dans le dernier rapport OMS 2022). - L'algorithme pour le diagnostic de la TBMR est restrictif. Car il ne concerne que les cas déjà traités, les cas contacts de patients TBMR, les patients TPB+ positifs au deuxième mois de 1ère ligne, les PVVIH, les enfants, les personnes détenues). - Le test à la bédaquiline n'est pas disponible dans le pays et il est prévu l'envoi des échantillons au laboratoire supranational dans le cadre de l'étude avec l'OMS TDR et L'Union. - Le système de transport des échantillons est non fonctionnel et limite l'offre de service de dépistage de la tuberculose pharmaco résistante à la population.
TB/VIH	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence d'un ancien plan 2017-2021 TB/VIH. - L'existence d'un document de procédures pour le transport intégré des échantillons pour la TB et le VIH. - L'existence des bandelettes de TB-LAM pour le diagnostic de la TB chez les TB/VIH à stade avancé de la maladie. <ul style="list-style-type: none"> - La coordination TB/VIH n'est pas fonctionnelle : Il n'y a pas de Note de service/Arrêté du Ministre pour formaliser la mise en place des groupes techniques de collaboration TB/VIH au niveau Central, des RS et des DS. - L'évolution du taux de dépistage VIH chez les patients TB est stationnaire à 80% depuis plusieurs années ;

PILIER 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient : met à l'avant tout ce qui concerne la prise en charge, la prévention, le réseau de laboratoires, les groupes vulnérables, la tuberculose multi-résistante et la co-infection.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - 97% des patients coinfectés TB/VIH sont mis sous ARV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de guichet unique pour les patients coinfectés TB/VIH. - L'insuffisance de recherche active de la TB et de la mise en œuvre du traitement préventif de la tuberculose (TPT) chez les PVVIH. - Données TPT non collectées de manière systématique - Non existence d'un guide de contrôle de l'infection - Mesures de contrôle de l'infection pas toujours respectées. - Quatre régions (3,4,5,6) sur sept ont un taux de mise sous TAR inférieur à 70% - Insuffisance de connaissances de la population sur la TB - Insuffisance des données de la co-infection TB/VIH à la porte d'entrée VIH

PILIER 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien : met l'accent sur l'engagement politique, la disponibilité des ressources humaines, financières et matérielles pour le fonctionnement adéquat du programme et aussi la participation active de tous les secteurs de la société civile dans la lutte.

FORCES	FAIBLESSES
Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention	
<ul style="list-style-type: none"> - La tuberculose est reconnue comme une priorité nationale (PNDS) et le PNLT est l'un des programmes stratégiques de santé du Ministère de la Santé et de la population. - Existence d'un PNLT et ses démembrements suivant la pyramide sanitaire - Existence d'un personnel étatique disponible pour la lutte contre la TB - L'existence d'un cadre de collaboration du ministère de la santé avec les partenaires et des réunions hebdomadaires se tiennent au cabinet du Ministre de la santé. - Le programme TB suit une approche structurée de la planification, l'élaboration du PSN étant précédée d'une revue du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'Organigramme du PNLT existe en draft et doit être validé. On note également une inadéquation entre les attentes du programme et l'organigramme à l'état actuel (en Ressources Humaines comme par exemple l'absence d'un responsable en suivi évaluation, du responsable GAS, etc.). - Le financement de la lutte contre la tuberculose dépend essentiellement des contributions extérieures. - Les locaux de l'unité centrale sont exigus, insuffisants et non réhabilités. - Les matériels roulants et ordinateurs sont obsolètes - Il y a une faible collaboration du programme avec les partenaires techniques pour communiquer les réalisations et défis et disséminer les résultats de la mise en œuvre du plan d'activité afin de susciter l'appui technique et financier en cas de besoin. - Une appropriation multisectorielle limitée de la riposte à la TB, y compris les engagements de l'UN HLM, au-delà du programme de lutte contre la tuberculose.

PILIER 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien : met l'accent sur l'engagement politique, la disponibilité des ressources humaines, financières et matérielles pour le fonctionnement adéquat du programme et aussi la participation active de tous les secteurs de la société civile dans la lutte.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - Les documents normatifs sont disponibles (en draft). 	<ul style="list-style-type: none"> - Les recommandations des différentes missions ne sont pas suivies et mises en application - L'insuffisance des CDT qui affecte l'offre de soins pour le dépistage et la prise en charge des cas de TB (cas manquants et des grandes distances à parcourir pour bénéficier des soins TB). - La supervision intégrée au niveau des structures de santé ne se fait pas depuis deux ans - Un cadre de collaboration n'est pas clairement défini entre le PNLT et les 2 laboratoires de référence (IPB/LNR de mycobactériologie et le LNSPBC), les privés, autres partenaires potentiels pour dégager les rôles et responsabilités de chaque partie. - Le plaidoyer pour l'intégration des services antituberculeux dans les plans et budgets gouvernemental et des régions. - Les radiographies du thorax sont payantes pour le diagnostic de la TB (5000FCFA). - Le taux d'absorption des fonds du FM pour la TB/VIH est de 31% et d'utilisation du budget est de 52% pour la période de juillet –décembre 2021 (Lettre de gestion du FM).
Collaboration renforcée des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés (Communautaires, société civile et tradipraticiens et les secteurs publics hors PNLT et les secteurs privés)	
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un document de stratégie communautaire nationale - Identification et orientation des cas présumés par les relais vers les CDT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Document de stratégie communautaire pas vraiment en usage sur le terrain - Absence des directives pour aider les ONG/Associations à intégrer la TB dans leurs activités communautaires (ENGAGE TB) - Faible implication des ONG dans la planification et suivi-évaluation des activités TB au niveau des DS - Faible implication de structures de santé privées dans la lutte anti-B - Recours faible et tardif aux services de santé à cause de la stigmatisation - Faible couverture en relais communautaires - Mauvaise répartition des relais autour des CDT - Faiblesse de la stratégie d'intervention des relais communautaires

PILIER 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien : met l'accent sur l'engagement politique, la disponibilité des ressources humaines, financières et matérielles pour le fonctionnement adéquat du programme et aussi la participation active de tous les secteurs de la société civile dans la lutte.

FORCES	FAIBLESSES
	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de coordination des activités des relais communautaires - Insuffisance de motivation des relais communautaires (prime insuffisante ou inexistante) - Faible implication des collectivités et des organisations de la société civile - Insuffisance de séances de sensibilisation sur le terrain.
<ul style="list-style-type: none"> Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'utilisation rationnelle des médicaments et la lutte anti-infectieuse - Existence d'une Direction de suivi évaluation de tous les projets et programmes de santé. - Existence d'une unité de Suivi-Évaluation au niveau central du PNLT - FdR de Renforcement du SNIS mulitbailleurs en cours de mise en œuvre pour un SNIS unique et intégrateur. - Disponibilité des outils primaires de collecte de données de du SNIS y compris la TB. - Transition en cours pour la saisie et l'analyse des données agrégées TB dans le DHIS2 par CDT. - Organisation des réunions semestrielles de validation de données VIH et TB avec les parties prenantes. - Existence d'une politique pharmaceutique nationale d'approvisionnement - Utilisation de la plateforme WAMBO pour le suivi des commandes. - Existence d'un partenariat avec le PAM en matière de logistique. - Utilisation d'un Tableau de bord de visibilité des états de stock et commande internationale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisations des anciens outils primaires de collecte - Insuffisances des supervisions de la mise en œuvre du programme de la lutte contre la TB à tous les niveaux (dernière supervision remonte à 2 ans) ; - Non-respect du circuit SNIS de transmission des données TB. - Insuffisance dans l'organisation des supervisions, revues et de validations de données. - Insuffisance en RH qualifié en suivi/évaluation au PLNT et au niveau décentralisé. - Comité de quantification non fonctionnel ; - Faible capacité de stockage à tous les niveaux - Capacité limitée de ravitaillement pour les axes par UNHAS

PILIER 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation : est essentiellement consacré aux activités de recherche.

FORCES	FAIBLESSES
Promotion de la recherche opérationnelle	

<ul style="list-style-type: none"> - Personnel conscientisé sur l'importance de la recherche opérationnelle pour améliorer les résultats - Volet « Recherche » présent dans tous les PSN antérieurs. - Existence d'un dispositif institutionnel pour les recherches opérationnelles en santé y compris la TB. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de financement pour les activités de recherche opérationnelle - Compétences insuffisantes au niveau du PNLT pour conduire les activités de recherche - Collaboration insuffisante avec les centres de recherche et les universités.
--	--

OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de partenaires techniques et financiers pour accompagner le PNLT dans ses activités - Engagement de l'Etat Centrafricain - Financement des partenaires internationaux - Disponibilité dans le pays des Partenaires qui peuvent spécifiquement aider avec les réfugiés, les déplacés et les migrants - Collaboration avec les guérisseurs traditionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Trop forte dépendance du financement externe - Non-respect des engagements pris par l'Etat - Environnement peu sécuritaire surtout dans certaines régions - Grande mobilité du personnel - Pesanteurs socio-culturelles.

7. ANALYSE DES LACUNES PROGRAMMATIQUES.

L'analyse FFOM réalisée au cours du processus de la revue et de l'élaboration du PSN permet de dégager certaines lacunes dont les causes sous-jacentes méritent d'être élucidées. Chacune de ces lacunes programmatiques sont analysées ci-dessous pour mettre en exergue les insuffisances et les limites des stratégies qui avaient été utilisées et identifier celles qui pourront être maintenues ou renforcées ou abandonnées ou encore d'autres nouvelles qui pourraient être utilisées au vu de leurs pertinences.

7.1. Lacunes systémiques à l'origine des lacunes programmatiques

Des lacunes systémiques sont en partie à l'origine de ces lacunes programmatiques analysées dans les sections qui suivent. La faible notification des cas et le faible taux de succès du traitement sont liés d'une manière générale par la faiblesse du système de santé en RCA.

L'offre de soins pour la tuberculose représente que 10% des formations sanitaires fonctionnelles en 2022. L'insuffisance en ressources humaines du secteur de la santé touche les différents niveaux de la pyramide sanitaire. A cela s'ajoute l'insuffisance des ressources limitant la mise en œuvre régulière des supervisions décentralisées. A cela s'ajoute l'absence de partenariat public-privé en particulier pour la lutte contre la tuberculose. Les postes de santé ainsi que la communauté sont insuffisamment impliqués dans l'identification des tousseurs, leur orientation au CDT et ou

l'acheminement des échantillons vers les CDT. Les malades tuberculeux sont confrontés à des problèmes financiers entraînant une insuffisance d'accès aux soins du fait de l'absence de couverture d'assurance maladie (70% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté en RCA). Concernant les menaces, il y a eu une insuffisance d'actions pour lutter contre les pesanteurs socio culturelles. On note également l'absence d'un cadre de redevabilité multisectorielle en faveur de la TB et l'insuffisance des allocations budgétaires de l'Etat Centrafricain pour la TB.

7.2. Une sous-notification et sous diagnostic des cas de TB sensible

En dépit d'une légère hausse de la détection, les cas manquants qui entretiennent la transmission dans la communauté sont estimés à 15784 cas incidents, soit 54% des cas estimés. Il existe une faible couverture en CDT accentuer dans 4 régions sanitaires (3,4,5 et 6) sur sept. Ces 4 RS représentent plus de 70% de gap. A ce sujet, il faut souligner en tout premier lieu que le dépistage de la tuberculose est essentiellement passif, c'est-à-dire les structures sanitaires attendent que la communauté, avec ses croyances et coutumes, vienne chercher les services. Depuis lors, la recherche active de cas présumés dans la communauté se faisait sans cadre formel et était encore en phase d'implémentation. Mais le guide de la recherche active vient d'être validé (01/2023) légitimant le cadre règlementaire de cette activité. Par ailleurs, en dépit de l'existence des machines GeneXpert (35 machines en Août 2022), ce test n'est pas encore utilisé comme test diagnostique de première intention au niveau national. Les autres moyens diagnostiques ne sont pas accessibles comme la radiographie qui est rare et payante. D'autres raisons évoquées sont la stigmatisation/discrimination, l'accessibilité géographique difficile pour certains CDT et le manque de matériels et intrants diagnostiques. A cela s'ajoute la faible implication communautaire.

Il y'a une faible couverture des CDT en appareil Genexpert soit 24 formations sanitaires seulement couvertes sur les 91 sites TB. Enfin, le plan de transport des échantillons qui n'est pas encore mise en œuvre faute de financement lié à la politique de « zéro cash Policy ».

La décentralisation de la prise en charge de la tuberculose est en cours avec l'extension des centres de dépistage et traitement (CDT) avec l'appui du Fonds Mondial. Ce qui pourrait améliorer la couverture de dépistage et le traitement des cas TB. Pour les prochaines années, le PNLT prévoit de renforcer la recherche active des cas, une stratégie est élaborée pour la recherche de cas.

7.3. Un faible taux de succès thérapeutique

Le succès de traitement de la cohorte des nouveaux cas de TB sensible a connu de fortes variations entre 2000 et 2010 avec des taux élevés en 2004 (88 %) et très bas en 2009 (47%). Cependant, depuis 2011, ce taux progresse chaque année et il est passé de 59% en 2011 à 81% en 2019. Malgré cette constante évolution, la cible fixée par le programme pour cet indicateur est loin d'être atteinte. Pour la cohorte 2020, le taux de succès du traitement est de 79% (en dessous de la cible de 90%), les perdus de vue ont considérablement baissé pour passer à 6% ; cependant, les patients non évalués ont connu une augmentation par rapport aux années précédentes avec 9% en 2020. Ceci traduit les insuffisances dans le suivi des patients. Les issues défavorables sont alimentées par l'insuffisance de

la non-application du traitement directement observé par les prestataires, les communautaires, les parents, les nouvelles technologies d'aide à l'observance et de la communication.

Au niveau régional, pour la cohorte 2020, le succès de traitement est le plus bas pour RS5 (53%) et le plus élevé pour RS1 (91%). Les taux de succès de traitement sont plus importants pour les trois régions (RS1, RS2 et RS7) et plus bas pour les 4 autres régions où il est plus difficile de mettre en œuvre les activités du programme à cause de la situation d'insécurité. Il est donc impérieux de mettre en place des mécanismes efficaces pouvant assurer l'observance et la qualité du traitement adaptés à chaque contexte.

7.4. Le ciblage insuffisant des groupes vulnérables

La prise en charge de la Tuberculose chez l'enfant est encore faible dans certaine ville du pays. La recherche autours des cas contacts des patients tousseurs se fait uniquement à Bangui.

Les enfants de 0 -14 ans représentaient 13% de l'ensemble des cas de TB, ce qui est dans la fourchette attendue pour les pays à revenu faible et intermédiaire comme la RCA. Cependant le ratio 0-4ans/5-14ans est de 0,7 et très faible par rapport à la norme (1,5 – 3) traduisant un sous diagnostic de la TB chez les enfants âgés de 0 – 4ans lié aux faibles capacités de diagnostic (techniques et de couverture géographique de l'offre) de la TB chez les plus petits enfants en RCA. Les structures sanitaires sont confrontées à une insuffisance de plateau technique pour la tuberculose. Quand les moyens diagnostiques sont disponibles, ils sont le plus souvent payants comme c'est le cas pour la radiographie (5000FCFA) ; ce qui constitue une barrière financière non négligeable. La collaboration avec les centres mères-enfants, les centres de récupération nutritionnelle, les services de vaccination et les services de pédiatrie n'est pas bien formalisée. Alors il n'y a pas de recherche systématique de la tuberculose chez les enfants malnutris ou présentant un tableau infectieux chronique. L'investigation de sujets contacts ne se fait pas de manière systématique et n'est pas réalisée dans tous les CDT. Tous ces facteurs mettent en évidence les nombreuses opportunités manquées pour diagnostiquer les cas de tuberculose chez l'enfant.

Il existe au niveau des établissements pénitentiaires une surpopulation qui entretient la promiscuité et la transmission de l'agent infectieux. Les mesures de contrôle de l'infection ne sont pas respectées dans des locaux insuffisamment aérés. Il faut noter en plus l'insuffisance de communication de ces établissements avec les CDT environnants, surtout au moment de la fin des peines des personnes détenues. Il en résulte un manque de continuité dans la prise en charge des personnes détenues qui sont tuberculeuses.

D'énormes progrès ont été réalisé dans le cadre de la prise en charge de la TB en milieu carcéral (Validation des Directives de lutte contre TB/VIH en milieu carcéral, formation des agents pénitentiaires, campagnes de dépistage actif en milieu carcéral...).

Des services sporadiques sont offerts aux migrants, aux réfugiés, aux nomades et aux déplacés internes mais ceci se fait sur une base irrégulière et il n'y'a pas de traçabilité.

La problématique de la tuberculose en régions minières n'a pas encore été abordée par le programme.

7.5. Un faible taux de détection et de succès thérapeutique pour la TB-MR

En dehors des travaux circonscris au niveau du LNR sur la résistance aux antituberculeux, le pays n'a pas encore réalisé une enquête de pharmacorésistance à l'échelle nationale pour une meilleure connaissance de l'ampleur réelle de la problématique de la TB-MR dans le pays. Le déploiement rationnel et progressif des machines GeneXpert dans les districts contribuera à la mise en œuvre de cette enquête. La riposte à la TBMR est encore limitée dans les principales villes du pays. Officiellement le PNLT compte 5 centres de prise (PEC) TBMR. Avec la disponibilité des appareils GeneXpert, là où un cas de TBMR est diagnostiqué, les kits des traitements de seconde ligne sont envoyés pour faciliter la prise en charge sur place. A ce jour 14 sites font la PEC TBMR.

A ce jour, le taux de détection des cas de TB-MR est seulement de l'ordre de 19%. Ce faible taux de détection peut s'expliquer soit par la sous-utilisation des machines GeneXpert due probablement à l'inefficacité du système de transport des échantillons ; soit par l'application d'un algorithme de dépistage qui n'accordait pas une place prépondérante au test Xpert MTB/Rif dans l'arbre décisionnel menant au diagnostic de la tuberculose, soit encore par une insuffisance dans l'approvisionnement en cartouches et intrants.

D'une manière générale, le succès thérapeutique est faible par rapport aux cibles fixées par l'OMS et tend vers la baisse (60% pour la cohorte de 2020). Plusieurs facteurs sont à l'origine de ce faible taux de succès thérapeutique. Entre autres nous pouvons citer le nombre élevé de PDV, l'insuffisance des informations sur les transferts sortants, la non maîtrise des directives nationales de la PEC de cas, ainsi que la non mise à disposition des prestataires de soins les directives de traitement. Les perdus de vue chez les patients TB-MR sont également liés aux difficultés pour les remboursements de transport et le soutien nutritionnel aux patients dans le cadre de la politique "zéro cash". Mais aussi aux retards rencontrés pour les patients de Bangui au niveau du Centre de référence liés aux longues procédures de paiements. A côté de cela, l'unité TB-MR ne répond pas aux normes de contrôle de l'infection tuberculeuse.

7.6. Une collaboration insuffisante pour la prise en charge du VIH et des autres comorbidités

La collaboration entre les programmes TB et VIH semble se limiter essentiellement au niveau central. Cette dynamique d'intégration ou de complémentarité entre les deux programmes ne trouve pas son reflet au niveau intermédiaire ou périphérique.

La couverture du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux était de 80 % en 2021. Cette couverture est restée stationnaire au cours des cinq dernières années et demeure encore faible. Par ailleurs, les couvertures de traitement en Cotrimoxazole et en ARV connaissent une évolution croissante passant respectivement de 63% à 97% et de 73% à 97% et ce de 2017 à 2021. Le

pourcentage de patients TB positifs au VIH est de 28% au niveau national et il varie de manière considérable entre les régions (min=15% pour RS4 et max=35% pour RS5).

Les structures sanitaires font souvent face à une pénurie d'intrants et de matériels pour la réalisation des tests et, du côté du personnel, le dépistage VIH n'est pas proposé systématiquement à tous les patients présumés ou à tous les cas de TB confirmée. Donc, il y a un besoin de renforcement des compétences du personnel dans ce domaine.

Le cotrimoxazole n'est pas toujours disponible dans les formations sanitaires. L'information sur le traitement préventif de la tuberculose (TPT) n'est pas collectée de manière systématique, même quand il est offert aux PVVIH.

La collaboration entre les services de tuberculose et ceux du diabète ou de l'hépatite, services de la santé mère-enfant, les services de réhabilitation nutritionnelle n'a pas encore été initiée et/ou faite de manière formelle.

7.7. Insuffisance de mise en œuvre de la prévention et du contrôle de l'infection

Les stratégies de prévention de la tuberculose dans le pays se basent sur la vaccination, le traitement préventif de la TB chez les PVVIH et les enfants contacts des cas contagieux et le contrôle de l'infection. La vaccination à la naissance des enfants de 0 à 15 jours par le BCG pendant le PEV de routine et aussi en stratégie avancée. Le PNLT recommande l'utilisation du 3RH en prophylaxie chez les enfants de moins de 5 ans contacts des cas TPB+. La prophylaxie par l'INH est préconisée chez les PVVIH chez qui le screening systématique n'a pas mis en évidence des signes d'une tuberculose évolutive. Une étude pilote est réalisée dans le cadre du projet CETA avec l'appui de L'Union sur financement en 2020-2021. Il était prévu un passage à l'échelle sur financement du FM. Mais qui n'est pas encore effectif. On note une insuffisance dans la mise en œuvre de cette stratégie. Elle nécessite d'être renforcée et porter à l'échelle nationale. Les principaux problèmes identifiés pourront se résumés comme suit :

- Insuffisance de coordination entre le programme VIH et le programme TB sur la question ;
- Absence de formation des agents de santé sur la mise en œuvre ;
- Insuffisance de l'extension du projet pilote CETA aux autres sites de PEC ;
- Insuffisance dans la vulgarisation des outils de collecte des données du projet aux sites ;
- Le circuit des médicaments pour la prévention au niveau des sites de PEC VIH ;
- Les agents de santé moins outillés pour assurer un TPT en raison de la surcharge de travail et manque de formation ;

Les mesures de contrôle de l'infection ne sont pas mises en œuvre de façon optimales dans le pays à cause de l'absence d'un plan opérationnel de contrôle de l'infection et manque de formation du personnel.

7.8. Une forte dépendance du financement externe

Dans le rapport mondial de l'OMS 2022, le financement total de la TB pour l'année 2021 était d'environ 2,2 million de dollars dont 32% représente le financement interne.

L'État prend en charge les bâtiments du programme, le salaire du personnel et une partie du fonctionnement du programme. Une ligne budgétaire est allouée chaque année de 40 millions de FCFA par le gouvernement Centrafricain. Les principales activités du PNLT sont financées plus de la moitié par le Fonds Mondial (80%). Le support des autres partenaires se résume en grande partie à l'assistance technique. Cette forte dépendance d'un seul bailleur expose le programme à des risques importants limitant sa marge de manœuvre pour faire face aux nouvelles priorités mondiales, etc. De plus, il n'existe pas un plan de mobilisation de ressources locales et innovantes en vue d'atténuer cette dépendance. Il y a lieu de renforcer le plaidoyer pour que le pays rehausse le niveau d'investissement dans les programmes de santé publique comme la tuberculose.

7.9. Des capacités limitées de gestion programmatique

En dépit du caractère officiel et légal que revêt le PNLT, il souffre d'un déficit chronique de ressources humaines, matérielles et logistiques.

Le PNLT dans son organisation actuelle possède plusieurs postes qui ne sont pas comblés. Le nombre de cadres affectés à l'unité centrale est insuffisant au regard des tâches qui leur sont assignées. Un seul professionnel de santé est souvent contraint de cumuler plusieurs fonctions. Par exemple les activités de la co-infection TB/VIH et de la TB-MR sont regroupées en un seul poste et coordonnées par un seul professionnel de santé. Il n'y a pas un service consacré aux groupes vulnérables comme les personnes privées de liberté, les réfugiés/déplacés internes, les migrants, les nomades, etc. Vu le nombre limité de cadres techniques, le programme éprouve des difficultés à jouer efficacement ses rôles dans l'élaboration des guides et directives techniques, la formation du personnel et la supervision des activités sur le terrain. Il y a donc une nécessité de compléter l'effectif du PNLT en ressources humaines qualifiées pour que tous les postes soient valablement comblés.

Le renforcement de l'implication du niveau décentralisé (par les équipes cadres des districts et des régions) dans la lutte de la tuberculose, la polyvalence du personnel de santé et l'intégration des activités sont des pistes de solutions du MSP pour répondre à ces lacunes.

De plus, le service de lutte contre la tuberculose est logé dans un local ou les installations physiques sont vétustes, les locaux sont exigus et ne garantissent pas une commodité de travail conviviale. Le moyen logistique du PNLT est vétuste et limite la mise en œuvre de ses activités et le suivi sur le terrain.

7.10. La gestion des médicaments et des intrants

Il existe une ligne budgétaire sur le budget de l'État pour le financement des médicaments anti tuberculeux avec des difficultés de décaissement. Les médicaments de première et deuxième ligne sont achetés avec la subvention du Fonds Mondial. La gestion des médicaments et des intrants connaît des difficultés qui sont structurés à plusieurs niveaux.

On note une insuffisance dans gestion des stocks et le suivi des approvisionnements.

Toutes les formations sanitaires ne rapportent pas leurs niveaux de stocks dans les rapports trimestriels de gestion des médicaments qui sont envoyés au niveau central (DLMT). Ce qui ne permet pas d'avoir une situation réelle les besoins en médicaments.

L'absence d'un entrepôt central suite à une incendie de l'entrepôt central en Décembre 2022 et l'inexistence d'entrepôts de stockage adéquats au niveau décentralisé ne permet pas d'adopter un plan de ravitaillement semestriel dans les zones d'accès difficiles. A cela s'ajoute les problèmes sécuritaires dans certaines zones qui obligent à faire des livraisons par vol aérien. Le mauvais état des routes surtout en saison pluvieuse d'une part et d'autre part l'acheminement des médicaments par les ONG sous-traitant avec le PAM pour raison sécuritaire contribuent au ralentissement dans les délais de livraisons des FOSA.

7.11. Un système de Suivi évaluation/Recherche opérationnelle à renforcer

Le circuit des données ne suit pas celui du SNIS. Les données de chaque CDT arrivent non agrégées au niveau du programme qui se charge de la saisie, du traitement et de l'analyse des informations à partir de d'une base Excel.

A cela s'ajoute l'insuffisance en personnel qualifié en suivi évaluation au niveau PLNLT, et au niveau décentralisé. On observe un dysfonctionnement dans l'utilisation des outils de collecte de données car certaines formations sanitaires continuent d'utiliser les anciens outils primaires de collecte de données.

Avec l'implémentation et la mise en œuvre du DHIS2, toutes les données sur les activités de prise en charge de la tuberculose devraient être disponibles sur la plateforme. Toute fois on observe une faible complétude des données de la lutte contre la TB sur le DHIS2 en raison de non-respect du circuit du SNIS. De même on observe une faible implication des acteurs de la régulation du niveau décentralisé dans les activités de suivi évaluation de lutte contre la tuberculose (supervision, revue, et réunions de validation des données).

7.12. Un réseau de laboratoires à renforcer

Le réseau de laboratoires est fonctionnel, mais il affiche certaines lacunes qui peuvent nuire à la qualité du diagnostic de la tuberculose. Les supervisions et la formation des techniciens en bascilloscopie ne sont pas réalisées depuis deux ans. Il convient de préciser en premier lieu que la microscopie demeure le moyen de diagnostic de base et nécessite des formations à la lecture des lames et au contrôle qualité. Le GeneXpert n'est pas utilisé systématiquement sur le plan national comme test de première intention et nécessite un renforcement des capacités du personnel et dans la gestion des intrants de laboratoire. Le système de transport des échantillons est faible et il ne favorise pas une utilisation optimale des machines GeneXpert. La connectivité (data to care) entre ces dernières n'est pas fonctionnelle.

Le système actuel d'approvisionnement des réactifs et intrants de laboratoire nécessitent d'être renforcer.

7.13. Une participation communautaire peu structurée

La RCA est dotée d'une politique nationale de santé communautaire. En dépit de l'existence d'une politique de santé communautaire t la vision du département de l'intégration des activités, les ONG n'arrivent pas à travailler de manière intégrée. Elles continuent d'avoir une approche par thématique qui perpétue la verticalité des programmes de santé. Cette situation rend la tâche du PNLT encore plus ardue parce qu'il aurait aimé renforcer la participation communautaire pour améliorer la notification et pallier certains problèmes d'observance du traitement.

La capacité de Onze (11) OSC est en train d'être renforcée par des Assurances Techniques internationales, sur la bonne gouvernance, les politiques de gestion interne, les manuels de gestion, grâce au MSP et de ses Partenaires ; afin de rendre ces organisations techniquement capables en vue de s'impliquer effectivement et durablement dans la lutte contre la TB, le VIH- SIDA et les autres maladies.

L'évaluation par Alliance cote d'Ivoire en 2022 a permis la restructuration du Réseau National des Associations de lutte contre la TB et la Co-infection TB/VIH (RENALT) à 90% d'être sous bénéficiaire de la subvention du Fonds mondial (NFM3) ; et qui dispose aujourd'hui des organes de la gouvernance avec une direction exécutive. En dépit de cette analyse de la situation le problème d'insuffisance de la participation communautaire et le renforcement du système communautaire demeure. Qui s'expliquerait en partie par la faible mise en œuvre des activités prévues sur le NFM3.

7.14. Insuffisance dans la gestion de la mise en œuvre du financement du Fonds Mondial

Le PNLT bénéficie de la subvention du Fonds mondial dans le cadre de la mise en œuvre du NFM3. Cependant, les résultats des revues du programme notent l'insuffisance d'absorption des allocations budgétaires des subventions du Fonds mondial pour la lutte contre la tuberculose. Les principales raisons fournies par les acteurs et partenaires de cette insuffisance sont liées à la politique de "zéro cash" empêchant la mise en œuvre (i) du transport des échantillons, (ii) des supervisions décentralisées et (iii) des remboursements de transport et le soutien nutritionnel aux patients TBMR. Le pays est en discussion avec ses partenaires en vue de trouver des solutions alternatives et une proposition d'allègement de la politique. Ceci est une opportunité manquée du fait de l'existence d'une subvention du FM en cours qui n'a pas été exécutée à un niveau satisfaisant. Il en est de même des activités de lutte antituberculeuse au niveau communautaire prévues dans la même subvention.

8. THEORIE DE CHANGEMENT

Le présent Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose est sous-tendu par une théorie du changement qui repose sur la stratégie de l'OMS « Mettre fin à la Tuberculose ». Son objectif est de mettre fin à la pandémie Tuberculose à l'orée 2035. Elle s'appuie sur la cible 3.3 des objectifs de développement durable des Nations Unies et élargit la portée des interventions menées dans le contexte de cette cible. Le plan a pris également en compte les engagements des Réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose en 2018 et sur la couverture sanitaire universelle, 2019. Sur le plan national, le présent PSN s'aligne sur la vision du Ministère de la santé et de la population à travers sa politique de santé 2019-2030 et son plan de développement sanitaire III 2022-2026.

Le processus d'élaboration a été dirigé par le Ministre de la santé et sa direction générale afin de faciliter une planification synergique et une adhésion de haut niveau.

Ce plan est élaboré sur la base d'une approche participative et inclusive de toutes les parties prenantes (partenaires techniques, acteurs du domaine de la santé, organisations à base communautaires, société civile). Afin d'avoir leur adhésion aussi bien à la rédaction qu'à la mise en œuvre de ce PSN-TB, toutes les parties ont été informées par voie officielle du Ministre de la santé et de la population. Cela témoigne de la forte implication et leadership du Ministre de la santé et de la population et les partenaires (OMS, ONUSIDA) dans le processus de l'élaboration de ce plan.

Le Ministre de la santé a tenu une réunion avec toute l'équipe de rédaction au début, pendant et à la fin du processus.

En tenant compte des priorités nationales, cette théorie du changement s'est essentiellement basée sur les lacunes identifiées suite aux analyses de la situation et de la réponse. Elle a essentiellement utilisé toutes les données et les preuves disponibles, ainsi que les perspectives et les idées des parties prenantes au cours du processus d'élaboration du PSN. La priorisation des interventions a tenu également compte des orientations du Fonds Mondial pour les interventions prioritaires pour les investissements du Fonds Mondial.

Pour ce plan, l'équipe de la rédaction a également pris en compte les leçons apprises et les bonnes pratiques sur le plan national et des autres pays pour proposer des innovations dans la mise en œuvre des activités et le renforcement de ce qui a marché et le comment on veut faire différemment pour atteindre le gap important de personnes atteintes de tuberculose (54% en 2021). Dans le souci de les faire bénéficier d'un diagnostic précoce et des soins de qualité centrés sur le patient.

Cette théorie du changement se décline comme suit :

- Si la population centrafricaine est couverte par des interventions à hauts impacts de lutte contre la tuberculose en ayant notamment un accès au dépistage, au diagnostic, au traitement, aux soins de qualité centrés sur le patient ;
- Si la population centrafricaine bénéficie de ces interventions à hauts impacts de manière intégrée avec les autres maladies (VIH, Covid-19, Diabète, HTA) en allant vers la communauté
- Si le système de santé y compris le système communautaire est renforcé en mettant en place toutes les composantes de financement, de ressource humaine, de prestations de services, des médicaments et intrants, des besoins en information sanitaires stratégiques et de la gouvernance en prenant en compte les contributions d'autres secteurs connexes et partenaires ;
- Si la gestion, les décisions d'orientation des stratégies et la gouvernance du programme de lutte TB est guidée par des données factuelles, disponibles, de bonne qualité et des approches innovantes ;
- Si la population centrafricaine bénéficie d'une communication adaptée pertinentes par les voies appropriées susceptible d'influencer son comportement en faveur de la lutte contre la tuberculose ;

Alors :

- La République Centrafricaine mettra fin à l'épidémie de la tuberculose d'ici fin 2035 « End TB » et de l'atteinte de la cible 3.3 « D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ». Car la réalisation de ces changements créera des conditions favorables.

Bien sûr qu'une des conditions essentielles sera aussi l'amélioration globale des conditions socio-économiques, sécuritaires et politiques du pays qui constituent des menaces pour la mise en œuvre du Programme.

9. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL TB 2024 -2028

9.1. Principes directeurs

Le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose est gratuite pour toute la population centrafricaine car c'est subventionné par le fonds Mondial de lutte contre les 3 maladies (TB/VIH/Paludisme). Le présent plan stratégique prend pour point de départ une approche de la riposte à la TB centrée sur la personne et les droits de l'homme, afin d'en garantir le caractère universel, équitable, participatif, responsable : la gratuité des soins, l'implication des bénéficiaires, la promotion des droits humains, la prise en compte des populations clés, l'équité, genre et solidarité, la décentralisation autant que possible, la multisectorialité, la bonne gouvernance et gestion axée sur les résultats, la tutelle des pouvoirs publics, obligation de rendre des comptes, suivi et évaluation.

9.2. Vision, but, objectifs et interventions stratégiques

Vision : La vision à long terme du Programme National de Lutte contre la Tuberculose est de faire de la Centrafrique un pays sans tuberculose avec « Zéro décès et plus de morbidité ni de souffrances dues à la tuberculose ».

But : Réduire l'incidence de la tuberculose à moins de 55 cas pour 100 000 par an d'ici à 2028

Le PSN 2024 – 2028 repose sur la stratégie « Mettre fin à la Tuberculose » autour des trois piliers de la stratégie qui sont (i) Pilier 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient ; (ii) Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien et (ii) Pilier 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation.

Tableau 16. Composantes, Objectifs spécifiques et principales interventions stratégiques du PSN 2024-2028

Pilier 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient
Composante 1.1 : Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque
Objectif spécifique 1 : Augmenter le taux de couverture de traitement TB de 45% en 2021 à 66% en 2028 pour aboutir à un nombre total de 25 805 cas (toutes formes) dépistés vers la fin de 2028.
PRINCIPALES INTERVENTIONS STRATEGIQUES
1.1. Amélioration de l'offre de service de diagnostic et prise en charge de la tuberculose, en passant de 10% à 25% de couverture des FOSA en mettant l'accent sur l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients.

1.2. Renforcement des capacités du réseau de laboratoire y compris l'extension du diagnostic rapide recommandé par l'OMS (mWRD) comme test de diagnostic initial de la maladie et de détection de la résistance à la rifampicine chez toute personne présumée avant d'orienter le traitement.
1.3. Promotion de réseau de diagnostic décentralisé et intégré avec d'autres maladies, par le biais de l'utilisation de plateforme de diagnostic multiplex (diagnostic multi maladies Covid-19, VIH, TB)
1.4. Renforcement du mécanisme intégré de transport des échantillons pour les programmes de lutte contre la TB et le VIH.
1.5. Intensification du diagnostic de la tuberculose à l'aide de radiographies thoraciques numériques pour être offertes gratuitement
1.6. Renforcement de la prise en charge de la tuberculose de l'enfant avec l'introduction de l'utilisation de nouvelles technologies et d'autres échantillons autre que les expectorations ainsi que l'utilisation de schémas de traitement plus court.
1.7. Décentralisation du dépistage et des tests de la tuberculose au niveau des communautés notamment par des cliniques mobiles (équipées de radiographie numérique mobile et de laboratoire ainsi que d'autres services de santé prioritaire) pour la recherche active des cas de tuberculose dans la communauté avec un ciblage des populations vulnérables et à haut risque afin de les diagnostiquer précocement et les traiter. <ul style="list-style-type: none"> 1.7.1. Les personnes privées de liberté 1.7.2. Les Pygmées, Peuhls, réfugiés et déplacés internes 1.7.3. Les miniers et autres populations avec accès limité aux soins et des bidons villes (les commerçants Koli-Wali gara, les taxi motos, etc.)
1.8. Campagnes actives de recherche des cas et des flambées pour augmenter les déclarations de cas de la tuberculose dans les zones et quartiers à haut risque (Hot spot), parmi les collectivités de manière intégrée avec les autres maladies (Covid-19, VIH, Paludisme, malnutrition, Diabète et HTA) dans les régions où la déclaration des cas de TB est plus faible que prévu, ou la prévalence de la maladie est élevée et tenant compte du VIH.
1.9. Prévention de la tuberculose et l'utilisation de la recherche des contacts comme stratégie de détection active des cas de TB visant à repérer les personnes cibles d'une infection tuberculeuse pour bénéficier du TPT : <ul style="list-style-type: none"> 1.9.1. Le contrôle de l'infection 1.9.2. L'investigation des sujets contacts à travers des visites à domicile 1.9.3. Le traitement préventif de la tuberculose (PVVIH non tuberculeux, enfants de moins de 5 ans et plus de 5 - 14)
COMPOSANTE 1.2. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients
Objectif spécifique 2 : Accroître le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas (nouveaux et rechutes) mis sous traitement de 79 % en 2021 à ≥90% en fin 2028
<ul style="list-style-type: none"> 2.1. Amélioration de la qualité des soins et du taux de succès du traitement de la TB sensible 2.2. Traitement de tous les patients atteints de la tuberculose sensible 2.3. Approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux
Objectif spécifique 3 : Réduire la charge du VIH chez tous les patients tuberculeux en testant 95% des patients tuberculeux et en mettant sous traitement ARV et sous cotrimoxazole 100% des patients coinfestés TB/VIH identifiés à fin 2028.
<ul style="list-style-type: none"> 3.1. Renforcement des activités de la collaboration TB/VIH 3.2. Promotion des mesures de prévention du VIH chez les TB séronégatifs et de l'approche familiale 3.3. Prise en charge des Comorbidités (comme diabète et tuberculose, Covid-19 et Tuberculose, hépatite et tuberculose, etc.)

Objectif spécifique 4 : Accroître le nombre de cas de TBMDR notifiés de 19% en 2021 pour atteindre 60% des cas attendus en 2028 avec un taux de succès thérapeutique passant de 62% en 2021 à 90% à fin 2028 de tous les patients TB-MR diagnostiqués et notifiés.

- 4.1. Amélioration de la détection, de la prévention et de la prise en charge de la TB-MR
- 4.2. Renforcement de la prise en charge de la TBMR, avec la gestion des effets secondaires
- 4.3. Investigation des cas contacts TBMDR
- 4.4. Approvisionnement régulier en consommables de laboratoire pour le diagnostic de la pharmaco résistance et médicaments de seconde ligne
- 4.5. Soutiens aux patients TB-MR
- 4.6. Supervision spécifique dans les sites de prise en charge TBMDR décentralisés

Pilier 2 : politiques audacieuses et systèmes de soutien

Composante 2.2 : Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés

Objectif spécifique 5 : Renforcer l'intégration de lutte contre la tuberculose avec les autres programmes de santé ainsi que le partenariat avec d'autres secteurs (privé, les humanitaires) et la société civile pour une mise en œuvre efficace de la lutte d'ici fin 2028.

- 5.1. Implication de tous les partenaires (privés, publics, confessionnels, traditionnels)
- 5.2. Intervention : Intégration de la lutte contre la TB dans les autres programmes comme le PEV, Services maternels et infantiles, appui nutritionnel.
- 5.3. Intervention Renforcement des capacités de la société civile et des acteurs communautaires : Renforcement des activités communautaires, de la société civile et des ONGs en appui au programme

Composante 2.1. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention

Objectif spécifique 6 : Renforcer la gouvernance et les capacités de gestion en matière de lutte contre la tuberculose pour une mise en œuvre efficace d'ici fin 2028

- 6.1. Intervention : Amélioration de la gestion du programme
- 6.2. Intervention : Mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose (Plaidoyer pour un meilleur financement/fonctionnement du programme)
- 6.3. Intervention : Amélioration de la connaissance de la population sur la lutte contre la tuberculose

Composante 2.3. : Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse

Objectif spécifique 7 : Produire les informations « stratégiques » et des bases factuelles prioritaires pour la gestion efficace du PNLT d'ici fin 2028

- 7.1. **Intervention :** Surveillance, suivi et évaluation
- 7.2. **Intervention :** Renforcement des capacités du système d'achat et de chaîne d'approvisionnements de médicaments antituberculeux de qualité garantie et autres intrants de laboratoire y compris le stock de contingence pour les situations d'urgence

Pilier 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation.

- 7.3. **Intervention :** Recherches opérationnelles

Les interventions stratégiques prioritaires ci-dessous ont été retenues en se basant sur l'analyse de la situation prenant en compte le contexte socio- sécuritaire, l'analyse épidémiologique, les lacunes, les contraintes, les recommandations des revues épidémiologique et programmatique, et les différents rapports des missions des experts internationaux dans le pays. L'équipe de rédaction du plan a pris en compte également la démarche proposée dans le cadre axé sur les personnes pour la

planification et la hiérarchisation des programmes de lutte contre la tuberculose recommandée de l'OMS. Les principaux critères utilisés de priorisation sont l'éthique, l'équité et droits de l'homme, en tenant compte des populations vulnérables, l'ampleur de la lacune à combler, l'efficacité de l'intervention et son équité, acceptabilité et rapport coût-efficacité.

9.3. Description des interventions stratégiques par objectifs spécifiques

Objectif spécifique 1 : Augmenter le taux de couverture de traitement TB de 45% en 2021 à 66% en 2028 pour aboutir à un nombre total de 25 805 cas (toutes formes) dépistés vers la fin de 2028.

Concernant les soins et prévention intégrés, centrés sur le patient, le PSN adresse la problématique de la sous-notification des cas qui se manifeste par une proportion élevée de cas manquants (54%). Pour résoudre les problèmes sous-jacents à la sous-notification, le PNLT envisage d'étendre les services pour améliorer l'accès au diagnostic de la tuberculose. A la lumière des besoins identifiés par chacune des régions et par districts, un plan d'extension sera élaboré par le PNLT et ce plan prévoit de faire progressivement de toutes les formations sanitaires un CDT. Il s'agira aussi de renforcer les capacités du réseau de laboratoire pour que le diagnostic soit disponible et plus accessible, aussi que le GeneXpert soit utilisé comme test initial dans la démarche diagnostique et l'utilisation de la radiographie numérique. En plus, le programme renforcera la prise en charge de la tuberculose chez les groupes à haut risque et/ou vulnérables (les enfants, les détenus, les déplacés internes/réfugiés, les pygmées, les miniers, etc.)

La stratégie de dépistage actif de la tuberculose, y compris l'investigation des contacts pour repérer et traiter toutes les personnes atteintes de la maladie et minimiser sa transmission d'une part et de d'initier la thérapie préventive de la TB. Il sera mis en œuvre à l'échelle nationale des algorithmes et outils de diagnostic plus sensibles et rapides, et ne doit pas se limiter à des projets de faible ampleur. L'utilisation universelle du test rapide moléculaire à titre de test de diagnostic initial de la tuberculose pour toute personne présumée TB afin d'orienter le schéma thérapeutique approprié, de garantir des délais rapides d'obtention des résultats et de mise sous traitement des patients. La mise en réseau des appareils avec DataToCare facilitera également la communication des résultats des patients.

En outre, les services de dépistage de l'infection tuberculeuse seront rendus disponibles et accessibles pour les personnes qui en ont besoin, afin d'encourager l'utilisation accrue du traitement préventif de la tuberculose. La décentralisation du dépistage et des tests de la tuberculose vers les établissements de soins de santé primaires, ainsi qu'au niveau des communautés et des ménages, notamment par des cliniques mobiles équipées de systèmes de radiographie thoracique numérique et de systèmes de mWRD, ainsi que d'autres services de santé prioritaires, afin d'offrir un diagnostic précoce communautaire plus accessible. Le programme prévoit aussi de structurer les activités de prévention de la tuberculose de manière à pouvoir collecter régulièrement toutes les informations.

Enfin, les mesures de contrôle de l'infection seront plus en vigueur dans les structures sanitaires et l'intégration des recherches actives des contacts dans le but de faire bénéficier les personnes éligibles au TPT (les PVVIH, les enfants).

Objectif spécifique 2 : Accroître le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas (nouveaux et rechutes) mis sous traitement de 79 % en 2021 à ≥90% en fin 2028

Cette intervention stratégique regroupe les activités qui contribuent à améliorer la qualité et l'observance du traitement dans le respect des droits du patient et de la dignité humaine. Il s'agira de mettre en place des mécanismes ou des moyens de communication permettant d'assurer le suivi et la surveillance du traitement. Le téléphone sert à relancer les patients retardataires ou irréguliers. Les interventions portant sur la qualité des soins sont surtout des mesures qui visent à prévenir la survenue des PDV chez les cas de tuberculose sensible et tuberculose résistante. Les relais communautaires (RECO) contribueront au suivi des malades TB sous traitement et à la promotion des droits des malades. Il s'agira aussi de créer des CT afin de rapprocher le traitement des domiciles des patients et améliorer le TDO. Les médicaments antituberculeux seront acquis régulièrement selon un calendrier et auront une couverture d'assurance. En plus, le personnel à différents niveaux sera formé pour une gestion plus rationnelle et une disponibilité ininterrompue de ces médicaments. Les technologies numériques d'observance, telles que le suivi thérapeutique par appel vidéo (WhatsApp) seront encouragés et les piluliers intelligents (p. ex. MERM) seront mis en place dans deux régions pilotes. Tous les CDT seront dotés d'un échéancier pour le suivi des patients et des RDV.

Objectif spécifique 3 : Réduire la charge du VIH chez tous les patients tuberculeux en testant 95% des patients tuberculeux et en mettant sous traitement ARV et sous cotrimoxazole 100% des patients coinfestés TB/VIH identifiés à fin 2028.

Le programme formalisera les comités TB/VIH à différents niveaux. Ainsi, les réunions au niveau central se feront de manière plus régulière et les comités seront créés progressivement au niveau décentralisé. En termes de planification, il sera surtout question de développer des plans conjoints annuels TB/VIH. La fourniture de services sera caractérisée par la mise en place de guichets uniques. Le personnel sera formé en conséquence et la disponibilité des intrants sera assurée pour le diagnostic des deux pathologies. Ensuite, un accent particulier sera porté sur la prise en charge des comorbidités comme : diabète et tuberculose, Covid-19 et Tuberculose, hépatite et tuberculose.

Objectif spécifique 4 : Accroître le nombre de cas de TBMDR notifiés de 19% en 2021 pour atteindre 60% des cas attendus en 2028 avec un taux de succès thérapeutique passant de 62% en 2021 à 90% à fin 2028 de tous les patients TB-MR diagnostiqués et notifiés.

Le programme envisage d'augmenter l'accès au diagnostic et à la prise en charge de la TB-MR. Il prévoit aussi de réviser l'algorithme de dépistage qui accordera une place plus importante aux tests moléculaires comme test initial de diagnostic de la TB et de la pharmacorésistance. Toutes ces mesures devraient contribuer à améliorer la notification de la TB-MR dans le pays.

Le programme a introduit depuis cette année au niveau du CNHUPP, l'utilisation du traitement avec des schémas oraux de neuf mois contenant de la bédaquiline, conformément aux recommandations de l'OMS et le régime avec 6BPaL. Les enfants atteints de tuberculose pharmaco résistante bénéficieront des recommandations sur l'utilisation de nouveaux médicaments comme la bédaquiline et le delamanide, quel que soit leur âge. Une mise à jour et la vulgarisation des directives TBMR sont prévues. Les capacités du personnel seront également renforcées.

Cette prise en charge sera décentralisée de manière progressive vers les autres centres périphériques. Le passage du protocole court injectable vers le protocole court entièrement oral va contribuer à l'amélioration des soins centrés sur le patient, par le rapprochement du traitement près des domiciles et l'amélioration de la qualité de vies des patients.

Le PNLT développera des procédures opérationnelles standardisées pour la prise en charge des effets secondaires (mise en place du système de la pharmacovigilance avec l'appui de l'OMS rGLC). Le personnel sera formé à la prise en charge de ces effets secondaires et des outils seront développés pour leur notification régulière.

L'intensification de la recherche et la gestion des contacts familiaux des personnes atteintes de tuberculose pharmaco résistante se fera de manière systématique, conformément aux directives nationales. Recherche, La détection précoce de la résistance aux médicaments, y compris par l'utilisation de tests moléculaires rapides et de tests rapides de sensibilité aux médicaments tels que GeneXpert, TrueNat ou LPA pour les médicaments de première et de deuxième intention sont indiqués et nécessitent la mise en place d'approvisionnement régulier en consommables de ces outils. Il s'agira également de fournir un support à tous les patients atteints de TB-MR : l'offre de soutien psychosocial, comme des services de conseil, du soutien nutritionnel et de l'aide au transport. Les patients vont également bénéficier aux systèmes d'aide à l'observance mis en place pour la TB sensible (vidéo, pilulier, etc.).

Le présent PSN sera marqué par une décentralisation efficace du traitement et de ce fait nécessite un accompagnement des sites décentralisés durant les deux premières années. Ceci facilitera le renforcement des compétences, le suivi des activités et une meilleure gestion des nouveaux médicaments introduits dans le protocole de traitement. Cette intervention permet de faire un coaching des agents sur terrain, de déceler les insuffisances dans le suivi des patients TBMR et va également contribuer de rehausser le taux de succès thérapeutique des patients TBMR de 62% à 90%.

Objectif spécifique 5 : Renforcer l'intégration de lutte contre la tuberculose avec les autres programmes de santé ainsi que le partenariat avec d'autres secteurs (privé, les humanitaires) et la société civile pour une mise en œuvre efficace de la lutte d'ici fin 2028.

Une cartographie est prévue pour la compréhension de la taille et du rôle de tous les partenaires en particulier des fournisseurs privés, y compris les fournisseurs à but lucratif et non lucratif dans la recherche de soins de la population et l'offre de services liés à la tuberculose. Par la suite découlera l'élaboration de politiques et de plans pour leur mobilisation, en accord avec la stratégie plus large du système de santé du secteur privé, en donnant la priorité à ceux qui peuvent participer le plus à la déclaration précoce des cas de tuberculose et au traitement efficace comme le recommande les documents de l'OMS et du Fonds mondial.

Une implication est également prévue des tradipraticiens par leur sensibilisation, formations et contribution dans l'orientation des cas présumés TB.

Le programme prévoit de renforcer la collaboration avec d'autres programmes de santé pour une prestation de services intégrée ou des liens d'orientation efficaces afin de lutter contre les coinfections et les comorbidités. En plus de l'intégration avec le programme VIH, il s'agira ici d'intégrer les activités TB dans la mise en œuvre des activités des programmes de santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente, des programmes de renutrition et des programmes liés aux maladies non transmissibles (comme le diabète). Une analyse de la situation et une proposition d'intégration sera faite. L'élaboration des outils et des renforcements des capacités sont prévus dans le présent plan.

Cette composante met en valeur la participation effective de la communauté et les rôles des acteurs de la société civile dans l'augmentation de la demande de services et dans le suivi du traitement. Elle insiste aussi sur l'importance du partenariat pour une implication de tous les secteurs. L'approche multisectorielle est devenue incontournable dans le cadre de la lutte contre les maladies. Le soutien des communautés, en particulier des groupes de populations clés et vulnérables et des réseaux de survivants de la tuberculose, afin d'améliorer la riposte à la maladie en collaboration avec le programme national de lutte contre la tuberculose. Il s'agit de caractériser et d'aborder les obstacles à l'accès aux services liés à la maladie et à d'autres services sociaux (p. ex. en ce qui a trait aux droits humains ou au genre), les déterminants sociaux de la santé et le progrès vers la couverture sanitaire universelle. Il s'agira aussi du renforcement des liens du programme avec la communauté et les organisations de la société civile. Des activités en lien avec les interventions stratégiques concourant au renforcement des capacités de la société civile et des acteurs communautaires, à l'augmentation de la demande de service de la part de la communauté, à l'implication de tous les prestataires (partenariat publique-privé) sont planifiées. Afin que les données nationales reflètent de manière adéquate les contributions des activités antituberculeuses communautaires, les activités d'harmonisation du système de suivi et de notification sont également considérées.

Objectif spécifique 6 : Renforcer la gouvernance et les capacités de gestion en matière de lutte contre la tuberculose pour une mise en œuvre efficace d'ici fin 2028

Cette composante va permettre de renforcer le plaidoyer auprès des autorités politiques et auprès des autres secteurs pour une plus grande allocation de ressources financières et humaines afin d'aider le programme à améliorer ses performances. L'engagement politique sera constamment recherché par des activités de plaidoyer.

La lutte TB nécessite aussi une bonne gestion et une coordination efficace du programme, c'est dans ce sens qu'il a été planifié une révision de l'organigramme actuel du PNLT, des activités visant le renforcement des capacités techniques du personnel, la mise à jour des guides techniques et algorithmes, le renforcement des capacités logistiques du programme et le renforcement du suivi et évaluation du programme.

Objectif spécifique 7 : Produire les informations « stratégiques » et des bases factuelles prioritaires pour la gestion efficace du PNLT d'ici fin 2028

Cette intervention met l'accent sur la surveillance de la mise en œuvre à l'aide d'indicateurs clés pour mesurer les progrès et apporter des modifications afin d'améliorer les résultats : population couverte (en ressortissant la part des populations clés), population dépistée, testée, diagnostiquée et traitée pour la tuberculose et la prévention de la maladie ainsi que les comorbidités). Il sera également question du déploiement d'innovations pour améliorer la qualité des données.

Le programme prévoit de renforcer la mise en œuvre des recherches opérationnelles en vue d'élucider les facteurs explicatifs de certaines contre-performances et d'apporter des solutions basées sur des preuves tangibles à certains problèmes opérationnels rencontrés sur le terrain. Ainsi, la problématique des cas manquants sera étudiée et approfondie. Ainsi que la prévalence de la tuberculose pharmaco résistante pour mieux faire face et adapter les stratégies de lutte.

9.4. Activités et sous-activités à mettre en œuvre par interventions stratégiques

Cette section présente la liste des activités et sous-activités à mettre en œuvre pour chacune des interventions visant à atteindre les buts et les objectifs du plan stratégique.

9.5. Composante Suivi et évaluation du PSN

9.5.1. SUPPORTS DE COLLECTE ET CIRCUIT DES DONNEES

9.5.1.1. Description du système d'information

Un système de S&E fonctionnel représente une des pierres angulaires de la lutte contre la tuberculose au Tchad. Il fournit les informations stratégiques nécessaires à la prise de décisions éclairées en matière de gestion et d'amélioration des performances du Programme.

Il existe deux systèmes parallèles, (i) un système spécifique à la tuberculose centré sur le registre de la tuberculose tenu dans les CDT et compilé au niveau central sur base Excel ; et (ii) un système d'information sanitaire national (SNIS) avec l'implémentation du DHIS2.

Les CDT sont les unités de gestion de base de la lutte antituberculeuse, là où le registre de la tuberculose est tenu et où les rapports trimestriels sont établis et envoyés au niveau hiérarchique supérieur. Il peut s'agir d'un hôpital central, hôpital régional et hôpital de district ou centre de santé. Dans le plan de décentralisation il est prévu aussi d'ériger certains grands centres de santé confessionnels privés, les MAC en CDT.

Le système d'information et de suivi-évaluation du PNLT permet de renseigner sur l'identification le diagnostic, et le suivi et le traitement des malades. Il permet également de suivre l'application du programme et d'identifier les besoins en médicaments et consommables de laboratoire. Ce système comprend différents outils pour la collecte et l'analyse des données, subdivisés en outils d'enregistrement et outils d'information.

9.5.1.2. Circuit des données

Les rapports trimestriels élaborés par les CDT/CT sont directement remontés à la coordination du PNLT par différents canaux (papier, email). Une copie du rapport papier est déposée au niveau district. Du fait de la situation sécuritaire qui prévaut, certains CDT transmettent leurs rapports trimestriels par voie téléphonique. Ces rapports sont compilés au niveau national dans un fichier Excel qui constitue la base de données nationale de tuberculose. Cette base ne contient cependant pas les données des laboratoires des CDT.

En effet, les données des laboratoires de microscopies sont transmises directement à la coordination du PNLT mais ne sont pas compilées dans la base nationale. Les données concernant les cas présumés ne sont pas disponibles, il n'y'a pas de registre mis en place permettant pas de les collecter. Le laboratoire de référence (Institut Pasteur) ne dispose pas de registre pour rapporter les

résultats des examens de GeneXpert et de culture (Fichiers Excel). Il n'y a pas de données compilées au niveau national des laboratoires du réseau des examens effectués.

9.5.1.3. Contrôle de qualité des données

Le contrôle de qualité des données TB s'effectue à plusieurs niveaux :

- Au niveau des CDT, les rapports trimestriels sont élaborés par le responsable de la prise en charge de la TB et validés par le Médecin/chef du centre avant d'être transmis directement à coordination du PNLT. Une copie du rapport est transmise au niveau du district.
- Une validation des rapports statistiques (dépistage, traitement, laboratoire et médicaments) est réalisée lors des supervisions (équipe de la coordination du PNLT et équipe des directions régionales) en présence des équipes des CDT.
- Des ateliers de validation des données sont organisés mais de façon irrégulière au niveau central.

9.5.1.4. Supervision des activités

Les visites de supervisions sont malheureusement irrégulières du fait du contexte sécuritaire, de l'insuffisance des moyens logistiques, financiers et ressources humaines. Les supervisions sont organisées de manière conjointe par la direction de lutte contre les maladies transmissibles (PNLT, PNLS et PTME) sur les subventions du Fonds Mondial et de l'OMS (supervisions stratégiques). Il existe un guide de supervision qui prend en compte les éléments de suivi évaluation de chaque programme. A la fin de chaque supervision, une réunion de restitution est organisée au niveau de chaque FOSA.

9.5.1.5. Revue du programme, évaluation, et enquêtes

Une revue externe de la lutte antituberculeuse avec participation des partenaires nationaux et internationaux est conduite tous les 3 ans. La dernière revue externe du programme a eu lieu en novembre 2022.

Plusieurs évaluations des composantes du PNLT sont prévues selon le plan stratégique : Réunion annuelle de suivi-évaluation des activités du programme au niveau central et décentralisé.

Dans le cadre du PSN 2018-25 des enquêtes périodiques sont prévues pour renforcer la recherche opérationnelle.

Tableau 17. Cadre de suivi et évaluation du PSN (proposition des cibles)

But ou objectif	Indicateur	Objet	Mode de calcul ^a	Source de l'information	Périodicité	Qui est chargé de réunir l'information	Niveau de la collecte de l'information	Niveau de référence (2021)	Cible (2028)
But	Taux d'Incidence de la tuberculose pour 100000 habitants	Impact	Estimations de l'OMS	Rapport sur la tuberculose dans le monde GTB	Annuelle	Sans objet	Sans objet	540 pour 100 000	55 pour 100 000 habitants
But	Taux de mortalité par la tuberculose (pour 100 000 habitants)	Impact	Estimations de l'OMS	Rapport sur la tuberculose dans le monde GTB	Annuelle	Sans objet	Sans objet	98 pour 100 000	75% de réduction par rapport à 2015
But	Prévalence de la tuberculose résistante à la rifampicine (TB-RR) et/ou de la tuberculose multirésistante (TB-MR) chez les nouveaux patients atteints de tuberculose : proportion de nouveaux patients TB-RR/TB-MR.	Impact	Résultats d'enquête						
But	% des familles affectées confrontées à des dépenses dues à la tuberculose représentant >20 % de leurs revenus ou dépenses	Impact	Résultats d'enquête	Enquête sur les coûts catastrophiques pour les patients	Fin de la période PSN	Point focal du suivi et de l'évaluation PNLT	National	ND	0 %
	Part du budget annuel défini dans le plan stratégique qui est financé	Intrant	Montant des fonds internes et internationaux disponibles chaque année divisée par les besoins estimés du PSN pour la même année	PNT, département des finances	Annuelle	Point focal des finances	National	80 %	90 %
Objectif 1	Augmenter le taux de couverture de traitement TB de 45% en 2021 à 90% en 2028 pour aboutir à un nombre total de <u>19713 cas</u> (toutes formes) dépistés vers la fin de 2028.								

	Couverture des traitements antituberculeux	Résultats	pourcentage de nouveaux patients et de rechutes déclarés et traités parmi les incidences de tuberculose estimées la même année (toutes formes de tuberculose confondues – confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement).	Système de surveillance	Annuelle	Point focal du suivi et de l'évaluation PNLT	Établissements, district, Région, national	45 %	66%
	Nombre de patients déclarés atteints de tuberculose toutes formes confondues (c.-à-d. confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement) ; *n'inclut que les nouveaux patients et les rechutes.	couverture						13 216 cas	25 805 cas
	Nombre de personnes en contact avec des patients atteints de tuberculose ayant commencé un traitement préventif (enfants (< 5, 5 à 14, PVVIH)).	couverture							<u>≥85%</u>
	Pourcentage de personnes ayant terminé le TPT parmi les personnes ayant débuté un traitement préventif de la tuberculose.	couverture							<u>≥90%</u>
	Couverture de la recherche des contacts : proportion de contacts de personnes atteintes de tuberculose confirmée bactériologiquement évalués pour la TB parmi les personnes éligibles.	couverture						50%	<u>≥90%</u>

	Nombre de personnes atteintes de tuberculose (toutes formes confondues) déclarées dans la population carcérale ; *n'inclut que les nouvelles patients et les rechutes.	couverture						ND	<u>≥90%</u>
Objectif 2	Accroître le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas (nouveaux et rechutes) mis sous traitement de 79 % en 2021 à ≥90% en fin 2028								
	Le taux de succès thérapeutique , toutes formes de tuberculose confondues - cas confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement, nouveaux patients et les rechutes.	Résultats	Nombre de nouveaux cas et de rechutes notifiés et traités avec succès	Système de surveillance	Trimestrielle	Point focal du suivi et de l'évaluation PNLT	Établissements, district, Région, national	79 %	≥90%
Objectif 3	Réduire la charge du VIH chez tous les patients tuberculeux en testant 95% des patients tuberculeux et en mettant sous traitement ARV et sous cotrimoxazole 100% des patients coinfestés TB/VIH identifiés à fin 2028.								
	Pourcentage de patients atteints de TB enregistrés (nouveaux cas et rechutes) dont le statut sérologique VIH est documenté.	couverture		Système de surveillance	Trimestrielle	Point focal M&E PNLT	Établissements, district, Région, national	80 %	≥95%
	Pourcentage de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et rechutes) vivant avec le VIH sous TARV pendant leur traitement antituberculeux.	Couverture		Système de surveillance	Trimestrielle	Point focal M&E PNLT	Établissements, district, Région, national	97 %	100%
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant initié la TARV et chez qui les signes de la tuberculose ont été recherchés.	Couverture				Point focal M&E PNLT			80%
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement sous thérapie antirétrovirale qui ont initié un traitement préventif de la tuberculose (TPT) pendant la période de rapportage.	Couverture				Point focal M&E PNLT			≥90%

Objectif 4	Accroître le nombre de cas de TBMDR notifiés de 19% en 2021 pour atteindre 50% des cas attendus en 2028 avec un taux de succès thérapeutique passant de 60% en 2021 à 90% à fin 2028 de tous les patients TB-MR diagnostiqués et notifiés.								
	Couverture du traitement TB-RR et/ou TB-MR	Résultats	pourcentage de personnes notifiées bactériologiquement confirmées, résistantes aux médicaments TB-RR et/ou TB-MR en proportion de toutes les personnes estimées TB-RR et/ou TB-MR.	Système de surveillance	Trimestrielle	Point focal du suivi et de l'évaluation PNLT	Établissements, district, Région, national	19%	40%
	Nombre de cas de TB-MR/RR notifiés, qui ont commencé un traitement anti TB de 2ème ligne	Processus	Nombre de nouveaux cas TBMR notifiés mis sous traitement de seconde ligne divisé par le nombre de nouveaux cas TBMR notifiés au cours de la même année, exprimé en pourcentage	Système de surveillance	Trimestrielle	Point focal du suivi et de l'évaluation PNLT	Établissements, district, Région, national	81%	≥90%
	Taux de succès thérapeutique pour la TB-RR et/ou TB-MR	Résultats	Pourcentage de patients TB-RR et /ou TB-MR traités avec succès.	Système de surveillance	Trimestrielle	Point focal suivi et évaluation PNLT	Établissements, district, Région, national	62%	≥90%
Objectif 5	Renforcer l'intégration de lutte contre la tuberculose avec les autres programmes de santé ainsi que le partenariat avec d'autres secteurs (privé, les humanitaires) et la société civile pour une mise en œuvre efficace de la lutte d'ici fin 2028.								
	Pourcentage de patients déclarés atteints de tuberculose toutes formes confondues (c.-à-d. confirmés bactériologiquement	Couverture	Nombre de nouveaux cas et de rechutes notifiés ayant été orientés par les formations sanitaires	Système de surveillance	Trimestrielle	Point focal Activités communautaires PNLT	Établissements, district, Région, national	ND	50%

	et diagnostiqués cliniquement) déclarés par des prestataires de soins hors programme national de lutte contre la TB – formations sanitaires privées/non gouvernementales ; *n'inclut que les nouveaux patients et les rechutes.		privées/non gouvernementales divisé par le nombre estimé de cas de tuberculose notifiés au cours de la même année, exprimé en pourcentage						
	Pourcentage de patients déclarés atteints de tuberculose toutes formes confondues (c.-à-d. confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement) déclarés par des prestataires de soins hors programme national de lutte contre la TB – <u>référés par la communauté</u> ; *n'inclut que les nouveaux patients et les cas de rechute.	Couverture	Nombre de nouveaux cas et de rechutes notifiés ayant été orientés par les acteurs communautaires divisé par le nombre estimé de cas de tuberculose notifiés au cours de la même année, exprimé en pourcentage	Système de surveillance	Trimestrielle	Point focal Activités communautaires PNLT	Établissements, district, Région, national	ND	50%
	Proportion de TB avec succès thérapeutique accompagné par la communauté	Résultats	Nombre de nouveaux cas et de rechutes guéris et traitement terminé ayant été accompagné par les acteurs communautaires divisé par le nombre de cas de tuberculose déclarés guéris et/ou traitement terminés pour la même année	Système de surveillance	Trimestrielle	Point focal Activités communautaires PNLT	Établissements, district, Région, national	ND	50%
Objectif 6	Renforcer la gouvernance et les capacités de gestion en matière de lutte contre la tuberculose pour une mise en œuvre efficace d'ici fin 2028								

	Part du budget annuel défini dans le plan stratégique qui est financé	Intrant	Montant des fonds internes et internationaux disponibles chaque année divisée par les besoins estimés du PSN pour la même année	PNT, département des finances	Annuelle	Point focal des finances	National		≥90%
	Nombre de supervisions réalisées par le niveau central	Processus	Nombre de supervisions réalisées divisé par nombre de supervisions planifiées	Système de surveillance	Annuel	Point focal du suivi et de l'évaluation PNLT	National	O	2 chaque année
	Nombre d'audit de qualités de données organisées par le PNLT	Processus		Système de surveillance	Établissements, district, Région, national	Point focal du suivi et de l'évaluation PNLT	National	ND	2 chaque année
	Proportion des CDT utilisant la solution digitale (DIHS2) pour la gestion des données	Processus		Système de surveillance	Établissements, district, Région, national	Point focal du suivi et de l'évaluation PNLT	National	ND	100%
Objectif 7	Produire les informations « stratégiques » et des bases factuelles prioritaires pour la gestion efficace du PNLT d'ici fin 2028								
	Proportion de recherches réalisées par rapport à ce qui est prévue	Résultats		Système de surveillance	Fin de la période du PSN	Point focal du suivi et de l'évaluation PNLT	National	ND	50%

^a Pour des informations plus détaillées sur le calcul des indicateurs voir plan de suivi évaluation.

10. BUDGET

Cette section est consacrée aux ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique.

10.1. Hypothèses de calcul des coûts

L'estimation des coûts du Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose (PSN-TB) 2024-2028, de la République Centrafricaine a consisté à estimer le coût des activités pour la période considérée. Il s'est fait sur la base des activités définies par l'équipe technique d'élaboration dudit plan et a aussi tenu compte de la programmation annuelle des activités.

L'estimation des coûts a aussi été rendue facile grâce à la description préalable des activités. Pour la détermination des coûts des activités, les coûts unitaires ont été obtenus à partir des coûts historiques du NFM3 et actualisé avec le nouveau décret portant sur la grille des perdiems au niveau de l'Etat.

En ce qui concerne les activités opérationnelles (formation, supervisions, production de documents, prestation de service, etc.), le calcul de coûts a été fonction des informations données par le détail de la mise en œuvre de l'activité.

Des sommes forfaitaires ont été attribuées à certaines activités jugées spécifiques dont l'estimation du coût à l'instant t est difficile du fait de la non disponibilité de certaines informations.

10.2. Tendances et besoins financiers globaux du plan

10.2.1. Coût global du plan

L'estimation des coûts a été proposée en fonction des prévisions de financement du plan sur la base des objectifs spécifiques et interventions stratégiques retenus dans le plan

Pour la période du plan, le coût global estimé est de **53 517 426 291 FCFA**, soit **81 586 790 Euros** pour une moyenne annuelle de **10 703 485 258 FCFA**.

10.2.2. Coût annuel du plan

La figure ci-après donne l'évolution annuelle du besoin de financement annuel du plan.

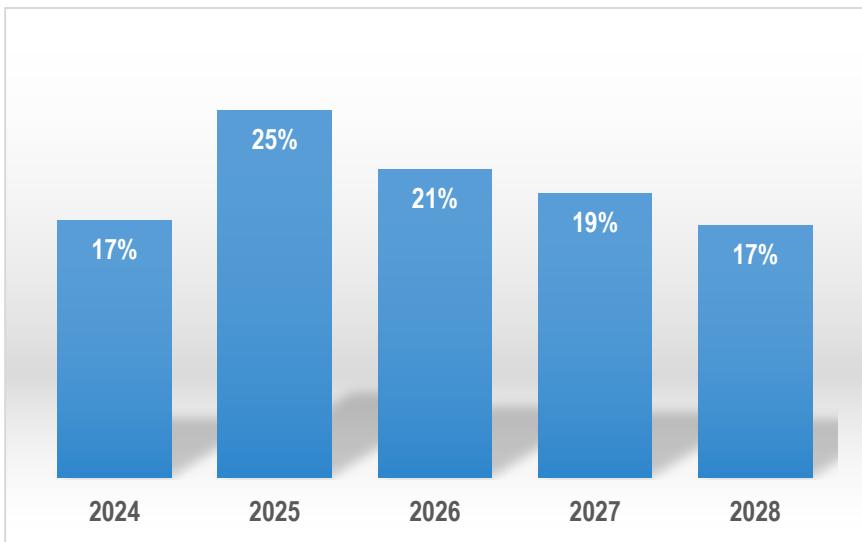


Figure 32. Evolution du budget annuel du plan

La figure 32 montre une évolution croissante du coût entre 2024 (17%) et 2025 (25%), puis une baisse successive de 2025 à 2028 (17%). On note une accentuation de la mise en œuvre du plan à la 2^{ème} année qui s'explique par la mise en œuvre de certaines grosses activités comme les acquisitions.

10.3. Coûts estimatifs par objectif spécifique et par intervention stratégique

10.3.1. Budget annuel par objectif spécifique

Sept objectifs spécifiques ont été retenus dans le plan. Ce sont :

- Objectif spécifique 1 : Augmenter le taux de couverture de traitement TB de 45% en 2021 à 66% en 2028 pour aboutir à un nombre total de 25 805 cas (toutes formes) dépistés fin 2028.
- Objectif spécifique 2 : Accroître le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas (nouveaux et rechutes) mis sous traitement de 79 % en 2021 à ≥90% en fin 2028.
- Objectif spécifique 3 : Réduire la charge du VIH chez tous les patients tuberculeux en testant 95% des patients tuberculeux et en mettant sous traitement ARV et sous cotrimoxazole 100% des patients co-infectés TB/VIH identifiés à fin 2028.
- Objectif spécifique 4 : Accroître le nombre de cas de TBMDR notifiés de 19% en 2021 pour atteindre plus de 60% des cas attendus en 2028 avec un taux de succès thérapeutique passant de 62% en 2021 à 90% à fin 2028 de tous les patients TB-MR diagnostiqués et notifiés.

- Objectif spécifique 5 : Renforcer l'intégration de lutte contre la tuberculose avec les autres programmes de santé ainsi que le partenariat avec d'autres secteurs (privé, les humanitaires) et la société civile pour une mise en œuvre efficace de la lutte d'ici fin 2028.
- Objectif spécifique 6 : Renforcer la gouvernance et les capacités de gestion en matière de lutte contre la tuberculose pour une mise en œuvre efficace d'ici fin 2028.
- Objectif spécifique 7 : Produire les informations « stratégiques » et des bases factuelles prioritaires pour la gestion efficace du PNLT d'ici fin 2028.

Le graphique ci-après montre la composition du budget par objectif spécifique du plan.

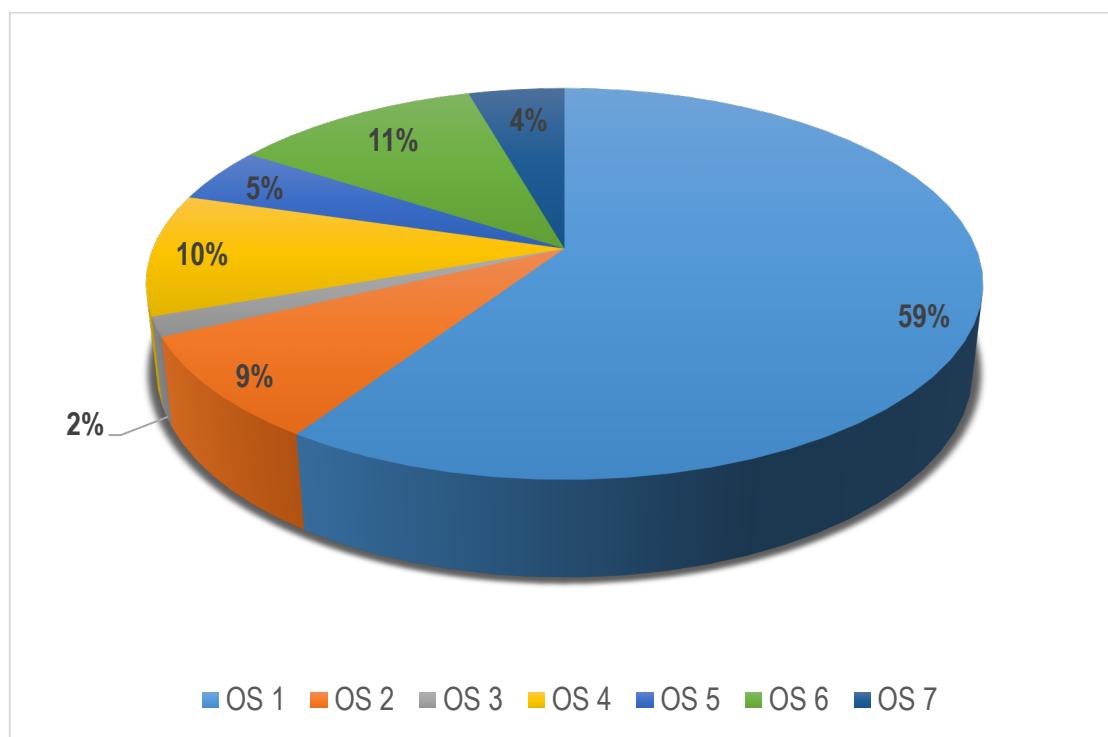


Figure 33. Budget par objectif spécifique du plan

Le graphique montre que 59% du budget est absorbé par l'OS 1 qui contient de grosses activités comme les constructions et les acquisitions de réactifs et autres. Il est suivi respectivement de l'OS 6 (11%), OS 4 (10%), OS 2 (9%), OS 5 (5%), OS 7 (4%) et OS 3 (2%).

10.3.2. Répartition du budget par intervention stratégique

Le tableau suivant montre la répartition du budget par intervention.

Tableau 18. Répartition du budget par intervention stratégique

INTERVENTION STRATEGIQUE	2024	2025	2026	2027	2028	TOTAL
1.1 : Amélioration de l'offre de service de diagnostic et prise en charge de la tuberculose, en passant de 10% à 25% de couverture des FOSA en mettant l'accent sur l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients.	311 479 119	265 602 619	253 336 619	29 282 869	29 282 869	888 984 096
1.2 : Renforcement des capacités du réseau de laboratoire y compris l'extension du diagnostic rapide recommandé par l'OMS (mWRD) comme test de diagnostic initial de la maladie et de détection de la résistance à la rifampicine chez toute personne présumée avant d'orienter le traitement.	1 895 311 964	6 527 673 120	4 778 384 890	4 693 963 312	3 217 308 414	21 112 641 700
1.3 : Promotion de réseau de diagnostic décentralisé et intégré avec d'autres maladies, par le biais de l'utilisation de plateforme de diagnostic multiplex (diagnostic multi maladies Covid-19, VIH, TB)	89 564 650	56 434 100	36 580 550	36 000 000	36 000 000	254 579 300
1.4 : Renforcement du mécanisme intégré de transport des échantillons pour les programmes de lutte contre la TB et le VIH.	528 753 866	513 393 866	428 010 000	412 650 000	428 010 000	2 310 817 733
1.5 : Intensification du diagnostic de la tuberculose à l'aide de radiographies thoraciques numériques pour être offertes gratuitement.	488 778 242	406 278 530	346 959 760	346 959 760	346 959 760	1 935 936 052
1.6 : Renforcement de la prise en charge de la tuberculose de l'enfant avec l'introduction de l'utilisation de nouvelles technologies et d'autres échantillons autre que les expectorations ainsi que l'utilisation de schémas de traitement plus court.	50 390 667	80 262 317	72 778 767	72 778 767	28 704 567	304 915 087
1.7 : Décentralisation du dépistage et des tests de la tuberculose au niveau des communautés notamment par des cliniques mobiles (équipées de radiographie numérique mobile et de laboratoire ainsi que d'autres services de santé prioritaire) pour la recherche active des cas de tuberculose dans la communauté avec un ciblage des populations vulnérables et à haut risque afin de les diagnostiquer précocement et les traiter.	625 302 908	535 905 358	521 941 308	451 941 308	448 829 000	2 583 919 882
1.8 : Campagnes actives de recherche des cas pour augmenter les déclarations de cas de la tuberculose dans les zones et quartiers à haut risque (Hot spot), parmi les collectivités (les commerçants Koli-Wali gara, les taxi motos et autres) de manière intégrée avec les autres maladies (Covid-19, VIH, Paludisme, malnutrition, Diabète et HTA) dans les régions où la déclaration des cas de TB est plus faible que prévu, ou la prévalence de la maladie est élevée et tenant compte du VIH.	53 099 500	38 064 000	38 064 000	38 064 000	38 064 000	205 355 500

INTERVENTION STRATEGIQUE	2024	2025	2026	2027	2028	TOTAL
1.9 : Prévention de la tuberculose et utilisation de la recherche des contacts comme stratégie de détection active des cas de TB visant à repérer les personnes cibles d'une infection tuberculeuse pour bénéficier du TPT.	402 815 422	417 903 018	411 163 074	444 324 107	477 088 417	2 153 294 038
2.1 : Amélioration de la qualité des soins et du taux de succès du traitement de la tuberculose sensible	172 482 300	140 986 800	157 769 300	63 176 000	85 245 500	619 659 900
2.2 : Approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux	811 935 020	801 134 897	774 231 973	764 326 450	823 081 477	3 974 709 817
3.1 : Renforcement des activités de la collaboration TB/VIH	116 450 867	162 833 561	104 594 067	108 333 536	112 073 005	604 285 036
3.2 : Promotion des mesures de prévention du VIH chez les TB séronégatifs et de l'approche familiale	24 600 000	24 600 000	24 600 000	24 600 000	24 600 000	123 000 000
3.3 : Prise en charge des Comorbidités (comme diabète et tuberculose, Covid-19 et Tuberculose, hépatite et tuberculose, etc)	43 400 000	3 400 000	43 400 000	3 400 000	43 400 000	137 000 000
4.1: Amélioration de la détection, de la prévention et de la prise en charge de la TB-MR	74 131 200	33 483 625	33 783 625	7 260 000	7 560 000	156 218 450
4.2: Renforcement de la prise en charge de la TBMR, avec la gestion des effets secondaires	778 565 157	802 438 862	787 965 915	818 265 915	881 565 915	4 068 801 764
4.3: Investigation des cas contacts TBMDR	10 800 000	10 800 000	10 800 000	10 800 000	10 800 000	54 000 000
4.4 : Approvisionnement régulier en consommables de laboratoire pour le diagnostic de la pharmaco résistance et médicaments de seconde ligne	124 640 795	124 640 795	124 640 795	124 640 795	124 640 795	623 203 974
4.5 : Soutiens aux patients TB-MR	44 300 000	44 300 000	44 300 000	44 300 000	44 300 000	221 500 000
4.6 : Supervision spécifique dans les sites de prise en charge TBMDR décentralisés	53 320 000	53 320 000	53 320 000	53 320 000	53 320 000	266 600 000
5.1. Implication de tous les partenaires (privés, publics, confessionnels, humanitaires, traditionnels)	81 368 820	61 543 400	61 543 400	61 543 400	61 543 400	327 542 420
5.2 : Intégration de la lutte contre la TB dans les autres programmes comme le PEV, Services maternels et infantiles, appui nutritionnel.	1 480 000	41 414 420	1 480 000	1 480 000	1 480 000	47 334 420
5.3 Renforcement des capacités de la société civile et des acteurs communautaires : Renforcement des activités communautaires, de la société civile et des ONGs en appui au programme	524 749 000	424 906 500	440 959 000	307 577 750	374 039 000	2 072 231 250
6.1 Amélioration de la gestion du programme	1 127 297 875	1 200 070 475	1 088 491 950	965 309 000	997 906 479	5 379 075 779
6.2. Mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose à travers des Plaidoyers pour un meilleur financement/fonctionnement du programme	18 250 000	18 250 000	18 250 000	18 250 000	18 250 000	91 250 000
6.3. Amélioration de la connaissance de la population sur la lutte contre la tuberculose	383 589 047	63 301 347	63 301 347	63 301 347	63 301 347	636 794 435
7.1. Surveillance, suivi et évaluation	444 557 950	370 243 500	378 551 629	344 036 400	378 551 629	1 915 941 109

INTERVENTION STRATEGIQUE	2024	2025	2026	2027	2028	TOTAL
7.2.Renforcement des capacités du système d'achat et de chaîne d'approvisionnements de médicaments antituberculeux de qualité garantie et autres intrants de laboratoire y compris le stock de contingence pour les situations d'urgence	79 207 120	57 790 413	49 651 100	47 951 700	36 801 700	271 402 033
7.3 : Promotion de des recherches opérationnelles	-	100 716 259	75 716 259	-	-	176 432 517
	9 360 621 488	13 381 691 781	11 224 569 329	10 357 836 417	9 192 707 276	53 517 426 291

11. MESURES D'URGENCE

La RCA fait face à des situations d'urgence sanitaires récurrentes notamment des crises militaro politiques, les inondations, les incendies, etc.

Les dernières crises militaro politiques ont secoué la République Centrafricaine tout en bouleversant l'organisation des services sociaux de base dans leur globalité. Elles ont eu pour conséquences, un déplacement massif des populations fuyant les conflits armés, le pillage ou la destruction systématique des infrastructures socio sanitaires, des violations massives des droits humains, avec de nombreux cas de violences basées sur le genre.

Le secteur santé a été l'un des secteurs les plus touchés. La tuberculose de par son mode de transmission est susceptible de toucher un nombre important de personnes dans le contexte de troubles sociaux avec déplacements massifs de la population dans un contexte de personnes sans abri, regroupées dans des conditions de promiscuité.

Il est important de mettre en place des mesures d'urgences pour limiter la propagation de cette maladie au sein de la population en cas d'apparition de barrières au dépistage et aux soins.

La planification d'urgence définit, prévoit et résume les risques ou événements potentiels susceptibles de limiter l'accès aux services de soins et de prévention de la tuberculose tout au long de la cascade des soins.

Principes directeurs

- Le respect des droits humains et du genre,
- La multisectorialité effective de la réponse,
- La coordination et décentralisation de la lutte jusqu'aux bénéficiaires
- L'organisation du dépistage, de traitement et de soins dans le cadre de la tuberculose.

Rôles et responsabilités

L'organisation locale pour facilitera le dépistage, traitement et soins. En ce qui concerne la coordination, le personnel de santé de la zone d'urgence contactera l'agent communautaire, les membres des organisations civiles, les bénéficiaires de service ou représentants qui pourront l'aider à recenser les personnes cibles.

Le personnel de santé facilitera l'accès au traitement préventif au cas contact selon la disponibilité du traitement. En cas de rupture de traitement, le personnel dans les formations sanitaires voisines sera contacté pour mettre à disposition le traitement. En cas de tentative infructueuse au niveau local, le niveau hiérarchique supérieur doit être contacté.

Au niveau régional et district, les médecins de région et de district sanitaire œuvreront pour la mise en place d'une coordination multisectorielle incluant les partenaires techniques et financiers, les organisations de la société civile. Leurs missions seront de mobiliser les ressources locales, les médicaments et intrants pour la détection, le diagnostic et le traitement. Le contact étroit avec la coordination au niveau central permettra de partager les informations nécessaires en vue d'une planification et mise en œuvre optimale des interventions.

Au niveau central, le coordonnateur du programme de lutte contre la tuberculose facilitera la mise en place d'une coordination multisectorielle intégrant les partenaires techniques et financiers. Leurs missions principales seront de mobiliser les ressources, médicaments et intrants à mettre à disposition des acteurs de terrain aussi bien au niveau local qu'au niveau international.

Objectif : Renforcer l'accès aux services de soins et de prévention de la tuberculose tout au long de la cascade des soins.

Cibles :

- Groupes vulnérables infectés par la tuberculose
- Cas symptomatiques non encore soignés
- Cas symptomatiques sous traitement
- Autres selon les besoins au niveau local

Scénario 1 : Accès limité à un traitement préventif pour les groupes vulnérables infectés par la tuberculose ou contact des tuberculeux.

Action 1.1 : Identifier et déployer des agents de santé, les relais communautaires chargés de la tuberculose et de la recherche des contacts pour la riposte d'urgence

Action 1.2 : mettre en place un dispositif de détection des cas en vue de les traiter pour limiter la propagation de la tuberculose

Action 1.3 : Estimer des besoins en traitement

Action 1.4 : collecter les informations auprès des formations sanitaires sur le stock en médicaments et intrants

Action 1.5: Approvisionner en médicaments et intrants les formations sanitaires et les agents de santé communautaires

Action 1.6: Renforcer la surveillance de la tuberculose au niveau des formations sanitaires, des points d'entrée et au niveau communautaire à travers les pairs éducateurs, relais communautaires et les leaders communautaires ;

Acteurs clés : Personnel des établissements de soins et agents de santé communautaires. Partenaires techniques et financiers concernés, organisations de la société civile, agents de santé communautaires.

Scénario 2 : Accès réduit au diagnostic de la tuberculose pour les cas symptomatiques non encore soignés

- Accès réduit aux établissements de soins du fait d'une situation d'urgence (routes endommagées ou problèmes de sécurité, par exemple)

- Fermeture ou réorientation de certains services pour répondre à la situation d'urgence

Action 2.1 : Faire participer les agents de santé communautaires au dépistage de la tuberculose et au prélèvement de crachats par exemple la dotation des volontaires de la CRCA en kits de prélèvement et transport de crachats

Action 2.2 : Réorienter le système de transport des échantillons vers les établissements qui restent opérationnels

Action 2.3 : Utiliser les technologies numériques à l'appui du dépistage et de la communication des résultats des laboratoires

Action 2.4 : Inclure la tuberculose parmi les activités de sensibilisation communautaires pertinentes dans le cadre de la riposte d'urgence, la sensibilisation de proximité pourra communiquer l'information sur la collecte de prélèvements de crachats, le transport sur d'autres sites de diagnostic.

Action 2.5 : Mettre à contribution les acteurs clés (OMS, CICR, CICRCA, DR, MCD, MCH, personnel de santé qualifié, les leader communautaires, responsables politico-militaires en cas de crise, leader des déplacés internes) dans la riposte en cas d'urgence en explorant les opportunités d'action.

Acteurs clés : Niveaux national et infranational (établissements de soins et communauté), personnel des établissements de soins aux niveaux national et infranational et agents de santé communautaires.

Partenaires techniques et financiers concernés, organisations de la société civile, agents de santé communautaires, services de transport d'échantillons et prestataires de services de technologies sanitaires numériques.

Scénario 3 : Interruption du traitement due à l'interruption de l'approvisionnement d'antituberculeux et d'autres produits sanitaires pour les cas symptomatiques sous traitement

- Réaffectation d'agents de santé et d'autres ressources à la riposte d'urgence
- Perturbations de la chaîne d'approvisionnement à la suite de la situation d'urgence
- Perte des dossiers des personnes sous traitement

Action 3.1 : Inclure les services de lutte contre la tuberculose dans les services essentiels à maintenir pendant la riposte en situation d'urgence

Action 3.2 : Désigner un agent de santé pour assurer le suivi des bénéficiaires dans le cadre de la tuberculose et aider à reconstituer les dossiers pour ceux qui en ont perdu

Action 3.3 : Identifier, recenser tous les bénéficiaires avec interruption de traitement et déterminer leurs besoins en traitement.

Action 3.4 : Utiliser le circuit / mécanisme d'approvisionnement en situation d'urgence pour rendre accessible les médicaments aux bénéficiaires (ONG nationales ou internationales, relais communautaires, délégués des bénéficiaires)

Action 3.5 : Utiliser les approches différencierées pour faciliter l'accès au traitement

Action 3.6 : Distribuer aux bénéficiaires des traitements antituberculeux pour au moins 3 mois

Action 3.7 : Utiliser si possible la technologie numérique à l'appui de l'observance du traitement

Acteurs clés : Personnel aux niveaux national et infranational (établissements de soins).

Tableau 19.¹ Considérations relatives à la planification d'urgence des services contre la tuberculose au cours d'une situation d'urgence (Source

Phase aiguë (trois premiers mois)

Lors de la phase initiale aiguë d'une situation d'urgence, il faudra procéder à une évaluation précoce rapide de l'impact sur les services essentiels, et notamment sur les services contre la tuberculose. Sur la base de cette évaluation, il faudra prévoir les interventions suivantes :

- Mener une analyse de la situation pour :
 - évaluer le nombre estimé de personnes déjà sous traitement ; et
 - cartographier les établissements de soins dans lesquels les services contre la tuberculose sont encore fonctionnels, en notant dans quelle mesure ils restent offerts et en précisant leur qualité.
- Établir un mécanisme pour garantir la continuité des services contre la tuberculose dans les établissements de soins les assurant, y compris l'orientation des échantillons et les mécanismes de transport pour garantir la continuité des services de diagnostic.
- Assurer un approvisionnement ininterrompu en médicaments essentiels, en prépositionnant des médicaments et d'autres produits en cas de fort risque d'interruption de la chaîne d'approvisionnement.
- Faciliter la disponibilité de lignes directrices dans tous les établissements de soins opérationnels et, au besoin, élaborer et diffuser des directives nationales spécifiques supplémentaires.
- Garantir des liens avec les autres programmes de santé et les services communautaires pour des soins de santé intégrés complets, y compris les services comme la vaccination, la nutrition et contre le VIH/SIDA et les MNT.
- Garantir la coordination avec tous les partenaires et parties prenantes s'occupant de questions liées à la santé dans la région affectée.
- Veiller à ce que la lutte contre la tuberculose soit intégrée à la riposte du groupe sectoriel pour la santé, ainsi que dans les activités d'évaluation de la santé initiales et ultérieures, en indiquant clairement les changements éventuels concernant la disponibilité ou l'accessibilité de services contre la tuberculose.
- Veiller à ce que les fonds nécessaires aux services contre la tuberculose en phase aiguë soient compris dans les appels d'urgence.

¹ Orientations pour la planification stratégique nationale contre la tuberculose, OMS 2022

- Veiller à ce que l'évaluation de la situation des services de santé et la rédaction de propositions décrivant les activités de riposte spécifiques à mettre en œuvre bénéficient de l'expertise adéquate

Phase post aiguë (après 3 mois)

Les interventions suivantes sont nécessaires en phase post aiguë lors d'une situation d'urgence :

- Évaluer (ou réévaluer) les services contre la tuberculose, y compris l'approvisionnement en médicaments et produits, en veillant à la qualité des soins.
- Veiller à la disponibilité du personnel formé nécessaire dans les lieux affectés en fonction des besoins locaux.
- Organiser la supervision nécessaire au moyen des modalités disponibles (y compris des moyens virtuels si possible).
- Établir (ou rétablir) un mécanisme de suivi pour retrouver les données de patients enregistrés pour un traitement antituberculeux.
- Restaurer l'infrastructure et les services contre la tuberculose dans les zones touchées par une catastrophe ou une crise.
- Faciliter le traçage des patients dont le traitement a été interrompu pour faciliter sa reprise et son achèvement.
- Diffuser des messages clés à l'intention des partenaires et des communautés sur l'accès aux services contre la tuberculose.
- Chercher activement à associer la communauté touchée (les dirigeants et les agents de santé communautaires) aux soins et aux efforts de prévention de la maladie.
- Veiller à ce que de l'évaluation des besoins en phase post aiguë et les efforts de mobilisation des ressources portent aussi sur les services contre la tuberculose
- Élaborer un plan accéléré qui s'adapte au plan national de lutte contre la tuberculose dont le budget correspondra à la situation et aux besoins en phase post aiguë.

Crises prolongées ou pays confrontés à des situations d'urgence prolongées

Les interventions suivantes devraient être envisagées en cas d'urgence prolongée :

- Maintenir le leadership du PSN et renforcer les capacités du programme de lutte antituberculeuse aux niveaux national et infranational.
- Veiller à ce que les évaluations ou analyses rapides (par exemple la cartographie et la détermination des partenaires locaux) portent aussi sur la lutte contre la tuberculose.
- Veiller à ce que l'évaluation de la disponibilité des ressources, la mise en évidence des déficits de financement et les initiatives de mobilisation des ressources portent aussi sur la lutte contre la tuberculose.

- Renforcer l'intégration des services contre la tuberculose dans les SSP et les initiatives communautaires afin d'atteindre les groupes touchés.
- Constituer une équipe spéciale chargée de déterminer et de définir les rôles et responsabilités des parties prenantes, d'élaborer des plans et des matériels de formation et de définir les lignes directrices nationales sur l'ensemble minimum de services nécessaires pour garantir des services de qualité contre la tuberculose.
- Garantir un approvisionnement ininterrompu de médicaments, de fournitures et de produits pour la lutte contre la tuberculose.
- Élaborer ou actualiser la planification stratégique des services contre la tuberculose dans le contexte d'une situation d'urgence prolongée.

Tableau 20. Planification du plan d'urgence

Étapes dans la chaîne des soins	Conséquences pour la chaîne des soins	Description	Contremesures (interventions)	Niveau	Préposés à la mise en œuvre	Autres parties prenantes à associer
Groupes vulnérables infectés par la tuberculose	Accès limité des groupes vulnérables à un traitement préventif (contacts de personnes atteintes, sans-abri et personnes vivant avec le VIH, par exemple)	Déploiement d'agents de santé chargés de la tuberculose et de la recherche des contacts pour la riposte d'urgence	Participation d'agents de santé communautaires au dépistage et à la recherche des contacts Recours aux technologies numériques pour la recherche et l'orientation des contacts	infranational (établissements de soins et communauté)	Personnel des établissements de soins et agents de santé communautaires	Partenaires techniques et financiers concernés, organisations de la société civile, agents de santé communautaires, prestataires de services de technologies sanitaires numériques
Cas symptomatiques non encore soignés	Accès réduit au diagnostic de la tuberculose	Accès réduit aux établissements de soins du fait d'une situation d'urgence (routes endommagées ou problèmes de sécurité, par exemple)	Participation d'agents de santé communautaires au dépistage de la tuberculose et au prélèvement de crachats Réorientation du système de transport des échantillons vers les établissements qui restent opérationnels	Niveaux national et infranational (établissements de soins et communauté)	Personnel des établissements de soins aux niveaux national et infranational et agents de santé communautaires	Partenaires techniques et financiers concernés, organisations de la société civile, agents de santé communautaires, services de transport d'échantillons et prestataires de services

		Fermeture ou réorientation de certains services pour répondre à la situation d'urgence	Utilisation de technologies numériques à l'appui du dépistage et de la communication des résultats des laboratoires Inclusion de la tuberculose parmi les activités de sensibilisation communautaires pertinentes dans le cadre de la riposte d'urgence			de technologies sanitaires numériques
Cas symptomatiques sous traitement	Interruption du traitement due à l'interruption de l'approvisionnement d'antituberculeux et d'autres produits sanitaires	Réaffectation d'agents de santé et d'autres ressources à la riposte d'urgence Perturbations de la chaîne d'approvisionnement à la suite de la situation d'urgence Perte des dossiers des personnes sous traitement	Inclusion des services TB dans les services essentiels pendant la riposte en situation d'urgence Suivi étroit des approvisionnements Distribution pour plusieurs mois Utilisation stratégies d'aide à l'observance Sensibilisation publique des personnes dont les dossiers ont été perdus	Niveaux national et infranational	Personnel aux niveaux national et infranational (établissements de soins)	Partenaires techniques et financiers concernés, organisations de la société civile, agents de santé communautaires, équipe de gestion de la chaîne d'approvisionnement et prestataires de services de technologies sanitaires numériques

Références bibliographiques

- 1 WHO Tb country profile https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/
- 2 WHO Global Tuberculosis Report <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>
- 3 <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>
- 4 OMS, 2022 Guidance for Reviews of tuberculosis programs
- 5 Bulletin d'information N° 152: sur la pandémie de la maladie à Coronavirus (COVID-19) Date de publication: 13 Décembre 2022 (Sources de données : Organisation Mondiale de la Santé et États membres de l'Union Africaine)
- 6 http://www.who.int/tb/publications/understanding_and_using_tb_data/en
- 7 <http://www.who.int/tb/publications/standardsand-benchmarks/en>
- 8 Rapport Banque Mondiale, 2022
- 9 ONUSIDA, AIDS Info, 2019
- 10 Documents OMS sur la co-infection TB/VIH
- 11 Documents OMS sur le contrôle de l'infection TB
- 12 Documents de l'OMS sur le laboratoire
- 13 Documents de l'OMS sur la prévention de la TB
- 14 Documents de l'OMS sur la Tuberculose de l'enfant
- 15 Documents de l'OMS sur la Tuberculose pharmacorésistante
- 16 Document de l'OMS sur la prise en charge de la tuberculose sensible
- 17 Documents d'orientation du Fonds Mondial GC7 (Note d'information tuberculose, Note information VIH, Note d'information Paludisme)
- 18 Fundingmodel modularframework handbook Fonds Mondial
- 19 Politiques relatives aux contexts d'intervention difficiles Fonds Mondial
- 20 OCHA CAR Dashboard 2022
- 21 Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026 (PNDS III)
- 22 Plan National de Développement Sanitaire II
- 23 Plan intérimaire du secteur de la santé PIS 2018-2019
- 24 Rapport revue RCA 2022 programme TB
- 25 Rapport revue épidémiologique TB, 2022
- 26 Rapport revue RCA 2019
- 27 Rapport de la revue externe du plan stratégique TB, Août 2019
- 28 Politique nationale de santé 2019 – 2030, RCA
- 29 Politique nationale de la santé communautaire 2020-2030, RCA
- 30 Ministère de la Santé et de la Population, Enquête SARA/HeRAMS 2019
- 31 Carte Sanitaire 2018
- 32 PSN Paludisme 2018-2022 étendu à 2023
- 33 PSN TB 2017-2023
- 34 PSN Hépatites
- 35 Plan stratégique MNT 2018-2022
- 36 Plan stratégique national laboratoire 2018
- 37 Rapport de l'enquête STEP
- 38 Guide technique de prise en charge de la tuberculose chez l'adulte, cinquième édition Avril 2021
- 39 Guide de prise en charge de la tuberculose de l'enfant (0-14 ans), cinquième édition 2021
- 40 Guide de prise en charge de la tuberculose pharmaco-résistante, troisième édition avril 2021
- 41 Rapport des missions r-GLC en RCA, OMS
- 42 Rapport MICS 2010
- 43 Rapport de mission de dépistage triple maladie dans les établissements pénitentiaires
- 44 Rapport de dépistage actif à Gbenguéwé et PIRI
- 45 Surveillance à base communautaire
- 46 Lettres de gestion FM, NFM3, CRF

Annexes

ANNEXE 1. Population de la RCA en 2023

DRS	Districts	Pop. 2023	Nces Vvtes	Survants	Pop moins de 15 ans	Femmes Enceintes	Pop moins de 5 ans	FAP
RS1	BEGOUA	347 361	12 158	10 560	141 376	13 894	60 093	85 103
RS1	BIMBO	366 460	12 826	11 140	149 149	14 658	63 398	89 783
RS1	BODA	129 175	4 521	3 927	52 574	5 167	22 347	31 648
RS1	BOSSEMBELE	213 542	7 474	6 492	86 911	8 542	36 943	52 318
RS1	MBAIKI	233 404	8 169	7 095	94 995	9 336	40 379	57 184
RS2	BABOUA-ABBA	114 030	3 991	3 466	46 410	4 561	19 727	27 937
RS2	BERBERATI	199 422	6 980	6 062	81 165	7 977	34 500	48 858
RS2	BOUAR-BAORO	245 070	8 577	7 450	99 743	9 803	42 397	60 042
RS2	CARNOT-GADZI	263 001	9 205	7 995	107 041	10 520	45 499	64 435
RS2	GAMBOULA	103 491	3 622	3 146	42 121	4 140	17 904	25 355
RS2	SANGHA MBAERE	145 795	5 103	4 432	59 339	5 832	25 223	35 720
RS3	BATANGAFO-KABO	152 286	5 330	4 629	61 980	6 091	26 345	37 310
RS3	BOCARANGA- KOUTI	151 130	5 290	4 594	61 510	6 045	26 146	37 027
RS3	BOSSANGOA	175 679	6 149	5 341	71 501	7 027	30 393	43 041
RS3	BOUCA	84 608	2 961	2 572	34 435	3 384	14 637	20 729
RS3	BOZOUM- BOSSEMPELE	104 503	3 658	3 177	42 533	4 180	18 079	25 603
RS3	NANGHA BOGUILA	137 306	4 806	4 174	55 884	5 492	23 754	33 640
RS3	NGAOUNDAYE	141 812	4 963	4 311	57 718	5 672	24 534	34 744
RS3	PAOUA	322 723	11 295	9 811	131 348	12 909	55 831	79 067
RS4	BAMBARI	301 861	10 565	9 177	122 858	12 074	52 222	73 956
RS4	KEMO	193 044	6 757	5 869	78 569	7 722	33 397	47 296
RS4	KOUANGO-GRIMARI	167 089	5 848	5 080	68 005	6 684	28 906	40 937
RS4	NANA GRIBIZI	219 393	7 679	6 670	89 293	8 776	37 955	53 751
RS5	BAMINGUI- BANGORAN	86 265	3 019	2 622	35 110	3 451	14 924	21 135
RS5	HAUTE-KOTTO	134 839	4 719	4 099	54 880	5 394	23 327	33 036
RS5	VAKAGA	87 399	3 059	2 657	35 572	3 496	15 120	21 413
RS6	ALINDAO-MINGALA	173 051	6 057	5 261	70 432	6 922	29 938	42 397
RS6	BANGASSOU	170 041	5 951	5 169	69 206	6 802	29 417	41 660

DRS	Districts	Pop. 2023	Nces Vvtes	Survants	Pop moins de 15 ans	Femmes Enceintes	Pop moins de 5 ans	FAP
RS6	HAUT-MBOMOU	54 962	1 924	1 671	22 370	2 198	9 508	13 466
RS6	KEMBE-SATEMA	87 356	3 057	2 656	35 554	3 494	15 113	21 402
RS6	MOBAYE-ZANGBA	139 011	4 865	4 226	56 578	5 560	24 049	34 058
RS6	OUANGO-GAMBO	100 814	3 528	3 065	41 031	4 033	17 441	24 699
RS7	BANGUI I	181 706	6 360	5 524	73 954	7 268	31 435	44 518
RS7	BANGUI II	372 690	13 044	11 330	151 685	14 908	64 475	91 309
RS7	BANGUI III	299 139	10 470	9 094	121 750	11 966	51 751	73 289
TOTAL_POP_RCA_2023		6 399 458	223 981	194 544	2 604 579	255 978	1 107 106	1 567 867

Source : Selon les données de la cartographie censitaire numérique RGPH4 Juin 2022 réalisée par l’Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales (ICASEES)

ANNEXE 2. Cadre stratégique du plan pour un but déterminé, précisant les objectifs, interventions stratégiques, activités et sous-activités.

Sous activité 1.1.1.7. Former/ recycler les microscopistes (2 par nouveaux CDT) sur les techniques de baciloscopie au niveau du LNR pendant 5 jrs (512 personnes à former en 17 sessions dont 5 sessions en An1, 5 sessions en année 2 et 3 sessions en An3)						
Intervention stratégique 1.2 : Renforcement des capacités du réseau de laboratoire y compris l'extension du diagnostic rapide recommandé par l'OMS (mWRD) comme test de diagnostic initial de la maladie et de détection de la résistance à la rifampicine chez toute personne présumée avant d'orienter le traitement.						
Activité 1.2.1. Réviser et vulgariser tous les documents normatifs du réseau des laboratoires de tuberculose en intégrant l'algorithme de dépistage TB et les nouvelles technologies (le manuel de supervision, le manuel de formation en bascilloscopie, le manuel de contrôle externe de qualité)						
Sous activité 1.2.1.1. Recruter un consultant national pour 30 jours						
Sous activité 1.2.1.2. Organiser un atelier de 10 jours regroupant trente (30) participants à Bangui pour la validation des documents						
Sous activité 1.2.1.5. Reproduire 500 Fiches Techniques de l'algorithme de dépistage tuberculose, 500 manuels de formation, 500 manuels de supervision et 500 manuels de contrôle externe de qualité du réseau des laboratoires de Tuberculose (Année 1)						
Activité 1.2.2. Former les techniciens de laboratoire/microscopistes sur la technique Xpert à raison de 10 sessions de 30 personnes pendant 3 jours en An 1 et 2						
Activité 1.2.3. Assurer la participation du personnel du réseau TB à des cours et stages internationaux (2 personnes chaque année en An 1, 2 et 3)						
Activité 1.2.4. Acquérir des réactifs et consommables pour la réalisation de la coloration de Ziehl Nielsen pour les anciens et nouveaux CDT						
Activité 1.2.5. Acquérir des pièces de rechange pour les microscopes du réseau de laboratoire (Acheter 100 Kits des pièces de rechange pour les microscopes du réseau de laboratoire (objectifs 100 X 100, fusibles, miroir)						
Activité 1.2.6. Organiser deux supervisions par an de LNR vers les laboratoires des 35 hôpitaux de districts de contrôle de qualité du réseau des laboratoires par le LNR (2 missions / an pendant toute la durée du PSN)						
Activité 1.2.7. Organiser quatre supervisions par an des laboratoires des hôpitaux des districts vers les FOSA.						
Activité 1.2.8. Organiser des lectures de panel du réseau des laboratoires par le LNR (10 sessions de 3 jours de relecture de frottis à Bangui chaque année.)						
Activité 1.2.9. Assurer la visite technique annuelle par le Laboratoire supranational de Cotonou au LNR						
Activité 1.2.10. Acquérir 25 machines GeneXpert pour les 10 Hôpitaux des Districts et 15 hôpitaux secondaires en An 1 (BOALI, YALOKE, DAMARA, MONGOUNBA, BOARO, GAMBOULA, SOSSO, BAYANGA, KABO, MARKOUNDA, KOUTI, IPPY, MBRES, KOUANGO, DEKOUA, BAMNGUI, RAFAI, BAKOUMA, GAMBO)						
Sous activité 1.2.10.1. Assurer l'installation de 25 appareils GeneXpert						

Activité 1.2.11. Acquérir des modules de remplacement pour les machines GeneXpert (anciennes et nouvelles)						
Activité 1.2.12. Acquérir des accessoires pour les machines GeneXpert (batteries, onduleurs, panneaux solaires, imprimantes)						
Activité 1.2.13. Acquérir des cartouches pour les tests Xpert MTB/Rif (quantification en tant que test initial)						
Activité 1.2.14. Acquérir des équipements pour le LNR						
Activité 1.2.14.1. Doter le LNR en appareil GeneXpert 10 couleurs de 16 modules pour la réalisation des tests de résistance de 2ème ligne.						
Activité 1.2.14. 2. Doter le LNR avec le MGIT 960, automate de culture en milieu liquide pour la réalisation des tests de sensibilité de certains antituberculeux comme la bédaquiline						
Activité 1.2.14.3. Acquérir les réactifs pour le MGIT 960						
Activité 1.2.14.4. Acquérir pour le LNR des kits Génotype MTBDRsl 2.0 la résistance aux Fluoroquinolones et aux antibiotiques injectables (AMK, KAN, CAP)						
Activité 1.2.15. Assurer la formation d'un (1) technicien du LNR à la réalisation des tests de sensibilité pour les médicaments de deuxième ligne, la LPA 1ère et 2ème ligne, 1 personne chaque année (année 1, 2 et 3)						
Activité 1.2.16. Organiser une formation des techniciens de laboratoire des sites GeneXpert à la calibration des machines GeneXpert (30 techniciens pendant 2jours en deux sessions, soit 60 techniciens en An 2)						
Activité 1.2.17. Acquérir des kits de calibration pour les machines GeneXpert						
Activité 1.2.18. Elaborer un plan de maintenance de tous les appareils biomédicaux et en assurer la maintenance (y compris la maintenance et l'entretien des hottes pour le LNR et le laboratoire national de santé publique)						
Activité 1.2.17. Assurer la formation des techniciens de laboratoire à l'international sur la maintenance des équipements de labo de biologie médicale niveau 1 et 2 pendant 1 mois au Burkina Faso (2 personnes /an).						
Activité 1.2.18. Assurer la formation des techniciens biomédicaux (Service d'Entretien et de Réparation des Appareils Médicaux) à l'entretien et à la maintenance des appareils de laboratoire et imagerie en An2 (2 personnes) et An3 (2 personnes).						
Activité 1.2.19. Identifier et former les techniciens de maintenance des régions sur la maintenance des équipements médicaux (Recycler tous les deux (2) ans)						
Activité 1.2.20. Réaliser des missions semestrielles de maintenance des appareils biomédicaux						
Intervention 1.3 : Promotion de réseau de diagnostic décentralisé et intégré avec d'autres maladies, par le biais de l'utilisation de plateforme de diagnostic multiplex (diagnostic multi maladies Covid-19, VIH, TB)						
Activité 1.3.1. Evaluation et extension de DataToCare aux autres machines GeneXpert en prenant en compte l'infection VIH. COVID,						
Activité 1.3.1.1. Elaboration d'un manuel de formation des agents sur l'utilisation de DataToCare						

Activité 1.3.1.2. Mission d'installation de DataToCare sur 30 machines GeneXpert RS Mongoumba, Mbaïki, CHUMED, Bossembele et Boda, BOALI, YALOKE, DAMARA) RS (HD Bouar, St Michel, HRU Berberati, HD Carnot, HD Gamboula, CS Contonier, HD Nola, HS BOARO) RS3 HRU Bossangoa, HD Batangafo, HD Paoua, HD Bozoum, Hôpital privé St Jean Paul II de Bossempte, HD Bouca) RS4 (HRU Bambari, HD Sibut, HD Kaga bandoro HS Dékoa), RS5 (HRU Bria, HD Birao, HD Ndélé), RS6 (HRU Bongassou, HD Ouango Gambo, HD Obo, HS Zémio, HD Alindao, HD Mobaye) RS7 (CHU Communautaire, CHU Amitié, HD Lakouanga, HD Bédé Combattant)						
Activité 1.3.3.3. Formation des agents sur l'utilisation de DataToCare (S						
Activité 1.3.4. Payer les frais d'abonnement Internet pour Data to care						
Activité 1.3.5. Missions d'appui de l'équipe de Savics (2 missions pour la première année)						
Activité 1.3.6. Organiser des missions de coaching par le réseau de laboratoire auprès des CDT nécessitant un renforcement des capacités dans le cadre de l'utilisation de plateforme de diagnostic multiplex (diagnostic multi maladies Covid-19, VIH, TB)						
Intervention 1.4 : Renforcement du mécanisme intégré de transport des échantillons pour les programmes de lutte contre la TB et le VIH.						
Activité 1.4.1. Organiser 1 atelier de 2 jours de mise à jour des micro-plans de transport d'échantillons dans les 17 districts; (34 personnes pour chaque atelier)						
Activité 1.4.2. Organiser 1 atelier d'élaboration des micro plans de transports d'échantillons de 3 jours dans 18 districts sanitaires (36 personnes pour chaque atelier)						
Activité 1.4.3. Financer les micro-plans de transports des échantillons des districts sanitaires						
Activité 1.4.5. Réaliser le transport hebdomadaire des échantillons TBMR pour les tests (culture, DST, GeneXpert et LPA) du District Sanitaire vers le niveau central						
Activité 1.4.6. Doter les CDT/CT en matériel de de transport des échantillons						
Intervention 1.5 : Intensification du diagnostic de la tuberculose à l'aide de radiographies thoraciques numériques pour être offertes gratuitement.						
Activité 1.5.1. Acquérir les appareils de radiographie numérique pour les 35 DS						
Activité 1.5.2. Acquérir les appareils de radiographie X-Ray dans les 5 hôpitaux centraux)						
Activité 1.5.3. Assurer les formations de 80 personnels à l'utilisation des appareils radiographie						
Activité 1.5.4. Contractualiser avec un cabinet, pour la maintenance des appareils						
Activité 1.5.5 Doter les centres en consommables de radiographie						
Activité 1.5.6. Former 2 Médecins par CDT disposant d'appareil de radiographie : 02 médecins sur l'interprétation des clichés radiographiques avec l'appui de L'Union internationale de lutte contre la TB.						
Activité 1.5.7. Contractualiser avec les services de radiologie pour interprétation des radiographies.						

Intervention 1.6: Renforcement de la prise en charge de la tuberculose de l'enfant avec l'introduction de l'utilisation de nouvelles technologies et d'autres échantillons autre que les expectorations ainsi que l'utilisation de schémas de traitement plus court.						
Activité 1.6.1. Organiser un atelier de révision du guide technique TB de l'enfant						
Activité 1.6.2 Valider le guide technique TB de l'enfant révisé en 2024						
Activité 1.6.3 Reproduire et vulgariser 500 guides techniques TB de l'enfant validé en 2024						
Activité 16.4 Former 600 personnes sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant (publique/privé, centre de prise en charge nutritionnelle						
Activité 1.6.5 Acquérir du matériel pour améliorer le diagnostic de la TB pédiatrique : nébuliseurs, tubes nasogastriques, etc.						
Activité 1.6.7 Analyse de la situation et élaboration d'un plan d'intégration de la tuberculose dans les activités de la santé maternelle et infantile.						
Activité 1.6.8 Former 600 personnels de SMI sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant (publique/privé)						
Intervention 1.7. : Décentralisation du dépistage et des tests de la tuberculose au niveau des communautés notamment par des cliniques mobiles (équipées de radiographie numérique mobile et de laboratoire ainsi que d'autres services de santé prioritaire) pour la recherche active des cas de tuberculose dans la communauté avec un ciblage des populations vulnérables et à haut risque afin de les diagnostiquer précocement et les traiter.						
Intervention 1.7.1. Les personnes privées de liberté						
Activité 1.7.1.1 Ériger les infirmeries des 11 grandes MAC en CDT fonctionnels						
Activité 1.7.1.2. Doter les 11 grandes MAC en tests rapides et consommables pour le dépistage de la TB et du VIH à l'entrée des établissements pénitentiaires						
Activité 1.7.1.3. Achat de trois camions avec Radiographie numérique pour les équipes mobiles						
Activité 1.7.1.3. Réaliser des campagnes de dépistage de masse dans les établissements pénitentiaires (utilisation de camion mobile avec Radiographie numérique mobile, laboratoire)						
Activité 1.7.1.4. Former 100 personnels pénitentiaires sur la TB, VIH et autres comorbidités (Covid-19, Malnutrition, Diabète, paludisme) : prévention, stigmatisation, discrimination, contrôle de l'infection						
Activité 1.7.1.5. Former 120 pairs éducateurs des PPL/ Recyclage à Bangui (Garagba et Camp de Roux), Bimbo, Berberati, Bouar, Bambari, Bossangoa, Nola, Mbaïki, Bangassou, Bria, Ndélé						
Intervention 1.7.2. Les Pygmées, Peuhls, réfugiés et déplacés internes						
Activité 1.7.2.1. Intégrer le dépistage de la TB dans le centre de santé de Zouméa/ Bélémboke fréquentés par les pigmées						
Activité 1.7.2.2. Organiser chaque semestre 1 campagne de dépistage actif de la TB dans les campements des pigmées						
Activité 1.7.2.3. Organiser chaque semestre 1 campagne de dépistage actif de la TB dans les 80 sites de déplacés internes						

Intervention 1.7.3. Les miniers, les commerçants Koli-Wali gara, les taxi motos et autres populations avec accès limité aux soins et les bidons villes						
Activité 1.7.3.2. Organiser deux campagnes de dépistage intégré par année (dépistage TB,IST, VIH, COVID) avec des cliniques mobiles dans 10 sites miniers						
Activité 1.7.3.3. Organiser 2 campagnes de dépistage actif de TB dans les 3 districts à l'endroit des groupes vulnérables et autres groupes identifiés par le PNLT ou zones à haut risque (commerçants koliwaligara, etc)						
Activité 1.7.3.4. Réaliser une cartographie des mines pour les situer par rapport aux CDT environnants						
Activité 1.7.3.5. Organiser des consultations en stratégies avancées dans les sites miniers						
Intervention 1.8 : Campagnes actives de recherche des cas pour augmenter les déclarations de cas de la tuberculose dans les zones et quartiers à haut risque (Hot spot), parmi les collectivités (les commerçants Koli-Wali gara, les taxi motos et autres) de manière intégrée avec les autres maladies (Covid-19, VIH, Paludisme, malnutrition, Diabète et HTA) dans les régions où la déclaration des cas de TB est plus faible que prévu, ou la prévalence de la maladie est élevée et tenant compte du VIH.						
Activité 1.8.1. Révision du Manuel de recherche active des cas de TB en Année 1						
Sous activité 1.8.1.1. Organiser un atelier de validation de 3 jours avec 30 participants à Bangui						
Sous activité 1.8.1.2. Multiplier et vulgarise 500 Manuels de recherche active des cas de TB						
Activité 1.8.2. Identifier les zones à haut risque de TB (continuer l'étude avec EPCON et L'UNION)						
Activité 1.8.3. Elaborer un plan d'action budgétisé pour les campagnes de recherche active de TB dans les zones à haut risque identifiées (Région 1 et 7)						
Activité 1.8.4. Organiser des sensibilisations à l'endroit de la communauté (radio locales)						
Activité 1.8.8 Organiser 2 campagnes de dépistage actif de TB dans les 3 districts de Bangui à l'endroit des personnes internées chez les tradipraticiens, les marabouts et responsables cellules de prières.						
Intervention 1.9 : Prévention de la tuberculose et utilisation de la recherche des contacts comme stratégie de détection active des cas de TB visant à repérer les personnes cibles d'une infection tuberculeuse pour bénéficier du TPT.						
Intervention 1.9.1 : Contrôle de l'infection						
Activité 1.9.1.1. Réviser, valider et vulgariser le guide de contrôle de l'infection TB						
Rephotographier en 500 exemplaires le guide de contrôle de l'infection						
Activité 1.9.1.2 Former les agents sur le contrôle de l'infection						
Activité 1.9.1.3 Améliorer les conditions environnementales pour certains CDT et certains centres de prise en charge de la TB-MR						
Activité 1.9.1.4 Organiser un atelier d'une journée avec les cadres du programme (20 personnes) pour réviser la grille de supervision et intégrer un volet de contrôle de l'infection						
Activité 1.9.1.5. Développer des matériels d'éducation (affiches, posters, dépliants) sur les mesures de protection personnelle et l'hygiène de la toux						
Activité 1.9.1.6. Organiser un atelier de formation 200 prestataires sur la recherche active de la TB chez les PVVIH						

Activité 1.9.1.7. Reproduire les fiches de RAC de la TB chez les PVVIH en 60000 exemplaires						
Intervention 1.9.2 : l'investigation des sujets contacts et le traitement préventif de la TB.						
Activité 1.9.2.1. Recruter un consultant national pour appuyer l'élaboration du guide TPT en AN 1						
Activité 1.9.2.2 Élaborer un guide technique TPT pour prendre en compte les nouvelles recommandations OMS (Traitement court) en élargissant les cibles						
Activité 1.9.2.3 Élaborer des outils pour la collecte des données des patients mis sous TPT						
Activité 1.9.2.4 Valider le guide TPT (2 jours avec 30 participants à Bangui)						
Activité 1.9.2.5. Acquérir le TPT pour les PVVIH et les enfants (moyenne de 5 cas contacts/patient TB adulte)						
Activité 1.9.2.6. Acquérir des tests pour le diagnostic de la TB latente (TCT, IGRA)						
Activité 1.9.2.7. Former en 5 sessions de 30 personnes en An 1 et 2						
Objectif spécifique 2 : Accroître le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas (nouveaux et rechutes) mis sous traitement de 79 % en 2021 à ≥90% en fin 2028.						
Intervention 2.1 : Amélioration de la qualité des soins et du taux de succès du traitement de la tuberculose sensible						
Activité 2.1.1. Doter les 256 CDT d'une flotte téléphonique (10.000 CFA par mois par CDT) pour la recherche des patients irréguliers et le suivi des transférés						
Activité 2.1.2. Dotation de tous les 256 CDT et CT avec un échéancier (pour le suivi des patients et la recherche des PDV)						
Activité 2.1.3. Mise en œuvre des technologies numériques d'observance du traitement pour offrir de l'aide à domicile aux personnes porteuses de la tuberculose en matière de soutien et de suivi thérapeutique, de conseil et de signalement des effets indésirables des médicaments (Identification et acquisition des technologies numériques d'observance du traitement (piluliers intelligents, etc.), Formation du personnel de santé et communautaire à l'utilisation						
Activité 2.1.4. Prise en charge communautaire des patients TB sous traitement pour une dispensation ambulatoire à domicile.						
Activité 2.1.5. Former les ASC pour assurer le suivi des patients TB sous traitement pour une dispensation ambulatoire à domicile.						
Activité 2.1.6. Assurer la prise en charge des ASC pour assurer le suivi des patients TB sous traitement pour une dispensation ambulatoire à domicile.						
Activité 2.1.7. Réaliser une étude comparative dans 2 régions sanitaires pour évaluer le résultat de traitement TB (dans une région on fait une Aide aux patients (fourniture de transport) pour qu'ils puissent suivre leur traitement sous TDO et région assure le remboursement de transport aux patients et kits nutritionnels, l'autre région assure le suivi des patients avec l'appui des ASC).						
Intervention 2.2 : Approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux						
Activité 2.2.1. Assurer la formation des acteurs impliqués dans la quantification des réactifs et consommables						

Sous activité 2.2.1.1. Former les formateurs des districts (77) sur la gestion des stocks y compris sur les bonnes pratiques de distribution						
Sous activité 2.2.1.2. Former/recycler 694 gestionnaires de stock des CDT/CT sur la gestion des stocks y compris sur les bonnes pratiques de distribution						
Activité 2.2.2. Assurer la formation de 10 membres du comité de pharmacovigilance au cours international						
Activité 2.2.3. Acquérir des médicaments anti TB de première ligne						
Activité 2.2.4. Acquérir des médicaments antituberculeux de 2ème ligne						
Objectif spécifique 3 : Réduire la charge du VIH chez tous les patients tuberculeux en testant 95% des patients tuberculeux et en mettant sous traitement ARV et sous cotrimoxazole 100% des patients coinfectés TB/VIH identifiés à fin 2028.						
Intervention 3.1 : Renforcement des activités de la collaboration TB/VIH						
Activité 3.1.1. Prendre une note ou un arrêté ministériel pour formaliser la mise en place du groupe technique de collaboration à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Central, régional et district)						
Activité 3.1.2. Réviser le plan de collaboration TB/VIH : Organiser un atelier d'élaboration du plan conjoint chaque année, en 3 jours, par un comité de 15 participants						
Activité 3.1.3. Reprographier et diffuser le plan de collaboration TB/VIH en 500 exemplaires						
Activité 3.1.4. Former des formateurs nationaux sur les activités de collaboration TB/VIH :						
Activité 3.1.5. Former les agents de 50 centres prescripteurs pour la création de 50 guichets uniques (one stop shop) sur la gestion conjointe TB/VIH pendant 5 jours par un formateur international (médecins et infirmiers)						
Activité 3.1.6. Elaborer et valider les fiches de référence et de contre référence entre les unités de prises en charge du VIH, les CT/CDT et les laboratoires (ateliers de 40 personnes pour l'élaboration et 40 pers pour la validation						
Activité 3.1.7. Organiser des missions de coaching intégrées TB/VIH						
Activité 3.1.8. Organiser les réunions trimestrielles de 1 jour de 25 participants à Bangui du comité national TB-VIH						
Activité 3.1.9. Organiser les réunions trimestrielles de 15 membres des districts appuyés par les régionaux d'un (1) jour du comité régional TB-VIH						
Activité 3.1.10. Former 100 prestataires des CT et CDT sur les techniques et méthodes de counciling et du dépistage du VIH						
Activité 3.1.11. Rendre disponible les intrants de la prise en charge de la co-infection TB/VIH (test de dépistage du VIH, ARV, TPT, etc.) avec accent particulier dans les régions sanitaires n°3, 4, 5, 6 (zone à accès difficile)						
Intervention 3.2 : Promotion des mesures de prévention du VIH chez les TB séronégatifs et de l'approche familiale						
Activité 3.2.1. Rendre disponible les outils de séances d'IEC : Zoe, Phallus, cahier imagé etc.)						

Activité 3.2.2. Rendre disponible les préservatifs dans les CDT/CT							
Intervention 3.3 : Prise en charge des Comorbidités (comme diabète et tuberculose, Covid-19 et Tuberculose, hépatite et tuberculose, etc)							
Activité 3.3 .1. Organiser 2 réunions annuelles avec les diabétologues, les endocrinologues et pour le partage des directives et la prise en charge des comorbidités : 2 rencontres annuelles de 20 personnes – prévoir 1 pause-café et une pause-déjeuner pour chaque réunion							
Activité 3.3 .2. Rechercher activement les signes de la TB chez les patients diabétiques et chez les malnutris. (Disponibiliser les outils d'enregistrement et de collecte des données)							
Activité 3.3 .3. Dépister systématiquement les signes de malnutrition chez les patients tuberculeux (disponibiliser les toises, les pèse-personnes, MUAC, Salter pour 100 CDT/ CT)							
Activité 3.3 .4. Dépistage systématique du diabète chez les tuberculeux (disponibiliser les glucomètres et les bandelettes pour 100 CT/CDT)							
Objectif spécifique 4 : Accroître le nombre de cas de TBMR notifiés de 19% en 2021 pour atteindre plus de 60% des cas attendus en 2028 avec un taux de succès thérapeutique passant de 62% en 2021 à 90% à fin 2028 de tous les patients TB-MR diagnostiqués et notifiés.							
Intervention 4.1: Amélioration de la détection, de la prévention et de la prise en charge de la TB-MR							
Activité 4.1.1. Créer 25 unités de prise en charge TB-MR afin de couvrir tous les districts sanitaires (15 nouvelles unités en An1, 5 en An 2, 5 en An3). NB : En sachant que le projet de réhabilitation du CNHUPP est prévu sur le NFM3.							
- Forfait 3000 dollars par site pour la réhabilitation							
- Équiper les 25 nouveaux sites TBMR réabilités							
Activité 4.1.2. Former le personnel de l'ensemble des unités de PEC TB-MR (xx nouvelles et xx anciennes) : Recycler / former 3 personnes par site, pour les 14 Centres de PEC de TB MR (soit 42 pers pour 5 jours)							
Activité 4.1.3. Réviser et valider le guide technique de PEC TBMR au cours d'un atelier de 5 jours à Boali pour 25 personnes avec l'appui d'une mission rGLC en 2024							
- Organiser en 2 jours un atelier national de validation du guide de PEC TBMR révisé regroupant 35 participants à Bangui							
- Reproduire le guide de PEC TBMR révisé y compris les outils de gestion							
Activité 4.1.4. Assurer la prise en charge des bilans pré-thérapeutiques et des examens de suivi							
Activité 4.1.5. Organiser des réunions trimestrielles du comité TB-MR pendant 1 jour (Réaliser des réunions trimestrielles du comité TB/MR pendant 1 jour)							
Intervention 4.2: Renforcement de la prise en charge de la TBMR, avec la gestion des effets secondaires							
Activité 4.2.1. Former 2 agents au cours international TBMR chaque année (cours de Douala de L'Union)							
Activité 4.2.2. Organiser un atelier d'élaboration d'outil de gestion des effets secondaires (algorithmes, affiches...) (à intégrer à la révision du guide TB-MR) pendant 3 jours, 20 participants à Bangui							
Activité 4.2.3. Assurer la prise en charge des effets secondaires							

Activité 4.2.4. Développer des procédures opérationnelles standards (SOP) pour la gestion des effets secondaires (PM)						
- Reproduire 500 affiches (à intégrer à la reproduction des outils de gestion TB-MR)						
- Reproduire les outils de gestion des effets secondaires						
Activité 4.2.5. Payer les frais d'assistance technique du GLC (Subventionner les frais de droits au GLC (50000 dollars/an sur 5 ans)						
Activité 4.2.6. Acquérir des électrocardiographes et des audiomètres portatifs pour les nouvelles unités TB-MR						
Activité 4.2.7. Acquérir des appareils auditifs pour 100 patients TB-MR par an ayant des troubles auditifs						
Intervention 4.3: Investigation des cas contacts TBMDR						
Activité 4.3.1. Effectuer les visites à domicile autour d'un nouveau cas TB MR						
Intervention 4.4 : Approvisionnement régulier en consommables de laboratoire pour le diagnostic de la pharmaco résistance et médicaments de seconde ligne						
Activité 4.4.1 : Approvisionnement régulier en consommables de laboratoire pour le diagnostic de la pharmaco résistance Approvisionnement régulier en médicaments de 2ème ligne						
Intervention 4.5 : Soutiens aux patients TB-MR						
Activité 4.5.1 : Apporter un appui alimentaire à tous les patients TB/MR (Octroyer un kit alimentaire en ration sèche composé de 1 sac de riz de 25kg, 5l d'huile, 10kg de couscous, 10 boites de sardine ou de viande séchée par malade par mois pendant 10 mois) : Augmenter les ressources financières dédiées à la PEC nutritionnelle des patients TB MR de 3500 FCFA à 5000 FCFA compte tenue de modifications des couts de vie actuelle						
Activité 4.5.2. Assurer les remboursements des frais de transport des patients TB/MR vers les unités pour le suivi en ambulatoire et pour le déplacement de la localité du patient vers l'unité TB-MR						
Intervention 4.6 : Supervision spécifique dans les sites de prise en charge TBMDR décentralisés						
Activité 4.6.1. Supervision spécifique dans les sites de prise en charge TBMDR décentralisés						
Activité 4.6.2. Organiser des visites de supervision dans les unités TB-MR : Réaliser 2 missions semestrielles de supervision par une équipe de 2 personnes du niveau central pendant 2 jours par unité						
Activité 4.6.3. Organiser des audits cliniques et de la qualité des données (Réaliser 4 audits par an en 1 jour avec la participation de 3 personnes du PNLT, 2 d'Unité TB-MR CNHUPP, 2 représentants de la RS et DS et 2 par unité prise en charge)						
Objectif spécifique 5 : Renforcer l'intégration de lutte contre la tuberculose avec les autres programmes de santé ainsi que le partenariat avec d'autres secteurs (privé, les humanitaires) et la société civile pour une mise en œuvre efficace de la lutte d'ici fin 2028.						
Intervention 5.1. Implication de tous les partenaires (privés, publics, confessionnels, humanitaires, traditionnels)						
Activité 5.1.1. Mise en place d'un partenariat public-privé (état des lieux, définition du partenariat, politique nationale pour le système de réglementation, outils et plan de mise en œuvre)						

Activité 5.1.2. Réaliser au niveau de chaque chef-lieu de région une réunion de collaboration et de partage des directives avec les médecins privés						
Activité 5.1.3. Former les tradipraticiens sur les signes de la TB et l'orientation des présumés						
Activité 5.1.4. Multisectorialité						
Sous activité 5.1.4.1. Organiser 3 réunions annuelles de coordination et de collaboration avec le Ministère de l'Education, du Travail et de l'élevage						
Sous activité 5.1.4.12 Réaliser des réunions du cadre de recevabilité multi-acteurs						
Sous activité 5.1.4.3. Organiser des visites d'encadrement/d'information dans les grandes industries ou manufactures						
Intervention 5.2 : Intégration de la lutte contre la TB dans les autres programmes comme le PEV, Services maternels et infantiles, appui nutritionnel.						
Activité 5.2.1. Analyse de la situation par une consultation nationale de 30 jours au niveau des programmes						
Activité 5.2.2. Elaborer les directives de collaboration et de partenariat pour l'intégration de la lutte TB au niveau des différents programmes						
Activité 5.2.3. Etude de faisabilité de l'intégration dans quelques sites pilotes						
Activité 5.2.4. Mettre en place un cadre de collaboration entre les différents programmes comme le PEV, Services maternels et infantiles, appui nutritionnel						
Activité 5.2.5. Evaluation de la phase pilote						
Activité 5.2.6. Passage à l'échelle à partir de la deuxième année de mise en œuvre						
Activité 5.2.7. Organiser des réunions de coordination et de suivi de la mise en œuvre						
Intervention 5.3 Renforcement des capacités de la société civile et des acteurs communautaires : Renforcement des activités communautaires, de la société civile et des ONGs en appui au programme						
Activité 5.3.1. Former les pairs éducateurs						
Activité 5.3.2. Former les responsables des OSC/OBC intervenant dans la lutte contre la tuberculose en communication pour un changement social et comportemental						
Activité 5.3.3. Renforcer les activités des relais communautaires par CDT/CT pour mettre en œuvre les activités communautaires de manière intégrée						
Activité 5.3.4. Renforcer les capacités des acteurs communautaires pour la mise en œuvre des activités de la recherche active des cas, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients tuberculeux						
Activité 5.3.5. Continuer le renforcement des capacités structurelles, institutionnelles et juridiques des organisations communautaires pour des appuis de coordination des acteurs communautaires dans la vision de la stratégie ENGAGE-TB						
Activité 5.3.6. Former les formateurs communautaires régionaux sur l'orientation et l'aide au suivi des patients tuberculeux						

Activité 5.3.7. Former les Communicateurs des DS et points focaux des ONG sur l'orientation et l'aide au suivi des patients TB						
Activité 5.3.8. Soutien d'interventions communautaires et dirigées par la communauté et les services de proximité pour le dépistage, le diagnostic, le traitement, les soins, la prévention et la réadaptation en lien avec la tuberculose. Promotion de services intégrés pour la tuberculose et le VIH et d'autres services pertinents						
Activité 5.3.9. Elimination de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose. -Utilisation des outils de mesure de la réduction de la stigmatisation, des programmes de formation et d'autres ressources tenant compte du genre qui ont été créés à l'intention des agents de santé, des agents de santé communautaires, des communautés, des employeurs, des journalistes, des dirigeants sociaux et des chefs religieux. - Faire participer les personnes porteuses de la tuberculose à ces activités.						
Sous activité 5.3.9.1. Former les relais communautaires sur la lutte contre la tuberculose						
Sous activité 5.3.9.2. Former les cadres du service de communication et les structures communautaires en stratégie de communication						
Sous activité 5.3.9.3. Former chaque année les professionnels de media sur la tuberculose et la co-infection						
Activité 5.3.10. Contribuer au fonctionnement des organisations communautaires						
Sous activité 5.3.10.1 Assurer le fonctionnement du matériel roulant des SR communautaires						
Sous activité 5.3.10.2. Réaliser la supervision des activités communautaires						
Sous activité 5.3.10.3. Soutenir les activités de surveillance communautaire de la qualité des services, notamment en ce qui concerne la stigmatisation, la discrimination, la confidentialité et le respect de la vie privée, et le consentement éclairé des patients						
Objectif spécifique 6 : Renforcer la gouvernance et les capacités de gestion en matière de lutte contre la tuberculose pour une mise en œuvre efficace d'ici fin 2028						
Intervention 6.1 Amélioration de la gestion du programme						
Activité 6.1.1. Mise à jour des guides techniques et algorithmes						
Sous activité 6.1.1.1. Recruter un consultant national pour appuyer la révision du guide technique TB sensible et l'élaboration du manuel de formation (module de formation et aides mémoires)						
Sous activité 6.1.1.2. Réviser et Valider le guide technique TB sensible en 2024 en prenant en compte les recommandations internationales actuelles (y compris les algorithmes et outils) : un atelier regroupant les 35 MCD, 7 DRS pour 5 Jours)						
Sous activité 6.1.1.3. Reproduire le guide technique TB sensible validé en 2024						
Sous activité 6.1.1.4. Reproduire et diffuser les aides mémoires de la PEC de la TB pharmaco sensible, 2024						
Activité 6.1.2. Elaborer le nouveau PSN TB et son PSE en 2028						
Activité 6.1.3. Gestion de programme (renforcement des RH)						
Sous activité 6.1.3.1. Affecter du personnel au PNLT suivant les postes vacants de l'organigramme						

Sous activité 6.1.3.2. Rémunérer le personnel contractuel du PNLT recruté par le Fonds Mondial					
Activité 6.1.4. Gestion de programme (renforcement des capacités techniques du personnel)					
Sous activité 6.1.4.1. Elaborer un plan de renforcement des capacités du personnel du niveau central					
Sous activité 6.1.4.2. Supporter la participation de deux cadres du PNLT / an au cours international de Cotonou sur la gestion de la lutte contre la tuberculose					
Sous activité 6.1.4.3. Supporter la participation annuelle de deux cadres du PNLT aux assises/conférences régionales ou internationales (conférence de L'Union, Réunion CARN-TB, etc)					
Sous activité 6.1.4.4. Former 2 agents de la coordination du programme en gestion administrative et fiduciaire des projets et programmes					
Sous activité 6.1.4.5. Former 2 agents de la coordination du programme en gestion de programme/ en management/ en leadership : 2 personnes/an en An2 et en An3					
Sous activité 6.1.4.6. Former 1 agent du service financier en gestion financière et comptable					
Sous activité 6.1.4.7. Former 2 cadres du PNLT en Suivi – Évaluation en An2 et en An3					
Sous activité 6.1.4.8. Former deux (2) communicatrices en élaboration des stratégies de communication plaidoyer et mobilisation des ressources en An2 et en An3					
Sous activité 6.1.4.9. Former un (1) agent en gestion logistique en An2 et en An3					
Sous activité 6.1.4.10. Former un (1) agent en Gestion des Achats et Stocks de médicaments					
Sous activité 6.1.4.11. Former des formateurs régionaux sur la PEC de la TB					
Sous activité 6.1.4.12. Former les agents des CDT sur la PEC de la TB					
Sous activité 6.1.4.13. Octroyer des primes de motivation aux agents du niveau central directement impliqués dans la lutte contre la TB					
Sous activité 6.1.4.14. Octroyer des primes de motivation aux agents du niveau régional directement impliqués dans la lutte contre la TB					
Sous activité 6.1.4.15. Octroyer des primes de motivation aux agents du district directement impliqués dans la lutte contre la TB					
Sous activité 6.1.4.16. Octroyer des primes de motivation aux agents des CDT directement impliqués dans la lutte contre la TB					
Sous activité 6.1.4.17. Octroyer des primes de motivation aux microscopistes au niveau CDT directement impliqué dans la lutte TB					
Sous activité 6.1.4.18. Octroyer des primes de risque aux agents des unités TBMR					
Activité 6.1.5. Gestion de programme (renforcement des capacités logistiques du programme)					
Sous activité 6.1.5.1. Réhabiliter l'espace physique (les locaux) du PNLT					
Sous activité 6.1.5.2. Acheter un groupe électrogène pour la coordination du PNLT					

Sous activité 6.1.5.3. Renouveler le parc automobile du PNLT						
Sous activité 6.1.5.4. Renouveler le mobilier du bureau de coordination du PNLT						
Sous activité 6.1.5.5. Renouveler le matériel informatique du bureau de coordination du PNLT						
Sous activité 6.1.5.6. Entretenir le matériel informatique du PNLT						
Sous activité 6.1.5.7. Renouveler le matériel informatique des coordinations régionales TB						
Sous activité 6.1.5.8. Acheter chaque année des antivirus pour le PNLT						
Sous activité 6.1.5.9. Acquérir du matériel informatique pour le LNR						
Sous activité 6.1.5.10. Doter le LRN en un véhicule de liaison et de ravitaillement en intrants : type Pick up, Marque Land Cruiser 4X4						
Sous activité 6.1.5.11. Assurer le fonctionnement et l'entretien de ce véhicule de liaison affecté au LNR						
Sous activité 6.1.5.12. Appuyez le fonctionnement du PNLT						
Sous activité 6.1.5.13. Entretenir les équipements du PNLT						
Sous activité 6.1.5.14. Acheter du carburant pour le fonctionnement du matériel roulant et du groupe électrogène du PNLT						
Sous activité 6.1.5.15. Entretenir les véhicules du PNLT, des DR et du groupe électrogène						
Sous activité 6.1.5.16. Assurer les véhicules du PNLT et des DR						
Sous activité 6.1.5.17. Remplacer chaque année les pneus du matériel roulant						
Sous activité 6.1.5.18. Remplacer les batteries du matériel roulant						
Sous activité 6.1.5.19. Assurer les frais de communication du PNLT						
Sous activité 6.1.5.20. Appuyer le fonctionnement du LNR						
Sous activité 6.1.5.21. Appuyer le fonctionnement du centre de référence CNHPP						
Sous activité 6.1.5.22. Doter le centre de référence CNHPP d'une ambulance/1 moyen logistique						
Sous activité 6.1.5.23. Appuyer le fonctionnement de l'ambulance du CNHPP						
Intervention 6.2. Mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose à travers des Plaidoyers pour un meilleur financement/fonctionnement du programme						
Activité 6.2.1. Organiser chaque année une table ronde nationale des partenaires techniques et financiers pour la mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la lutte contre la TB : Réaliser une table ronde réunissant cinquante (50) partenaires pour la mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la lutte contre la TB pendant 1 journée						
Activité 6.2.2. Organiser chaque année une table ronde nationale du secteur privé réunissant 80 structures privées pour la mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la lutte contre la TB pendant 1 journée pour la mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la lutte contre la TB						

Activité 6.2.3. Organiser chaque année une table ronde régionale des partenaires techniques et financiers et du secteur privé dans chaque région, réunissant cinquante 50 partenaires techniques et financiers et du secteur privé pour la mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la lutte contre la TB pendant 1 journée						
Activité 6.2.4. Organiser une réunion de plaidoyer par an avec le réseau des parlementaires pour la lutte contre le palu, le Sida et la tuberculose						
Activité 6.2.5. Réaliser des rencontres de plaidoyer par an pour le financement des activités de lutte contre la TB						
Activité 6.2.6. Organiser des rencontres de plaidoyer avec la haute direction du Ministère pour la révision de l'organigramme, son acceptation et l'affectation des ressources humaines qualifiées et suffisantes						
Intervention 6.3. Amélioration de la connaissance de la population sur la lutte contre la tuberculose						
Activité 6.3.1. Mener les activités d'IEC, CCC : Réviser le module de formation en IEC/CCC Valider en 2 jours avec 25 participants et multiplier en 1500 exemplaires ; former en 30 sessions de 3 jours, 30 relais en 2021. Hypothèse coût d'1 atelier/ formation non locale et local						
Activité 6.3.2. Organiser des séances de sensibilisation au niveau des communautés par les relais						
Activité 6.3.3. Diffuser des messages de sensibilisation sur la tuberculose à travers les médias						
Activité 6.3.4. Organiser des campagnes de sensibilisation au cours des évènements nationaux						
Activité 6.3.5. Organiser des campagnes de sensibilisation au cours des évènements nationaux						
Activité 6.3.6. Organiser chaque année la célébration de la Journée Mondiale de lutte contre la tuberculose						
Activité 6.3.7. Organiser chaque année la célébration de la Journée Mondiale de lutte contre la tuberculose au niveau des 7 régions						
Activité 6.3.8. Elaborer des supports de communication						
Activité 6.3.9. Doter les relais en kits et outils de communication sur la TB						
Objectif spécifique 7 : Produire les informations « stratégiques » et des bases factuelles prioritaires pour la gestion efficace du PNLT d'ici fin 2028						
Intervention 7.1. Surveillance, suivi et évaluation						
Activité 7.1.1.Renforcer le suivi et évaluation						
Sous activité 7.1.1.1. Reproduire les nouveaux outils de collecte des données en quantité suffisante pour doter les FOSA						
Sous activité 7.1.1.2. Former les responsables CDT (traitement et laboratoire) sur l'utilisation des nouveaux outils						
Activité 7.1.2. Réaliser les supervisions formatives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire						
Sous activité 7.1.2.1. Réaliser des missions de supervision semestrielles des activités de lutte contre la TB du niveau central vers les régions						

Sous activité 7.1.2.2. Réaliser des missions de supervision trimestrielles des activités de lutte contre la TB du niveau des régions vers les districts sanitaires						
Sous activité 7.1.2.3. Réaliser des missions de supervision trimestrielles des activités de lutte contre la TB des Districts Sanitaires vers les CT et CDT						
Activité 7.1.3. Elaborer et valider le manuel de remplissage des outils (en même temps que la révision du guide technique TB)						
Sous activité 7.1.3.1. Elaborer le manuel de remplissage des outils (en même temps que la révision du guide technique TB) PM						
Sous activité 7.1.3.2. Valider le manuel de remplissage des outils (en même temps que la validation du guide technique TB) PM						
Sous activité 7.1.3.3. Reproduire le Manuel de remplissage des outils en 200 exemplaires et le disséminer à tous les niveaux						
Sous activité 7.1.3.4. Elaborer un manuel de procédures pour le niveau décentralisé dans un atelier de 5 avec le bénéficiaire principal de la subvention FM pour assouplir les procédures de décaissement des ressources financières pour les supervisions du niveau central et décentralisé.						
Activité 7.1.4.Organiser les revues des données au niveau central et décentralisé						
Sous activité 7.1.4.1. Organiser les revues des données au niveau central et décentralisé (2 fois /an niveau central ; 1 fois trimestre au niveau District et régional) Descentes sur le terrain						
Sous activité 7.1.4.2. Organiser les réunions de validation des données au niveau central et décentralisé (2 fois /an niveau central ; 1 fois par trimestre au niveau District et régional) regroupant tous les CDT et CT.						
Sous activité 7.1.4.3. Réaliser des réunions annuelles d'évaluation des activités de lutte contre la TB au niveau national (avec contrôle de la qualité des données) pour les activités TB, TBVIH et les autres comorbidités et programmes impliqués dans la lutte TB						
Sous activité 7.1.4.4. Réaliser des réunions annuelles d'évaluation des activités de lutte contre la TB au niveau régional (avec contrôle de la qualité des données)						
Sous activité 7.1.4.5. Élaborer/produire un rapport annuel d'évaluation du programme						
Sous activité 7.1.4.6. Réaliser une revue externe du programme national de lutte contre la TB (Réaliser une revue globale du programme national de lutte contre la tuberculose avec l'appui d'experts internationaux et nationaux) en année 3 (à mi-parcours) et à la fin du PSN						
Activité 7.1.5. Utilisation du DIHS2 pour la collecte des données TB						
Sous activité 7.1.5. 1. Former les responsables de district, Régions à l'utilisation du DHIS2						
Sous activité 7.1.5.2. Assurer la connectivité des bases de district et ECR en crédit de communication internet dans les 35 districts et 7 régions sanitaires						
Sous activité 7.1.5.3. Former les responsables du niveau Central (PNLT, LNR, CNHUPP, PNLS, DLMT) à l'utilisation du DHIS2						

Sous activité 7.1.5.4. Assurer la connectivité du DHIS2 avec DataToCare et élargir aux autres appareils GeneXpert (35 machines)						
Sous activité 7.1.5.5. Organisation d'un atelier d'harmonisation des outils de collecte avec le DHIS2						
Sous activité 7.1.5.6. Organiser des missions de coaching sur l'utilisation du DHIS2						
Activité 7.1.6. Renforcer en quantité et en qualité les capacités des agents de santé impliqués dans la lutte TB en suivi évaluation						
Sous activité 7.1.6.1. Nommer un responsable SE au PNLT						
Sous activité 7.1.6.2. Intégrer et affecter du personnel qualifié les CDT						
Sous activité 7.1.6.3. Revoir en hausse les primes de motivation des agents						
Sous activité 7.1.6.4. Payer un bonus de prime d'éloignement à la fin de chaque mois pour la rétention du personnel à tous le niveau						
Sous activité 7.1.6.5. Elaborer chaque année un plan de formation sur la TB à différents niveaux						
Sous activité 7.1.6.6. Identifier les agents non formés et les former sur la prise en charge de la TB						
Sous activité 7.1.6.7. Assurer le coaching régulier des acteurs lors des supervisions						
Activité 7.1.7. Améliorer les indicateurs de la notification et succès du traitement dans la protection des droits des malades						
Activité 7.1.7.1. Organiser un atelier de révision et d'harmonisation des outils de collecte et de rapportage de données du niveau communautaire						
Activité 7.1.7.2. Reproduire les outils de collecte de données communautaires						
Activité 7.1.7.3. Plaidoyer pour intégrer la TB dans les activités des ONG/associations VIH						
Activité 7.1.7.4. Assurer les frais de transport pour assurer les VAD (enquête d'entourage, recherche des malades irréguliers) une VAD par cas index (80% de TB toutes formes)						
Activité 7.1.7.5. Assurer les frais de communication pour appeler les malades irréguliers et les rappels des RDV par FOSA /CDT						
Intervention 7.2. Renforcement des capacités du système d'achat et de chaîne d'approvisionnements de médicaments antituberculeux de qualité garantie et autres intrants de laboratoire y compris le stock de contingence pour les situations d'urgence						
Activité 7.2.1. Elaborer un manuel (intégré) de quantification et de gestion des médicaments, des réactifs de laboratoire et autres intrants de santé pour la TB à tous les niveaux avec l'appui d'un consultant national et international (20 jours)						
Activité 7.2.2. Redynamiser le comité de quantification						
Activité 7.2.3. Organiser un atelier annuel de quantification pour la TB (25 personnes pendant 2J)						
Activité 7.2.4. Mettre en place une stratégie efficace d'approvisionnement régulière des intrants pour assurer un accès équitable à toute la population						

Activité 7.2.4.1. Organiser la formation des responsables GAS sur la quantification et l'utilisation des outils de gestion des médicaments (5 sessions de 30 personnes à Bangui en An1 et en An4)					
Activité 7.2.4.2. Formaliser par un arrêté ministériel la mise en place d'une commission des approvisionnements incluant la partie nationale, les PTF et les structures de terrain (Intégrer au comité de quantification l'équipe de quantification des produits de laboratoire)					
Activité 7.2.4.3. Réviser l'organigramme du MSP en prenant en compte l'unité de gestion GAS					
Activité 7.2.4.4. Financer l'unité de coordination de la gestion des approvisionnements (réunion de coordination, motivations)					
Activité 7.2.4.5. Mettre en place un mécanisme d'incitation/motivation pour la fidélisation du personnel au poste					
Activité 7.2.5. Effectuer des supervisions intégrées a rythme trimestriel en vue de renforcer les capacités des agents du niveau opérationnel en gestion de stock					
Activité 7.2.6. Financer la formation de l'équipe de quantification sur le Quant TB (2 personnes /an ou soit un atelier international sur place à Bangui avec l'équipe de GDF)					
Activité 7.2.7. Renforcer les approvisionnements et la distribution des médicaments à travers tout le pays en décentralisant les dépôts au niveau régionaux et districts					
Activité 7.2.8. Élaborer et mettre en œuvre le plan de renforcement des capacités en gestion des achats de stock (GAS) a tous les niveaux					
Activité 7.2.9. Financer la formation de l'équipe de quantification sur le Quant TB (2 personnes /an ou soit un atelier international sur place à Bangui avec l'équipe de GDF)					
Activité 7.2.10. Mettre en œuvre une politique d'équipement et de maintenance dans le secteur de la santé					
Activité 7.2.11. Assurer à 100 % la couverture en médicament TB, des réactifs et intrants de laboratoire dans tous les CDT					
Activité 7.2.12. Renforcer les capacités du système GAS en matière de stockage					
Activité 7.2.12.1. Revoir à la hausse le financement pour la location d'entrepôts supplémentaire pour recevoir les produits pharmaceutiques					
Activité 7.2.12.2. Accélérer les procédures de construction des entrepôts du niveau central et décentralisé					
Activité 7.2.12.3. Accélérer les procédures admiratives pour sécuriser le financement disponible pour de construction de l'entrepôt central					
Activité 7.2.13. Développement de l'assurance et du contrôle qualité des médicaments et intrants de laboratoire de lutte contre la tuberculose et de la pharmacovigilance.					
Sous activité 7.2.13.1. Mettre en place un système de pharmacovigilance fonctionnel avec l'appui d'une consultation internationale avec l'OMS					
Sous activité 7.2.13.2. Créer un laboratoire de contrôle qualité de niveau 1 (Minilab)					

Sous activité 7.2.13.3. Renforcer la DPLMT dans sa mission de contrôle qualité						
Intervention 7.3 : Promotion de des recherches opérationnelles						
Activité 7.3.1. Analyse des causes des cas manquants en RCA						
Activité 7.3.2. Etude de la prévalence de la résistance de la tuberculose en RCA						
Activité 7.3.3. Etude de faisabilité de la mise à l'échelle du TPT chez les enfants de plus de 5 ans						
Activité 7.3.4. Analyse des coûts catastrophiques de TB						
Activité 7.3.5. Mise en œuvre pilote à Bangui de la stratégie TBData4Action avec l'appui de L'Union en année 1						