



MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
2021-2025
DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE
(REVISION 2023)**

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	5
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	6
I. ANALYSE DE LA SITUATION DU PAYS.....	10
I.1 Caractéristiques	10
I.1.1 Contexte démographique.....	11
I.1.2 Contexte politique et socio-économique	11
I.2 Contexte sanitaire	11
I.2.1 Profil sanitaire.....	11
I.3 Analyse de la charge de la tuberculose en côte d'ivoire	12
I.3.1 Evolution de l'incidence de la TB de 2000 à 2017	12
I.3.2 Evolution de la notification des cas de tuberculose de 2009 à 2018 au niveau national	13
I.3.3 Evolution du taux de notification des cas de tuberculose de 2009 à 2018 par régions sanitaires	14
I.3.5 Co-infection tuberculose et VIH	16
I.3.4 Tuberculose pharmaco résistante.....	16
I.4 Organisation du programme national de lutte contre la tuberculose	17
I.5 Résultats des politiques de lutte contre la tuberculose	22
I.5.1 Décentralisation de la LAT.....	22
I.5.2 Evolution du taux de mortalité de 2000 à 2017.....	22
I.5.3 Evolution de l'incidence de 2000 à 2017	22
I.5.4 Evolution de la détection des cas de TB.....	22
I.5.5 Evolution du traitement de la TB en Côte d'Ivoire.....	23
I.6 Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)	25
II. ANALYSE DES LACUNES DU PROGRAMME.....	30
III. ADAPTATION DES CIBLES DES INDICATEURS MONDIAUX GENERAUX ET DE SUIVI	34
IV. BUTS ET OBJECTIFS DU PSN 2021-2025.....	38
IV.1 Vision	38
IV.2 But.....	Error! Bookmark not defined.
IV.3 Objectifs	38
V. IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS ET ACTIVITES STRATEGIQUES A METTRE EN ŒUVRE	38
<i>Axe stratégique 1 : DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA TUBERCULOSE (Y COMPRIS TESTS UNIVERSELLENDS DE PHARMACO SENSIBILITE) ET DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES SUJETS CONTACTS ET DES GROUPES A HAUT RISQUE</i>	38
<i>1.1 Intervention 1 : Mise en place d'une stratégie différenciée de dépistage et de diagnostic entre Abidjan et les villes de l'intérieur.....</i>	40

1.2 Intervention 2 : Amélioration du diagnostic bactériologique de la tuberculose.....	41
1.3 Intervention 3 : Mettre en place l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR) 41	
1.4 Intervention 4 : Accessibilité aux tests de sensibilité universelle.....	42
1.5 Intervention 5 : Renforcement de la qualité au sein du réseau.....	42
1.6 Intervention 6: Amélioration de la Gestion des données des laboratoires	43
1.7 Intervention 7 : Amélioration de la bio-sûreté et de la biosécurité	43
1.8 Intervention 8 : Motivations financières du personnel bénévole du réseau de laboratoire	43
1.9 Intervention 9 : Renforcement des capacités du personnel du réseau de laboratoire..	44
Axe stratégique 2 : TRAITEMENT DE TOUTES LES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE Y COMPRIS DE TUBERCULOSE PHARMACO RESISTANTE, ET SOUTIEN AUX PATIENTS.....	44
2.1 Intervention 1 : Décentralisation de la lutte antituberculeuse	46
2.2 Intervention 2 : PEC de la TB pharmaco-sensible	48
2.3 Intervention 3 : PEC de la TB pharmaco-résistante.....	49
2.4 Intervention 4 : Lutte contre les comorbidités	50
2.5 Intervention 5 : Soutien aux patients	50
Axe stratégique 3 : ACTIVITES CONCERTEES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH	51
3.1 Intervention 1 : Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation de services intégrés tuberculose et VIH.....	52
3.2 Intervention 2 : Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et commencer rapidement le traitement antirétroviral (les trois I de la lutte contre le VIH et la tuberculose).....	52
3.3 Intervention 3 : Réduire la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux.....	54
Axe stratégique 4 : TRAITEMENT PREVENTIF DES PERSONNES A HAUT RISQUE, VACCINATION CONTRE LA TUBERCULOSE ET LUTTE CONTRE L'INFECTION	54
4.1 Intervention 1 : Prise en charge des populations à haut risque	55
4.2 Intervention 2 : PEC de l'Infection Tuberculeuse Latente (ITL)	59
Axe stratégique 5 : MOBILISATION DES COMMUNAUTES, DES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE ET DE TOUS LES PRESTATAIRES DE SOINS PUBLICS ET PRIVES.....	59
5.1 Intervention 1 : Intégration des activités de lutte contre la TB dans les centres de santé autres que les CAT/CDT (les centres de santé publics, cliniques privées, entreprises et autres secteurs (services de l'armée, de la gendarmerie, de la police nationale, des Douanes, des eaux et forêts, de la police maritime)).....	62
5.2 Intervention 2 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés dans les Prisons avec une approche intégrée TB/VIH.....	62
5.3 Intervention 3 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés de TB dans les écoles, lycées et collèges sur les sites	63
5.4 Intervention 4 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés TB dans les gares routières et marchés avec une approche intégrée TB/VIH	63
5.5 Intervention 5 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés dans les fumoirs avec une approche intégrée TB/VIH.....	63

5.6 Intervention 6 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés de TB en milieu religieux et à l'endroit des chefs traditionnels/coutumiers et les PMT	63
5.7 Intervention 7 : Mettre en place un système de convoyage systématique d'expectoration de crachat de 100 services de santé publics et privés non TB vers les services de diagnostic TB à Abidjan	64
5.8 Intervention 8 : Appuyer le diagnostic et la prise en charge de la co-infection TB/VIH	64
5.9 Intervention 9 : Assurer le suivi communautaire des patients TB toutes formes, Bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, nouveaux cas et récidives	65
5.10 Intervention 10 : Supports, messages et actions de communication pour les interventions communautaires	65
Axe stratégique 6 : TUBERCULOSE ET DROITS HUMAINS	68
6.1 Intervention 1 : Conduite des recherches qualitatives et quantitatives afin de générer une base de preuves de l'efficacité d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits de l'homme	69
6.2 Intervention 2 : Développement du programme de formation sur les DH et l'éthique en lien avec la tuberculose.....	70
6.3 Intervention 3 : Sensibilisation et formation des décideurs, des Officiers des hommes en uniforme, des responsables d'entreprise pour l'application des mesures liées aux droits de l'homme en matière de TB et VIH.....	70
6.4 Intervention 4 : Renforcement des moyens d'action des personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie par rapport à leurs droits.....	70
Axe stratégique 7 : SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE	71
7.1 Intervention 1 : Gestion des données.....	72
7.2 Intervention 2 : Supervision	73
7.3 Intervention 3 : Disponibilité en outils de gestion	74
7.4 Intervention 4 : Evaluation.....	74
7.5 Intervention 5 : Recherche opérationnelle	74
Axe stratégique 8 : POLITIQUE VIGOUREUSE DE SOUTIEN PRENANT EN COMPTE, L'AUGMENTATION DES RESSOURCES, LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE, L'ENREGISTREMENT DES FAITS D'ETAT CIVIL, LA PROTECTION SOCIALE ET LA REDUCTION DE LA PAUVRETE	75
8.1 Intervention1 : Engagement politique fort traduit par des ressources humaines	76
8.2 Intervention 2 : Mettre en place un mécanisme de soutien multisectoriel.....	76
8.3 Intervention 3 : Elaboration de plan stratégique rigoureux consensuel, intégré dans le plan national.....	77
8.4 Intervention 4 : Etablissement de lien entre la CMU et la LAT	77
8.5 Intervention 5 : Mise en place de mécanisme pour la notification obligatoire des cas de TB et l'enregistrement des faits d'état civil	77
8.6 Intervention 6 : Mise en place de mécanisme de protection social et de réduction de la pauvreté en faveur des patients tuberculeux.....	77

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

N° des tableaux et figures	Titres des tableaux et figures	Pages
Tableau 1	Tableau démographique de la Côte d'Ivoire	10
Tableau 2	Evolution du taux de notification TB toutes formes par régions sanitaires de 2014 à 2018	13
Tableau 3	Cibles des indicateurs de suivi du PSN par rapport à la stratégie End TB	32
Figure 1	Répartition des régions de la Côte d'Ivoire	9
Figure 2	Evolution de l'incidence de la TB en Côte d'Ivoire de 2000 à 2017	12
Figure 3	Evolution de la notification des cas de tuberculose de 2009 à 2018	12
Figure 4	Répartition des cas de TB selon l'âge et le sexe en Côte d'Ivoire en 2018	14
Figure 5	Evolution de la proportion des cas de TB selon les tranches d'âge en Côte d'Ivoire de 2015 à 2018	14
Figure 6	Evolution du taux de co-infection de 2007 à 2018	15
Figure 7	Evolution de la notification des cas de TBMR/RR de 2012 à 2018	15
Figure 8	Evolution du résultat de traitement des cas de tuberculose pulmonaire confirmés bactériologiquement, Côte d'Ivoire de 2014 à 2017	21
Figure 9	Cascade de traitement de la TB pharmaco-sensible en 2018	28
Figure 10	Cascade de traitement de la TBMR en 2018	29
Figure 11	Prévision de l'évolution des cas incidents et des cas notifiés de 2021 à 2020	34

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACPCI	Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire
aDSM	active Drug Safety Monitoring
ADR	Agent de développement rural/ANADER
AGR	Activités Génératrices de Revenu
ANADER	Agence Nationale d'Appui au Développement Rural
APR	Appareil de Protection Respiratoire
APROSAM	Association pour la Promotion de la Santé de la femme, de la mère, de l'enfant et de la famille
APSR	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
ARSIP	Alliance des Religieux contre le VIH/sida et les autres Pandémies
ARV	Anti Retro Viraux
ASAPSU	Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire et Urbaine
ASC	Agent de Santé Communautaire
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BD	Becton, Dickinson and Company (entreprise américaine qui produit et vend du matériel médical)
CAFOP	Centre d'Animation et de Formation Pédagogique
CAP	Connaissances Aptitudes Pratiques
CASA	Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie
CAT	Centre Anti Tuberculeux
CC	Conseiller Communautaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDC	Centre pour le contrôle et la prévention des maladies
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CECI	Confédération des Entreprises de Côte d'Ivoire
CeDReS	Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida
CEPREF	Centre de Prise en Charge de Recherche et de Formation
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPHIA	Côte d'Ivoire Population-Based HIV Impact Assessment
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNACI	Comité National Anti tuberculose de Côte d'Ivoire
CNDH-CI	Commission Nationale des Droits de l'Homme Côte d'Ivoire
CNR	Centre National de Référence
COLTMR	Collectif National des Organisations de lutte contre la Tuberculose et les maladies Respiratoires
CREMOSS	Centre régional de la mutualité et des œuvres sociales en milieu scolaire
CSAS	Chargé de Service Action Sanitaire
CSE	Chargé de Suivi Evaluation
CT	Centres de Traitement
CTX	Cotrimoxazole
DAP	Direction des Affaires Pénitentiaires
DD	Directeur Départemental

DGAT	Direction Générale de l'Administration du Territoire
DGS	Direction Générale de la Santé
DH	Droit de l'Homme
DHIS2	District Health Information Software
DIIS	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
DMOSS	Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire
DPML	Direction de la Pharmacie du Médicament et Laboratoire
DR	Directeur Régional
DSC	Direction de la Santé Communautaire
ECG	Electrocardiogramme
EDS III	3 ^{ème} Enquête Démographique de Santé
EDS MICS	Enquête Démographique de Santé-Multiples Indicateurs de Couverture Sanitaire
EEQ	Evaluation Externe de la Qualité
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
ENV	Enquête sur le Niveau de Vie des ménages
EP	Educateur de Pairs
e-SIGL	Système d'Information Electronique de Gestion Logistique
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
ETP	Education Thérapeutique des Patients
F CFA	Franc des colonies françaises d'Afrique
FSU Com	Formation Sanitaire Urbaine à base communautaire
GTT	Groupe Technique de Travail
GSA	Groupe Scientifique d'Appui
HG	Hôpital Général
HMA	Hôpital Militaire d'Abidjan
HTA	Hyper Tension Artérielle
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDH	Indice de Développement Humain
IDR	Intra Dermo Réaction à la Tuberculine
IEC	Information Education Communication
INH	Isoniazide
INS	Institut Nationale de la Statistique
IPCI	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
ITL	Infection Tuberculeuse Latente
JMT	Journée Mondiale de Lutte contre la Tuberculose
LAT	Lutte Anti Tuberculose
LNR	Laboratoire National de Référence
LNR-TB	Laboratoire National de Référence pour la Tuberculose
LNSP	Laboratoire National de la Santé Publique
LPA	Line Probe Assay
MAC	Maison d'Arrêt et de Correction
MDR	Mycobacterium Drug resistant (TB MR)
MGIT	Mycobacteria Growth Indicator Tube
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MTB/RIF	Mycobacterium Tuberculosis/ Rifampicine résistant

NFM1	Nouveau Modèle de Financement 1
NFM2	Nouveau Modèle de Financement 2
NHLS	National Health Laboratory Service
NPSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies pour le VIH / SIDA
PAC-CI	Programme de recherche franco ivoirien sur le sida et les maladies associées
PAD	Prêt à Diffuser
PEC	Prise En Charge
PEPFAR	Plan d'aide d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PM	Pour Mémoire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMT	Praticiens de la Médecine Traditionnelle
PNB	Produit National Brut
PNDAP	Programme National du Développement de l'Activité Pharmaceutique
PNLMM	Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNLTa	Programme National de lutte contre le Tabagisme et autres addictions
PNMNT	Programme National des Maladies non Transmissibles
PNN	Programme National de Nutrition
PNPMT	Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
PNSSU	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPH	Pneumophysiologie
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PSN	Plan Stratégique National
PSN SC	Plan Stratégique Nationale de la Santé Communautaire
PDV	Perdu de Vue
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RASS	Rapport Annuel sur le Système de Santé
RDQA	Routine Data Quality Assessment Tool (outil de l'assurance de la qualité des données de routine)
RGPH	Recensement Général de l'habitat et de la population
RHZE	Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide Ethambutol
RTI	Radiotélévision Ivoirienne
SAS	Centre Solidarité Action Sociale de Bouaké
SCV	Suppression de la Charge Virale
SFDE	Sage-Femme Diplômé d'Etat
SRL	Laboratoire Supra national de Référence (Ouganda)
SSU -SAJ	Santé Scolaire et Universitaire- Santé Adolescents Jeunes

STEPS	Enquête sur les facteurs de risque des maladies chroniques en Côte d'
SWOT	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM)
TB	Tuberculose
TB LAMP	Loop Mediated Isothermal Amplification
TB/VIH	Co-infection Tuberculose VIH
TBMR/RR	Tuberculose Multi résistante/ Rifampicine Résistante
TB-UR	Tuberculose Ultra Résistante
TDR	Research and Training in Tropical Diseases
TPB-	Tuberculose pulmonaire à Bacilloscopie négative
TPI	Traitemet Préventif à l Isoniazide
TSL	Technicien Supérieur de Laboratoire
UD	Usager de Drogue
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WARN-TB	West African Regional Network for TB
XDR	Tuberculose à Bacilles Ultra résistants

I. ANALYSE DE LA SITUATION DU PAYS

I.1 Caractéristiques

Présentation de la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est un pays d'Afrique de l'Ouest. D'une superficie de **322 462 km²**, elle est limitée au nord par le Mali et le Burkina Faso, à l'ouest par le Liberia et la Guinée, à l'est par le Ghana et au sud par l'océan Atlantique. Selon le RGPH 2014, la projection de la population ivoirienne est estimée en 2019 à **25.823.071 habitants**. Le taux d'accroissement est de **2,6%** selon le RGPH 2014. La Côte d'Ivoire a pour capitale politique et administrative Yamoussoukro et Abidjan demeurant la capitale économique, avec pour langue officielle le français.

Au plan de l'organisation administrative, le pays est subdivisé en **14 districts** dont **2 districts autonomes** (Abidjan et Yamoussoukro), **31 régions administratives**, 95 départements, 498 sous-préfectures, 718 communes et plus de **8 576 villages** (**DGAT, 2019**).

Compris entre les 4° et 10° de latitude nord, le territoire de la Côte d'Ivoire est distant de l'équateur d'environ 400 km sur ses marges méridionales et du Tropique du Cancer d'environ 1 400 km sur ses frontières septentrionales. Le climat, généralement chaud et humide, constitue dès lors une transition entre l'équatorial et le tropical. Les températures oscillent autour



Figure 1 : Répartition des régions de la Côte d'Ivoire

1.1.1 Contexte démographique

Tableau 1: Tableau démographique de la Côte d'Ivoire

Indicateurs	Nombre /%/rang	Sources
Taille population	22 671 331	RGPH, 2014
Densité	74,5 habitants/km ²	Banque Mondiale, 2016
Croissance démographique	2,6 %	RGPH, 2014
Proportion de femme	48,3 %	RGPH, 2014
Proportion d'enfants de moins de 15 ans	41,5%	RGPH, 2014
Population active (15-64 ans)	55,9%	RGPH, 2014
Population vivant en milieu rural	50,2%	RGPH, 2014
Espérance de vie	54,1ans	PNUD, 2017
Taux d'alphabétisation	43%	Banque Mondiale, 2015
Indice de développement humain	170 ^{ème} / 189 pays	PNUD, 2017
Projection du taux d'urbanisation en 2017	51,6 %	RGPH, 2014

On note une dominance masculine (51,7%). C'est une population jeune, relativement active et dont la majorité vit en milieu rural (Tableau I).

1.1.2 Contexte politique et socio-économique

La Côte d'Ivoire est une république démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considérée comme un havre de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, le pays a traversé une série de crises sociopolitiques depuis 1999. La plus importante survenue en 2010, a entraîné une escalade de violences aux conséquences sociales désastreuses avec un déplacement massif des populations vers les pays voisins et l'intérieur du pays.

La situation sociopolitique est normalisée avec la fin du conflit armé. Depuis quelques années, la Côte d'Ivoire connaît de plus en plus une stabilité sociopolitique et amorce une relance économique.

1.2 Contexte sanitaire

1.2.1 Profil sanitaire

Les maladies transmissibles constituent les principales causes de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire et l'on assiste à une émergence des maladies non transmissibles au cours de ces dernières années.

Le taux de fréquentation des services de santé est de 31,37% en 2013 (Annuaire statistique 2013). Les cinq premières causes de consultation en 2012 étaient le paludisme (42,3%), les infections respiratoires aigües (13,2%), les autres affections gastro-intestinales (7,0%), les traumatismes (5,2%) et les anémies (4,6%).

Le profil sanitaire en Côte d'Ivoire est caractérisé par des taux de mortalité chez les moins de cinq ans (108‰) (68‰) et maternelle (614 décès pour 100 000 naissances vivantes) élevés selon les résultats l'EDS MICS 2011-2012.

La situation des trois maladies prioritaires se présente comme suit :

- Le paludisme reste toujours un problème majeur de santé publique en CIV. Il constitue le 1^{er} motif de consultation avec 33% des cas enregistrées dans les formations sanitaires en 2017. Son Incidence en 2017 est de 282 cas pour 1000 habitants chez les enfants de moins de 5 ans et de 164 cas pour 1000 habitants dans la population générale en 2017. (RASS 2017). A la même année le nombre de décès lié au paludisme est de 3 222 (rapport PNLP 2017).

- Selon l'Enquête Démographique de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011-2012, la prévalence du VIH chez les 15-49 ans est de 3,7%. Elle est de 4,6% chez les femmes et de 2,7% chez les hommes pour la même tranche d'âge.

L'enquête nationale CIPHIA menée auprès des ménages entre août 2017 et mars 2018, révèle une prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 64 ans en Côte d'Ivoire de 2,9 % : 4,1 % chez les femmes et 1,7 % chez les hommes. Cela correspond à environ 390 000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) âgées de 15 à 64 ans en Côte d'Ivoire. La prévalence de la suppression de la charge virale (SCV) chez les adultes séropositifs âgés de 15 à 64 ans en Côte d'Ivoire est de 40,2 % (45,9 % chez les femmes et 27,7 % chez les hommes).

- En Côte d'Ivoire, la charge de la tuberculose reste élevée. En effet, en 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait l'incidence de la tuberculose à 148 cas pour 100 000 habitants. Même si ce chiffre est en diminution par rapport aux années précédentes, il reste toujours élevé. Le taux de mortalité était estimé à 34 pour 100 000 habitants (OMS - Côte d'Ivoire - Profil de tuberculose 2017).

Autres pathologies :

Par ailleurs, l'enquête STEPS réalisée en 2005 en Côte d'Ivoire, a révélé que la prévalence de l'Hypertension Artérielle (HTA) est de 21,7% (58,4% au sein des 55-64 ans), celle du **diabète sucré** de 5,7% sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans.

Concernant le cancer en Côte d'Ivoire, l'incidence était chez la femme de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 avec 25,2% de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus. Chez l'homme, l'incidence est légèrement inférieure (82 pour 100.000) avec une incidence élevée des cancers de la prostate (31%) et des cancers primitifs du foie (28 %).

Par ailleurs, l'EDS III de 2012 a montré que 1,8% des femmes de 15-49 ans et 25,1% des hommes sont tabagiques.

1.3 Analyse de la charge de la tuberculose en côte d'ivoire

La tuberculose est un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. Les estimations de l'OMS indiquent que l'incidence de la tuberculose était de 148 cas pour 100.000 habitants en 2017. La mortalité liée à la tuberculose était de 34 décès pour 100.000 habitants pour la même année. Cette mortalité était repartie comme suit : 23 décès pour 100 000 habitants sans la co-infection TB/VIH et de 11 décès pour 100 000 habitants pour la co-infection Tuberculose et VIH.

1.3.1 Evolution de l'incidence de la TB de 2000 à 2017

Depuis 2000, on note une baisse continue de l'incidence de TB. Selon l'OMS, ce taux est passé de 367 cas de TB pour 100.000 en 2000 à 148 cas pour 100.000 en 2017.

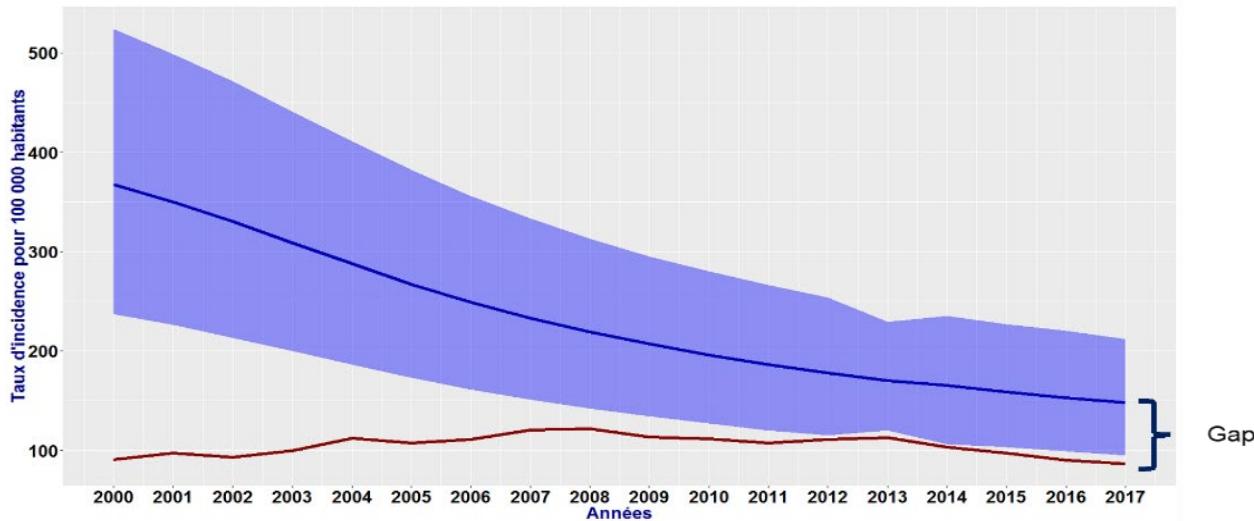


Figure 2 : Evolution de l'incidence de la TB en Côte d'Ivoire, 2000 à 2017

1.3.2 Evolution de la notification des cas de tuberculose de 2009 à 2018 au niveau national

Le graphique ci-dessous montre une stagnation du nombre de cas entre 2009 et 2011 ; suivie d'une légère hausse du nombre de cas notifiées jusqu'en 2013. Entre 2013 et 2016, on a assisté à une baisse régulière de la notification, en moyenne de 5% chaque année. De manière générale, entre 2009 et 2017, il y a eu une tendance à la baisse des cas notifiés. Entre 2016 et 2018, la baisse est moins marquée, elle est de 2%.

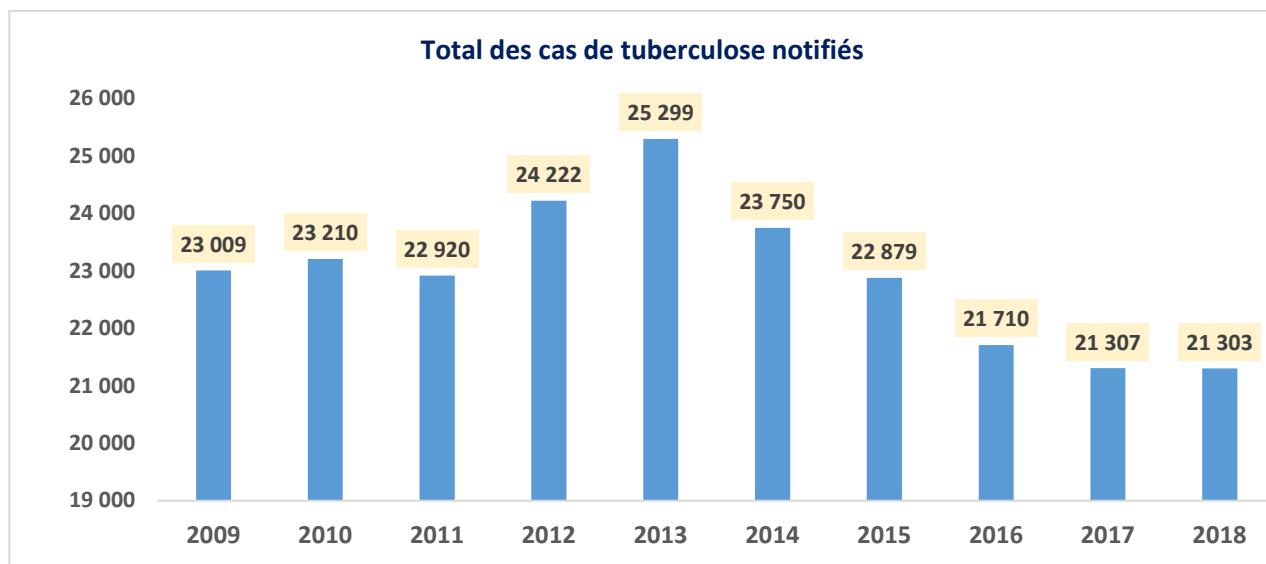


Figure 3 : Evolution de la notification des cas de tuberculose de 2009 à 2018 au niveau national

1.3.3 Evolution du taux de notification des cas de tuberculose de 2009 à 2018 par régions sanitaires

Les taux de notification sont plus élevés dans les régions d'Abidjan, dans le Gbéké et la région Sud Comoé. Par contre, le taux est faible dans les régions du Poro-Tchologo-Bagoué et du Worodougou-Béré.

Tableau 2 : Evolution du taux de notification TB ttes formes par régions sanitaires de 2014 à 2018

	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	278	242	221	198	192
ABIDJAN 2	197	192	169	170	170
GBEKÉ	109	114	109	93	93
SUD-COMOE	108	96	93	90	83
AGNEBY-TIASSA-ME	97	89	92	85	76
BELIER	92	85	80	84	70
N'ZI-IFOU	90	81	76	72	67
HAUT SASSANDRA	82	72	67	62	59
TONPKI	81	73	73	68	78
LOH-DJIBOUA	80	80	80	77	68
INDENIE DJUABLIN	77	76	68	69	51
MARAHOUÉ	70	61	51	53	61
GOH	70	64	61	51	54
GBOKLE-NAWA-SAN PEDRO	55	52	50	51	49
CAVALLY-GUEMON	48	54	50	45	44
BOUNKANI-GONTOUGO	48	48	47	45	44
HAMBOL	43	39	48	58	63
KABADOUGOU-BAFING-FOLON	42	57	36	51	41
PORO-TCHOLOGO-BAGOUE	37	33	34	31	26
WORODOUGOU-BERE	25	31	25	33	49
TOTAL PAYS	105	98	91	87	85

I.3.4 Répartition des cas de TB selon l'âge et le sexe

En 2018, la sex-ratio était de 1,7 homme/femme. L'évolution des cas notifiés de tuberculose par âge et par sexe n'a pas changé. En effet, le plus grand nombre de cas de tuberculose s'observait dans la tranche d'âge des 15 à 44 ans (67%) avec un pic dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans qui représentait 26% des cas de tuberculose. Les enfants représentaient 4,8% des cas notifiés.

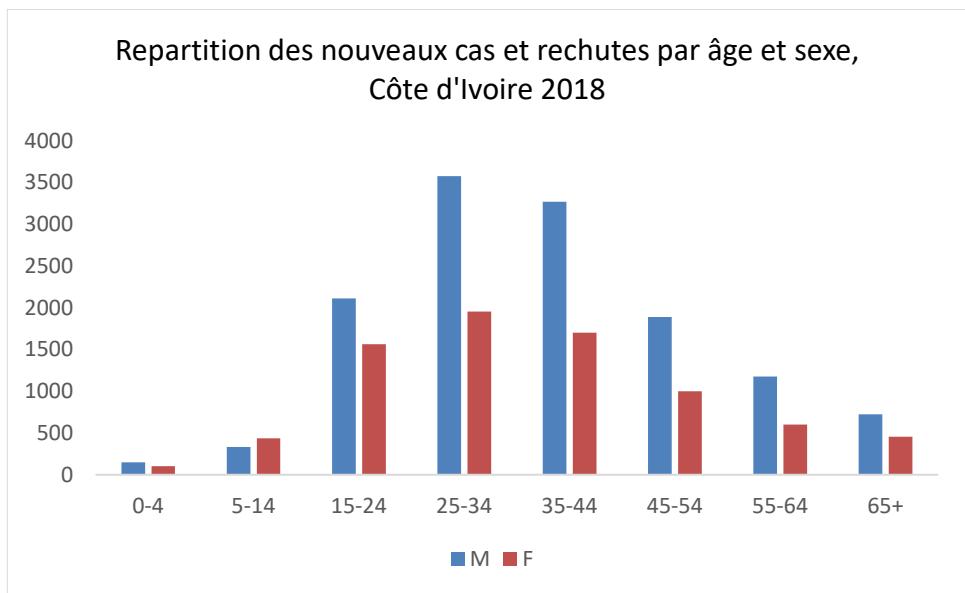


Figure 4 : Répartition des cas de TB selon l'âge et le sexe, Côte d'Ivoire 2018

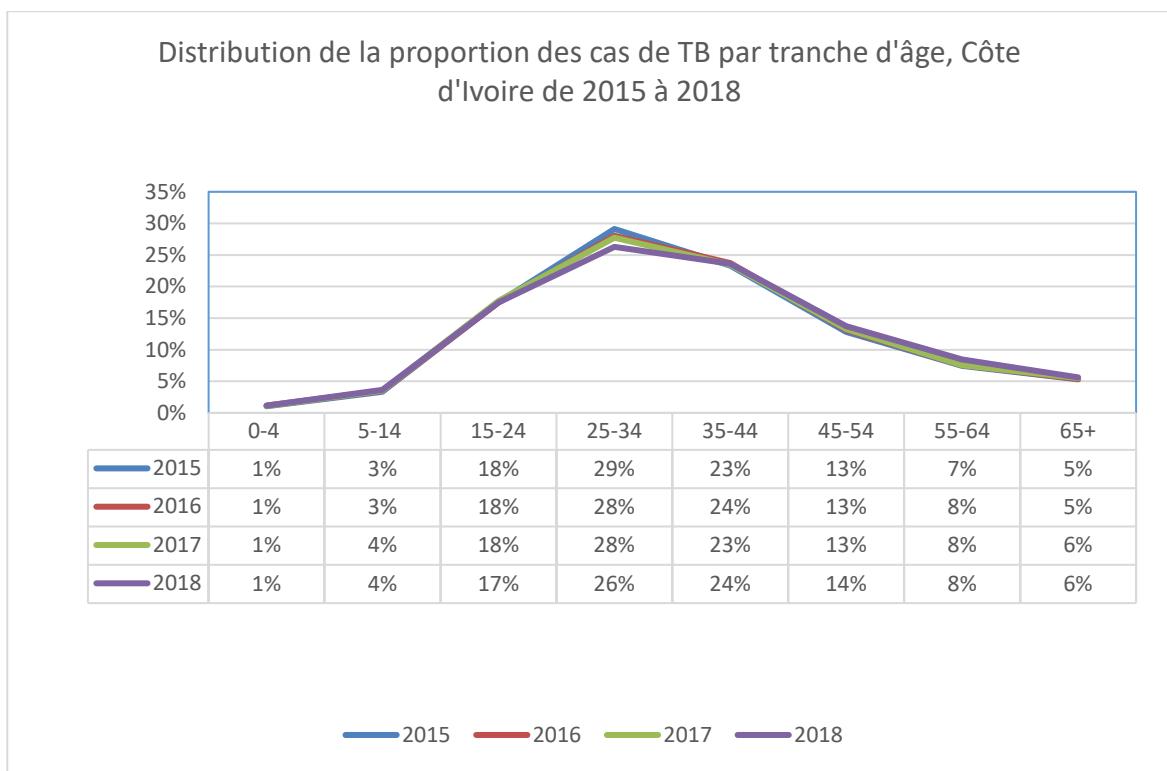


Figure 5 : Evolution de la proportion des cas de TB par tranche d'âge en Côte d'Ivoire de 2015 à 2018

I.3.5 Co-infection tuberculose et VIH

Le taux de co-infection Tuberculose et VIH a considérablement régressé passant 39% en 2007 à 20% en 2018 (Rapport PNLT, 2018). Ces taux variaient entre 13% (Loh-Djiboua, Indénié-Djuablin et Bounkani-Gontougo) et 26% (Abidjan 2).

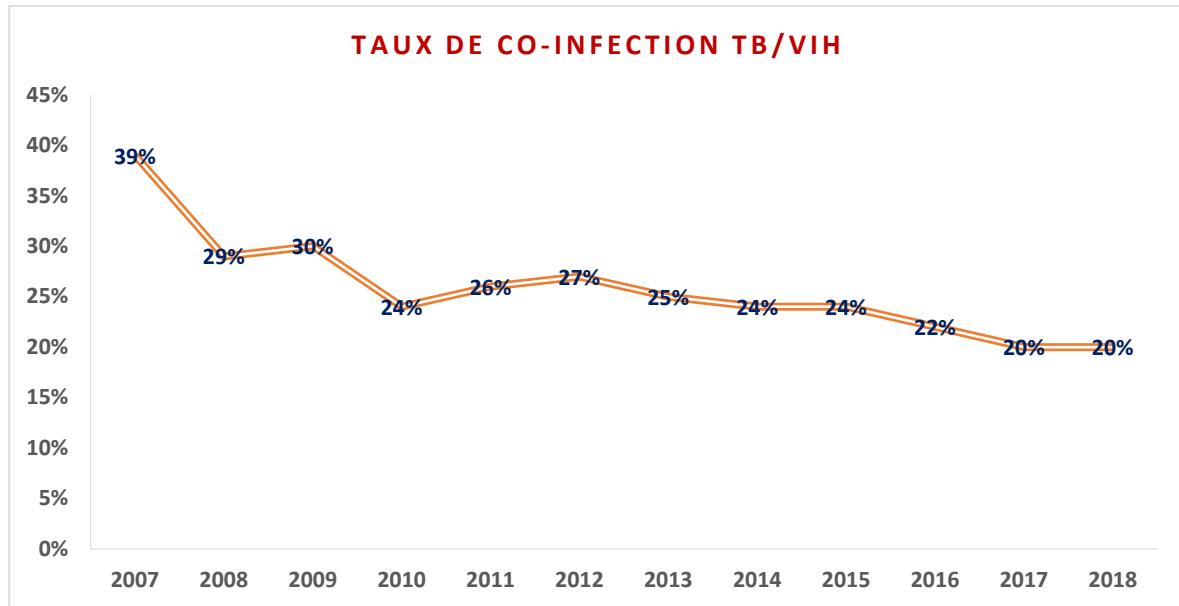


Figure 6 : Evolution du taux de co-infection de 2007 à 2018

1.3.4 Tuberculose pharmaco résistante

Trois (03) enquêtes sur la tuberculose pharmaco-résistante ont été conduites en 1995, 2004 et 2016. Les enquêtes de 1995 et 2004 ont objectivé une prévalence de tuberculose multi résistante chez les sujets jamais traités respectivement de 5,4% et de 2,5%. La récente enquête de 2016 a montré que 4,6% des patients jamais traités étaient infectés par des souches résistantes à la Rifampicine et 22% chez les cas en situation de retraitement. En 2018, le programme a notifié 497 cas de TBMR et 18 cas de TB Ultra résistante (TB-UR).

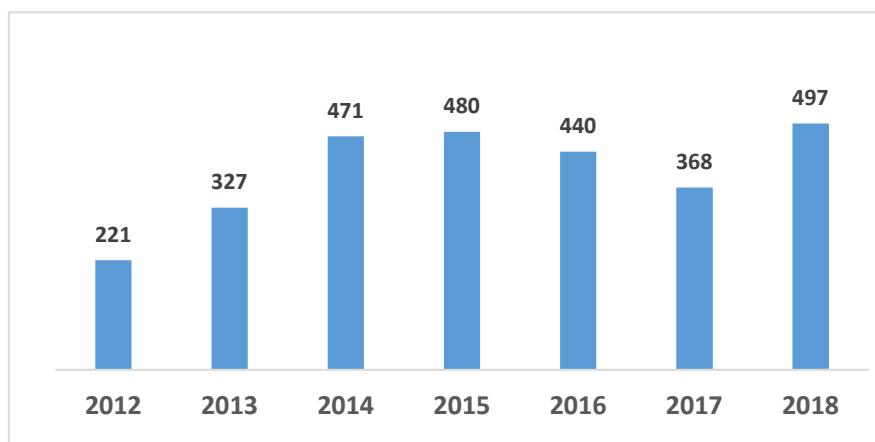


Figure 7 : Evolution de la notification de la TBMR/RR de 2012 à 2018

1.4 Organisation du programme national de lutte contre la tuberculose

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec un versant administratif et un versant offre de soins. L'organisation du PNLT est calquée sur ce modèle. Les deux versants s'associent en niveau central, intermédiaire et périphérique qui intègrent un réseau de laboratoire.

L'administration, l'animation et le contrôle du Programme National de Lutte contre la Tuberculose sont fixés par l'arrêté N°279 du 08 Août 2001 modifié par l'arrêté N°312 /MSHP/CAB du 04 octobre 2007 lui-même modifié par l'arrêté N°118/MSHP/CAB du 06 mai 2009 du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP).

I.4.1 Au niveau Central

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) comprend une direction de coordination rattachée au Cabinet du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, dirigée par un Directeur Coordonnateur, secondé par un Directeur Coordonnateur Adjoint et assisté de huit chargés d'étude que sont :

- le chargé du service formation, prise en charge et prévention
- le chargé du service approvisionnement et pharmacie
- le chargé du service laboratoire
- le chargé du service suivi évaluation
- le chargé du service de la Tuberculose Multi résistante
- le chargé du service de la lutte conjointe TB/VIH
- le chargé du service Communication et Suivi Communautaire
- le chargé du service Administratif et Financier

La coordination du Programme National de Lutte contre la Tuberculose a pour mission de :

- Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la tuberculose, par des activités de type promotionnel, préventif, curatif et de recherche
- Contribuer à un meilleur impact sur le système de santé

➤ Activités du niveau central

Les principales activités de la direction de coordination sont:

- la définition de la politique Nationale de lutte contre la Tuberculose
- l'élaboration d'un plan d'action du programme
- la coordination des activités de lutte antituberculeuse sur toute l'étendue du territoire national ;
- la promotion des activités de lutte contre la Tuberculose
- l'élaboration, la diffusion et la promotion des outils de gestion que sont le guide technique pour le dépistage, le traitement et la surveillance de la tuberculose, les formulaires et les registres ;
- la formation initiale et le renforcement des capacités du personnel de santé ;
- la supervision des centres antituberculeux régionaux, le contrôle de qualité de leur laboratoire de microscopie et la supervision des ONG intervenant dans la TB ;
- la commande et la gestion des stocks de médicaments, du matériel et des consommables de laboratoire, du matériel de radiologie, des formulaires et des registres ;
- la gestion des ressources humaines, financières et matérielles ;
- le suivi et l'évaluation régulière des activités ;
- la collaboration avec les différentes institutions et les autres secteurs;
- la recherche opérationnelle orientée vers les activités prioritaires de la lutte antituberculeuse.

Au plan technique, on note trois services de Pneumo-phtisiologie (PPH) situés dans les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) de Bouaké, Cocody et Treichville.

Il existe un Centre National de Référence (CNR) logé au sein de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) et appuyé par le CeDReS

I.4.2 Au niveau intermédiaire

Le médecin-chef du centre antituberculeux (CAT) coordonne les activités de lutte antituberculeuse au niveau de sa zone de coordination, sous la direction du Directeur Régional de la Santé. Il collabore avec les médecins du Centre Hospitalier Régional et les médecins du District. Il fait partie de l'équipe régionale de la santé.

➤ Activités du niveau régional

En plus des activités du niveau périphérique, le médecin-chef du centre antituberculeux de région assure :

- la mise en œuvre des directives du programme;
- la formation initiale et le renforcement de capacité du personnel ;
- la collecte des données et la tenue des outils de gestion de la tuberculose ;
- l'analyse et la transmission des données trimestrielles au niveau central ;
- la gestion du stock de médicaments ;
- la supervision des centres de diagnostic et de traitement, des laboratoires de microscopie et des ONG de la région intervenant dans la lutte anti tuberculeuse ;
- l'organisation de la communication pour le changement de comportement (CCC) ;

le niveau régional est animé par 37 Centres Antituberculeux qui sont les centres de référence au niveau régional.

I.4.3 Au niveau périphérique

Le Directeur Départemental est le responsable de la lutte contre la tuberculose dans le district. L'infirmier ou le médecin responsable du centre de diagnostic et de traitement (CDT) est chargé de la mise en œuvre des activités de lutte antituberculeuse dans le district.

➤ **Activités du niveau périphérique**

Le médecin et/ou l'infirmier responsable(s) du CDT, sous l'autorité du médecin chef de district, ont pour activités essentielles :

- le dépistage des patients présumés tuberculeux
- la prise en charge des malades (suivi du traitement et suivi bactériologique).
- la bonne tenue des outils de gestion.
- la collecte, l'analyse et la transmission des données au niveau régional.
- la gestion des médicaments antituberculeux.
- la recherche active des patients perdus de vue.
- la recherche active des sujets contacts.
- La supervision des centres de santé de premier contact qui assure le suivi des malades ;la transmission des rapports d'activités au niveau intermédiaire.
- la mobilisation des agents de santé communautaire, des ONG et de la famille pour le suivi du traitement des malades tuberculeux
- l'organisation de la communication pour le changement de comportement.

A ce niveau périphérique les activités se réalisent dans 333 CDT, repartis dans les districts sanitaires.

I.4.4 Le Réseau de laboratoires

I.4.4.1 Missions du réseau de laboratoires

Elles consistent à diagnostiquer, à assurer le suivi bactériologique des cas de tuberculose sous traitement et le contrôle de qualité du réseau.

I.4.4.2 Organisation du réseau de laboratoires

Il comprend trois niveaux:

- **Centre National de Référence (C N R)**

C'est une section du laboratoire central de Mycobactériologie de l'IPCI. Il est dirigé par un médecin, professeur biologiste.

Les principales fonctions du Centre National de Référence (CNR) sont :

- assurer le contrôle de qualité et la supervision du réseau de laboratoire.
- contribuer à la formation initiale et au renforcement des capacités des techniciens de laboratoire.
- assurer la surveillance épidémiologique de la résistance bactérienne aux antituberculeux
- déterminer les taux de résistances primaire et secondaire aux médicaments antituberculeux.

- participer au diagnostic de la tuberculose.
- établir et définir un système homogène de notification pour les laboratoires.

Le centre national de référence est en liaison avec le PNLT par l'intermédiaire du chef de service de laboratoire. Il est également en relation avec un laboratoire supra national pour son évaluation externe.

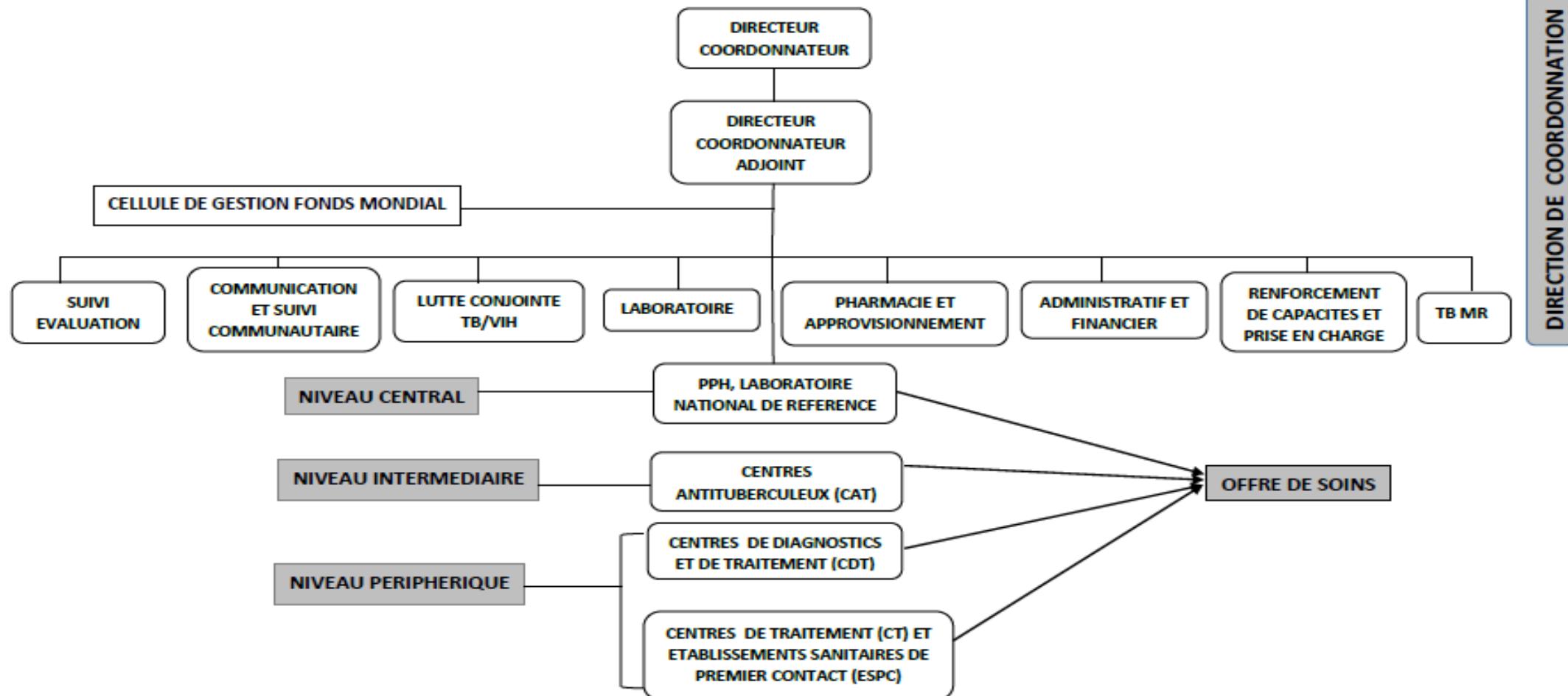
- **Laboratoires Régionaux**

Les laboratoires régionaux sont situés dans les centres antituberculeux des régions et tenus par des bio-technologistes. Ceux-ci supervisent les laboratoires des CDT de la région une fois par trimestre, la qualité technique et l'approvisionnement en matériels et intrants de laboratoire.

- **Laboratoires de microscopie périphériques**

Les laboratoires de microscopie périphériques sont installés dans les CDT des districts, qui reçoivent les patients présumés tuberculeux. Ils sont dirigés par des bio-technologistes ou des microscopistes.

ORGANIGRAMME DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNLT)



Activer Windows
Accédez aux paramètres

1.5 Résultats des politiques de lutte contre la tuberculose

1.5.1 Décentralisation de la LAT

La déconcentration des services de LAT s'est accélérée à partir de 2012 avec une intégration constante et régulière de la LAT dans les structures de santé.

En 2018, 307 structures ont mené des activités de lutte contre la tuberculose, soit une couverture nationale de 1 centre / 85 000 habitants.

Le niveau régional était composé de 27 CAT et le niveau périphérique, de 280 CDT. 544 centres de traitements (CT) ont été ouverts dans les ESPC.

La prise en charge de la tuberculose était intégrée dans les infirmeries des 34 prisons du pays, de même que dans 14 entreprises privées.

Un projet d'intégration de la lutte dans les cliniques privées est en expérimentation dans 13 structures.

1.5.2 Evolution du taux de mortalité de 2000 à 2017

En l'absence de système performant d'enregistrement des causes de décès lié à la tuberculose, la mortalité ne peut être mesurée directement. En 2017, la mortalité est estimée à 34 décès pour 100 000 habitants. L'OMS estime que la mortalité a connu une diminution importante de 73% par rapport à l'an 2000.

1.5.3 Evolution de l'incidence de 2000 à 2017

Malgré le constat d'une baisse continue de l'incidence depuis 2000, on constate toujours un nombre élevé de cas manquants. Cette situation est due à une baisse du taux de notification depuis 2013. Toutefois Cette baisse qui était de 5% entre 2013 et 2015 est passée à 2% entre 2016 et 2017.

Les proportions des différentes formes sont restées constantes durant cette période

1.5.4 Evolution de la détection des cas de TB

-Entre 2013 et 2018, il y a eu une tendance à la baisse du dépistage des nouveaux cas de tuberculose. Cette baisse est en déphasage avec la décentralisation qui a été accélérée sur la même période.

-Le dépistage de la tuberculose pédiatrique représente moins de 5% des cas notifiés.

-Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux est passé de 56 % en 2007 à 99 % en 2018. De même, la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH est passée de 34% en 2015 à 75% en 2018.

-En ce qui concerne la tuberculose multirésistante, le nombre de cas notifié reste en déca des attentes. Ceci est lié d'une part à une insuffisance d'outils diagnostic Xpert et d'autre part à un algorithme discriminant qui ne prend pas en compte les nouveaux cas.

1.5.5 Evolution du traitement de la TB en Côte d'Ivoire

Le taux de succès thérapeutique a augmenté de 80% en 2014 à 85% en 2017 pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée. Le taux de perdus de vue au cours du traitement est passé de 7% à 4% et le taux de décès de 8% à 7%.

Malgré une légère amélioration du taux de succès thérapeutique chez les patients co-infectés TB/VIH passant de 69% en 2014 à 74% en 2017, le taux de décès reste très élevé à 21%. La prise en charge de la co-infection TB/VIH, notamment la mise sous ARV, s'est considérablement améliorée au fil des années. Le taux de mise sous ARV est passé de 27% en 2010 à 95% en 2017 (Rapport PNLT 2018). La révision des directives de mise systématique sous ARV des patients de même que l'application de la délégation des tâches y ont sans doute fortement contribué.

En ce qui concerne la prise en charge de la TBMR, le taux du succès thérapeutique s'est amélioré au cours de ces dernières années. Il était de 75% en 2017. Le taux de décès reste encore élevé avec 14% en 2017.

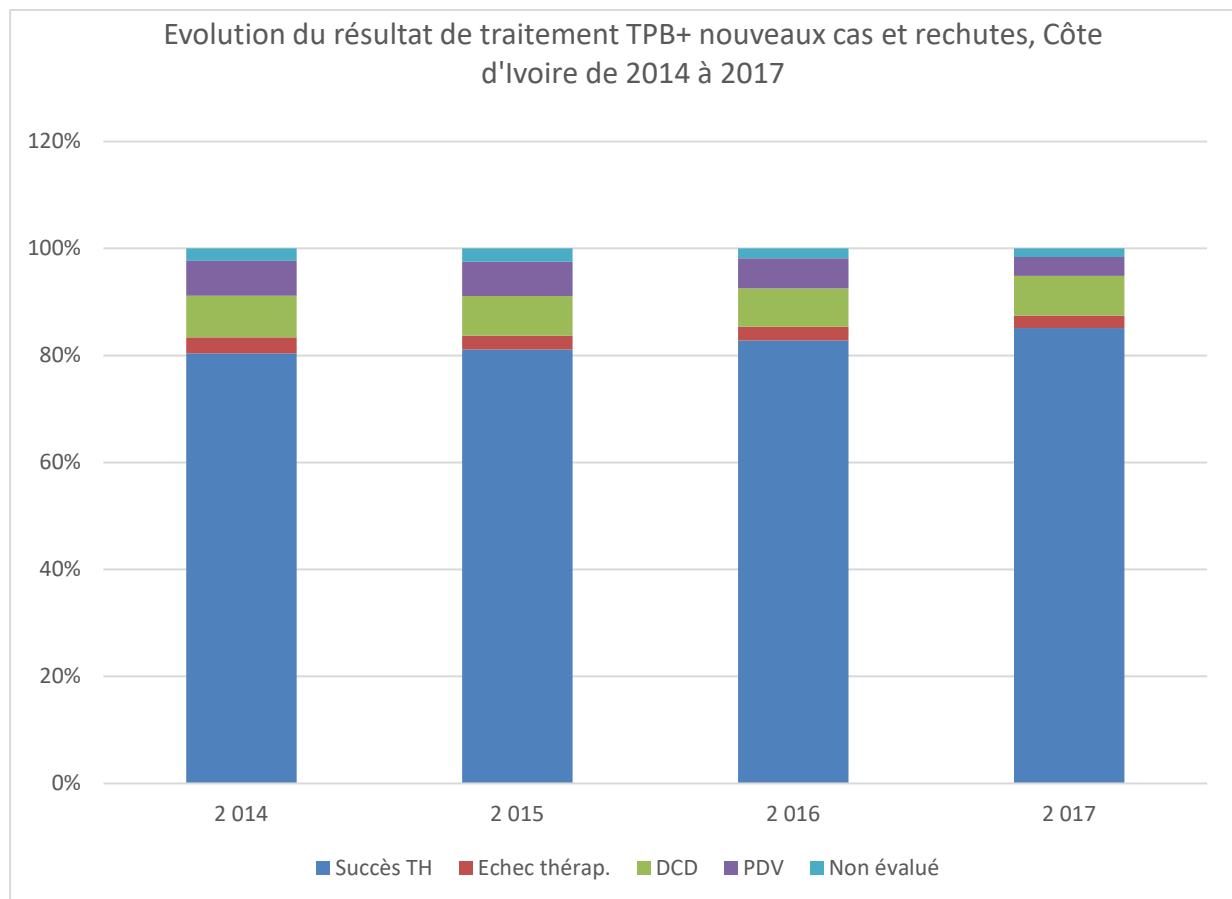


Figure 8 : Evolution du résultat de traitement des cas de tuberculose pulmonaire confirmés bactériologiquement, Côte d'Ivoire de 2014 à 2017

1.5.6 Evolution du financement de la lutte contre la tuberculose de 2016 à 2018

Sources de financement	Dotation exécutée 2016 en FCFA	Dotation exécutée 2017 en FCFA	Dotation exécutée 2018 en FCFA
BUDGET PNLT-Fonctionnement et volonté de payer	402 959 298	808 942 221	299 122 353
BUDGET PNLT-FONDS MONDIAL	3 685 489 157	3 201 690 039	2 027 337 438
BUDGET CAT-Fonctionnement	204 734 849	171 272 998	285 123 979
PEPFAR Activités de Lutte conjointe COP	11 260 036	62 389 382	69 054 256
L'UNION Assistance technique, formation, recherche opérationnelles scientifique sur TB, installation logiciel Genexpert	35 112 875	35 112 875	10 940 268
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) formation continue des personnels de santé.	61 078 124	40 916 629	29 120 000
COMITE NATIONAL ANTITUBERCULEUX (CNACI).	28 272 402	1 000 000	1 000 000
Total	4 428 906 741	4 321 324 144	2 721 698 294
Progression		-2%	-37%

De 2016 à 2017, le financement a connu une baisse de 2% et de 2017 à 2018 une baisse considérable de 37%.

1.6 Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)

L'analyse des forces et des faiblesses dans la lutte contre la tuberculose a été utilisée comme étape préalable à l'analyse des lacunes du programme. Elle a permis de bien comprendre et décrire la situation dans le pays en matière de lutte contre la tuberculose et d'identifier les points positifs et négatifs qui entravent cette lutte.

Cette analyse s'est effectuée en suivant les trois piliers de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

❖ Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient

- Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris les tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque

Points forts	Points à améliorer
Soins et prévention de la TB intégrés dans le système de santé	
Les activités de la lutte antituberculeuse sont intégrées dans le plan d'action des districts sanitaires	Intégration insuffisante des activités de LAT dans les supervisions des districts
Existence des registres de consultations curatives dans lesquels sont enregistrées les personnes qui ont des symptômes de la TB.	Les agents de santé ne recherchent pas systématiquement la TB lors des consultations curatives
Diagnostic précoce	
Couverture nationale du point de vue diagnostic microscopique et GeneXpert	L'insuffisance de formation des agents de santé des autres services autre que le CAT/CDT ;
Personnel bien formé	La mobilité des prestataires formés
Mise en place du GeneXpert dans 23 CAT sur 27 soit 85%	Manque de motivation du personnel (microscopistes)
Existence du LPA pour le test de sensibilité 1ere ligne et de 2e ligne et de DST sur milieu solide	Insuffisance de connaissance de la communauté sur la maladie.
Existence des outils de gestion et de SOP	Insuffisances dans le respect des algorithmes de dépistage de TBMR notamment les cibles.
L'existence d'une bonne organisation du Programme National de Lutte contre la Tuberculose	L'intégration insuffisante de la lutte antituberculeuse dans tous les services de santé.
Le réseau de laboratoire offre toutes les prestations de diagnostic de la tuberculose : microscopie, culture et tests de sensibilité phénotypique sur milieu solide (Lowenstein-Jensen) et liquide (MGIT) et génotypique (line probe assays (LPA) et test par Xpert)	L'insuffisance du personnel du LNR
L'assurance de qualité externe faite (SRL Uganda, NHLS, Milan)	La faible couverture insuffisante en GeneXpert et la sous-utilisation (L'algorithme de diagnostic se limite particulièrement aux groupes à risque de TB-MR)
Le système de transport des échantillons développé	Certains laboratoires ne répondent pas aux normes de biosécurité

Gratuite de la microscopie de suivi, culture GeneXpert MTB/Rif, test de sensibilité (LPA et antibiogramme)	Système de gestion électronique de données labo non disponible au niveau intermédiaire et périphérique
Les médicaments et les produits consommables de laboratoire sont généralement disponibles dans tout le réseau du PNLT	La maintenance des équipements est peu organisée
Dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque	
La recherche des cas contacts des cas contagieux est faite	Absence de notification des adultes contacts des cas contagieux dans les registres
La chimio prophylaxie INH faite aux enfants de moins de 5 ans.	Nouvelles molécules : RH, HP non encore adoptées par le PNLT
La recherche systématique de la TB à l'entrée des Maisons d'Arrêt et de Correction pour les nouveaux détenus;	Le personnel de certains services de santé n'est pas formé sur la TB.
Le dépistage de la TB chez les miniers est organisé par le PNLT	Le dépistage de la TB chez les personnes exposées à la poussière de silice (cimenteries) n'est pas effectué

➤ **Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes pharmacorésistantes et soutien aux patients**

Les forces et faiblesses dans cette section sont subdivisées en deux parties, l'une concernant le traitement et le soutien à toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmaco-sensible et l'autre à toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmaco résistante.

Points forts	Points à améliorer
Traitement et soutien à toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmaco-sensible	
Disponibilité des médicaments 1ere ligne à tous les niveaux	Faible application du TDO dans CDT
Gratuité du traitement de TB-S	Insuffisance de soutien psychosocial aux malades TB-S avant et au cours du traitement
Existence d'un traitement standardisé de TB-S	Mortalité élevée
Meilleur suivi des patients sous traitement avec réduction des perdus de vue	Insuffisance de l'appui nutritionnel pour les cas de TB-S
Traitement est fait en ambulatoire pour la majorité des malades	
Traitement et soutien à toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmaco résistante	
L'étude de prévalence de la pharmacorésistance aux anti-TB a été réalisée en 2017 à travers toute l'étendue du pays	Insuffisance de détection de TB-MR;
Le réaménagement d'un centre à ADZCOPE pour l'hospitalisation des cas compliqués de TB-MR	Le retard dans la mise sous traitement des TBMR diagnostiqués
L'utilisation d'outils moléculaires pour le diagnostic de la tuberculose pharmaco résistante	Insuffisance de notification des effets indésirables (Active Drug Safety Monitoring (aDSM))

L'appui alimentaire et financier pour le transport pour les malades TB MR dans les CAT.	Suivi des patients TB-MR pas régulier: examens de frottis pas réalisés chaque mois dans certains centres; Pas d'appui alimentaire pour les malades TB sensible dénuitrés
---	---

❖ Activités de collaboration TB/VIH et prise en charge des comorbidités

Points forts	Points à améliorer
Existence d'un module de formation en counseling/dépistage du VIH chez les TB élaboré par la PNLS;	L'insuffisance dans la mise en œuvre du Traitement préventif à l'INH chez les PVVIH (projet pilote en cours)
Formation des infirmiers de certains CDT sur la délégation des tâches	Mortalité élevée chez les co-infectés TB/VIH
Disponibilité de guichet unique dans tous les CAT	Le test VIH est insuffisamment proposé aux personnes présumées TB
Diabétologues formés en TB	Insuffisance de mécanisme de collaboration entre le PNLT et les diabétologues

❖ Prévention par le traitement préventif des personnes à haut risque

Points forts	Points à améliorer
Mise sous chimioprophylaxie des enfants contacts de moins de 5ans	Enfants > 5ans, Adolescents et adultes contacts des malades TB et avec Infection Latente Tuberculeuse ne sont pas mis sous traitement préventif
Les PVVIH bénéficient du traitement préventif à l'INH au niveau de quelques sites	
La stratégie de l'investigation auprès des contacts ainsi que les outils sont disponibles	

❖ Politiques audacieuses et système de soutien

Points forts	Points à améliorer
Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention	
Existence du Programme National de Lutte Antituberculeuse avec un Plan Stratégique National de Lutte Antituberculeuse solide	La plateforme multisectorielle n'est pas encore totalement fonctionnelle
Le financement de l'Etat disponible pour les activités de lutte contre la tuberculose	Déficit important chaque année ne permettant pas de mener toutes les activités du plan stratégique
Personnel du niveau central couvrant presque tous les domaines de la lutte	Démotivation des agents bénévoles dans le contexte de gratuité des soins dans les structures de prise en charge de la tuberculose (microscopistes, agents d'hygiène etc.)
Mobilisation des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés	
Existence d'un cadre de collaboration avec le secteur privé	Faible implication des Responsables des CS, de la société civile et des leaders d'opinion publique dans la lutte contre la tuberculose

L'engagement communautaire très fort autour des questions de santé pouvant être vecteur d'intégration entre les différents programmes	
Existence du DOTS communautaire avec un réseau de relais communautaires (RECO) formés et équipés.	TDO assuré par les membres de communauté est insuffisant

❖ 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

Points forts	Points à améliorer
Politiques de couverture sanitaire universelle	
Existence des CDT dans tous les districts sanitaires	Inaccessibilité de certaines structures sanitaires (CS/CDT)
Existence de mutuelles de santé	Non gratuité du dépistage chez les sujets contacts
Gratuité du traitement et du suivi par les examens complémentaires	Non gratuité des actes de diagnostic
Cadres réglementaires sur la notification des cas et l'enregistrement des faits d'état civil	
Outils de gestion disponibles	Faible notification des décès liés à la tuberculose à l'état civil
Gestion des médicaments et des intrants	
Chaine d'approvisionnement TB intégré	
L'estimation des besoins du pays en médicaments antituberculeux est faite par le comité de quantification au sein de la CNCAM.	Plan de transition en vue de la mise en œuvre des récentes recommandations de l'OMS sur la TB MR n'est pas à jour
la convention signée entre le PNLT et la NPSP : cette dernière est responsable de la réception (comité de réception), du stockage, de la gestion des stocks et de la distribution vers les CAT/CDT et districts clients de la NPSP.	Insuffisance de capacités des acteurs au niveau périphérique pour l'utilisation adéquate de l'outil e-SIGL avec un rapportage conséquent.
Le PNLT collabore avec le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) pour les activités de contrôle de qualité des médicaments stockés à la NPSP et aux CAT/CDT (Echantillonnage, tests et évaluation de la qualité). Etant donné que la LNSP n'est pas encore préqualifié, il va sous-traiter avec d'autres laboratoires préqualifiés pour le contrôle.	
Les effets secondaires sont notifiés et gérés chez les patients TB-MR dans le cadre de l'utilisation du schéma court de traitement de 9 mois	Les effets indésirables collectés ne sont pas traités et les fiches ne sont pas exploitées par les services de pharmacovigilance pour la réalisation de l'imputabilité.

❖ **Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose**

Points forts	Points à améliorer
Existence de la prise en charge nutritionnelle des malades tuberculeux en traitement dans certains CDT	Insuffisance dans l'appui financier pour le transport des malades

❖ **Genre et droits humains**

Points forts	Points à améliorer
Promotion et protection des droits humains, éthique et équité (Le système de surveillance et la prise en charge des cas prennent la gratuité des soins pour tous les sexes et catégories)	

❖ **Recherche visant à optimiser la mise en œuvre et l'impact et à promouvoir l'innovation**

Points forts	Points à améliorer
Task-force multidisciplinaire mis en place	Ressources financières pour la recherche opérationnelle insuffisantes
Existence d'une unité de recherche et de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Pas suffisamment du personnel du PNLT formé en recherche • Pas de plan d'action sur la recherche
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • L'existence de partenaires de soutien (Fonds Mondial, PEPFAR, OMS, Initiative 5%, CNACI, etc.) • L'existence de ressources humaines de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire • Le développement de partenariat avec les autres programmes prioritaires de la santé • L'accroissement du financement de l'Etat pour la santé ; • L'opérationnalisation de la couverture maladie universelle (CMU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le retrait programmé des partenaires • Les crises socio-politiques • La surpopulation carcérale avec insuffisance des mesures de lutte contre l'infection ; • L'accroissement des quartiers précaires et l'augmentation des cas d'addiction au tabagisme, à l'alcoolisme et à la consommation de drogue • La persistance des marchés illicites de vente de médicaments

II. ANALYSE DES LACUNES DU PROGRAMME

❖ Insuffisances du diagnostic de la tuberculose

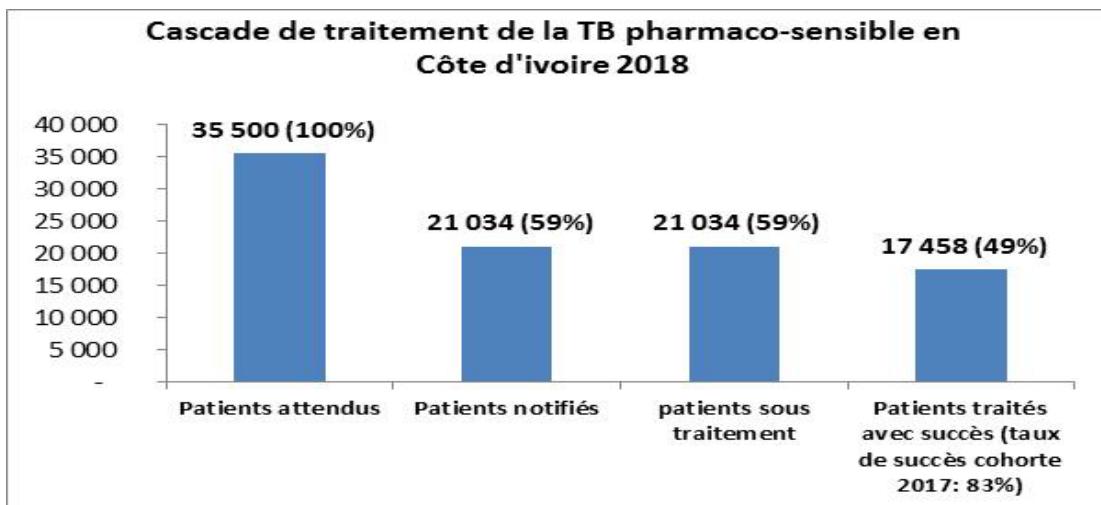


Figure 9 : Cascade de traitement de la TB pharmaco-sensible en 2018

L'analyse de la situation a montré que le taux de notification des cas de tuberculose est en deçà de ce qui est requis pour pouvoir détecter un pourcentage suffisant des cas de tuberculose existants tels qu'estimés par l'OMS. A cet égard, le taux de couverture du traitement de la TB estimé par l'OMS est de 59% en 2018. Seulement 49% des patients par rapport aux attendus sont traités avec succès. Plusieurs insuffisances et lacunes ont contribué à cette situation :

- Insuffisance de formation et de suivi du personnel. Par exemple les agents de santé en charge des consultations générales et tri ne recherchent pas systématiquement la TB lors des consultations curatives.
- Insuffisance de ressources pour organiser un système de transport des crachats des centres de santé vers les laboratoires
- Existence de certaines zones enclavées et de zones minières dont on n'a pas tenu compte dans les activités de dépistage actif
- Supervision du niveau district vers les centres de santé insuffisante
- Sous équipement de certains laboratoires
Nombre de techniciens de laboratoire insuffisant pour l'ensemble des tâches du LNRM, y compris le suivi du réseau des laboratoires CDT
- Insuffisance dans le système électronique pour faciliter la transmission rapide des résultats de laboratoire aux prescripteurs et aux malades.
- Insuffisance des appareils de radiographie dans les hôpitaux.
- Insuffisance d'accessibilité aux examens complémentaires tels que l>IDR, la radiographie pulmonaire, le tubage gastrique
- Insuffisance de collaboration avec les structures de prise en charge de la malnutrition, les services VIH et la stratégie PCIME
- Insuffisance de formation du personnel des structures non CDT
- Insuffisance des sites CDT, GeneXpert et TBMR
- Algorithme du GeneXpert restrictif : il n'est utilisé comme examen de première intention que pour les groupes à haut risque

- Faible implication des entreprises du secteur privé et public dans le dépistage de la TB-S et TBMR
- Insuffisance du dépistage systématique de la TB chez les patients diabétiques
- Insuffisance du dépistage chez les enfants
- Manque de stratégie spécifique de la LAT pour les régions d'Abidjan qui représente près de la moitié des cas de TB
- La stratégie de dépistage de la tuberculose ne cible pas suffisamment les populations vulnérables et à risque telles que les personnes en contact avec un cas de tuberculose contagieuse, les personnes vivant avec le VIH, les personnes privées de liberté, les diabétiques et les personnels de santé en charge des malades atteints de TB

❖ Traitement et suivi des malades tuberculeux non optimaux

Bien que s'améliorant, le taux de succès du traitement (83% pour la cohorte de 2017) n'a pas atteint la cible mondiale de 90% en raison de quelques insuffisances et lacunes dans la prise en charge programmatique des cas de tuberculose.

La dispensation des soins de qualité aux malades tuberculeux n'est pas optimale et présente d'importantes disparités régionales. Voici quelques insuffisances notées :

- Taux de décès élevé dû à la non prise en charge des co-morbidités par les prestataires
- Insuffisance d'éducation thérapeutique du patient par les prestataires
- Insuffisance de moyens de recherche précoce des cas absents au traitement (échéancier, crédit téléphonique, moto et agents de relance)
- Diagnostic tardif
- Insuffisance d'appui nutritionnel et de frais transport
- La décentralisation de la PEC de TB-S et TBMR est insuffisante
- Manque de lois sur les droits et devoirs des patients TB-S et TBMR, notamment une loi qui constraint les malades réfractaires à l'éducation et la sensibilisation à suivre leur traitement à la fois pour leur bien et le bien de la communauté

❖ La dispensation de soins de qualité à tous les malades TB-MR diagnostiqués est insuffisante.

Cascade de traitement de la TB MR en Côte d'Ivoire 2018

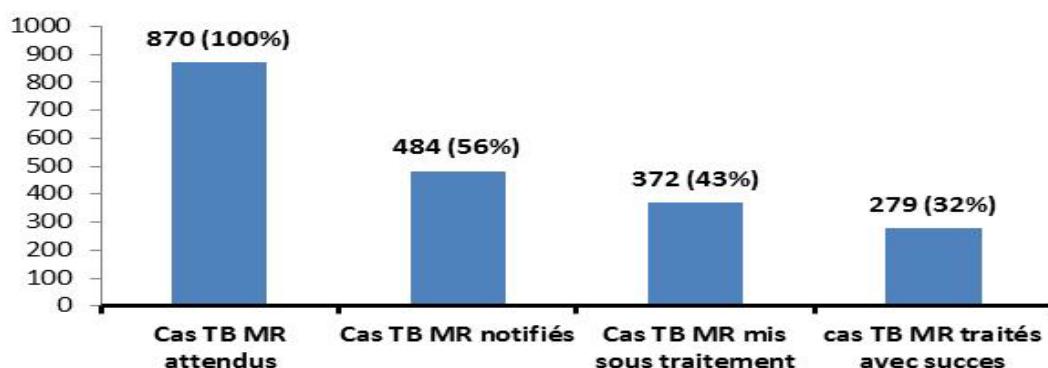


Figure 10: Cascade de traitement de la TBMR en 2018

L'analyse montre que près de la moitié des cas de TB MR (44%) ne sont pas dépistés et parmi ceux qui sont dépistés certains ne sont pas mis sous traitement. Près du tiers des cas attendus traités avec succès.

Cela pourrait s'expliquer par certains facteurs dont les plus importants sont :

- Certains malades diagnostiqués ne sont pas immédiatement mis sous traitement : cette situation serait due entre autres aux décès avant la mise sous traitement.
- Diagnostic tardif avec létalité élevée ;
- Transport d'échantillons vers les sites Genexpert insuffisamment organisé ;
- Traitement centralisé au niveau des CAT ;
- Formation insuffisante du personnel du CAT d'ADZCOPE
- Manque de formation des agents des sites TBMR sur l'aDSM
- Insuffisance de matériel (ECG, audiomètre) de suivi des malades traités par les médicaments de 2ème ligne
- Manque de connectivité entre les sites de traitement de la TBMR, les sites GeneXpert, le PNLT et le LNRM
- Insuffisance du dépistage chez les contacts des cas TB MR

❖ **Les activités de collaboration entre les programmes et les services TB et VIH sont insuffisamment mises en œuvre.**

- Coordination insuffisante entre les programmes TB et VIH.
- Comités TB-VIH peu fonctionnels au niveau central et régional.
- Insuffisance du nombre de sites de prise en charge des malades coinfestés TB/VIH
- Insuffisance de l'offre de services TB-VIH intégrés (diagnostic et thérapeutique) : la prescription ARV ne se fait pas dans certains services de PEC TB (manque de formation, absence d'outils, d'ARV)

❖ **Insuffisance dans la mise en œuvre des actions préventives**

Le contrôle de l'infection est insuffisamment pris en compte dans la politique nationale et au niveau des formations sanitaires.

- Insuffisance de financement pour la mise en œuvre du plan de contrôle d'infection en milieu de soins.
- Les malades tuberculeux contagieux ne sont pas systématiquement munis de masques chirurgicaux pour réduire la dissémination des bacilles et le matériel de protection individuelle pour le personnel et pour les PV VIH exposés est insuffisant.
- Insuffisance de formation du personnel sur le contrôle de l'infection

Le traitement préventif des groupes à risque identifiés et éligibles n'est pas adopté pour certains groupes et n'est pas suffisamment mis en œuvre pour ceux pour qui cette intervention a été planifiée

- Application insuffisante de la thérapie préventive à l'Isoniazide chez les PVVIH
- Faible couverture de la chimioprophylaxie à l'INH chez les enfants
- Le traitement de l'Infection Tuberculeuse Latente n'est pas appliqué chez les enfants de plus de 5 ans, les adolescents et les adultes contacts des malades contagieux
- Le programme n'a pas identifié les malades atteints de silicose pour le traitement préventif

❖ **Capacité insuffisante dans la gestion et dans la mobilisation des ressources**

- La plateforme multisectorielle n'est pas encore fonctionnelle
- Insuffisance de stratégie de mobilisation des fonds
- Non transmission des données relatives aux effets secondaires des antituberculeux au niveau central.
 - Insuffisance dans la notification des effets indésirables des médicaments antituberculeux (pharmacovigilance)
 - La non-diffusion du manuel sur la pharmacovigilance, le manque de formation des prestataires
- Absence du module tracker TB-MR dans le DHIS2
- Insuffisance dans la mobilisation des ressources
 - Absence d'un plan de mobilisation de ressources
 - Le partenariat avec les autres structures publiques non dépendant du Ministère de la Santé (Ministère de la Défense et de la Sécurité) et le privé à but lucratif et non lucratif est insuffisant.
- Gap de Financement du Plan opérationnel du PSN 2016-2020
 - La capacité de financement de l'Etat est insuffisante

❖ **Insuffisance de mise en œuvre du DOTS communautaire**

- Le TDO n'est pas suffisamment appliqué par les relais communautaires

❖ **Insuffisance d'engagement du secteur parapublic et privé**

- Absence de protocole d'accord entre le PNLT et les secteurs parapublic et privé dans la prise en charge des cas de tuberculose
- Insuffisance d'implication des tradipraticiens et des leaders religieux

❖ **Absence de mise en place d'actions pour la protection sociale et couverture sanitaire universelle et insuffisance d'actions sur les déterminants sociaux de la maladie**

- Manque de collaboration entre le PNLT et les Régimes CMU en faveur des malades tuberculeux.

❖ **Limites dans la législation sur la notification obligatoire des cas et des causes de décès et sur le devoir des malades de poursuivre leur traitement**

- Faible application de la loi sur la déclaration obligatoire des cas de tuberculose et des cas de décès
 - Insuffisance de sensibilisation du personnel de santé
 - Absence de conséquences pour les praticiens qui ne font pas la déclaration
- Absence de loi relative au traitement obligatoire de la tuberculose*

❖ Insuffisance de l'approche basée sur le genre dans la lutte contre la tuberculose

- Insuffisance de prise en compte du genre et les droits humains dans la LAT
- La plupart des outils de communication pour les sensibilisations ne reflètent pas systématiquement l'aspect genre et inclusion.
- Faible cohérence en matière d'intégration du genre entre l'analyse situationnelle, les objectifs, résultats, activités et indicateurs....
- Faible collaboration avec le Ministère de l'Action sociale
-

❖ Insuffisances dans la conduite de la recherche

- Task Force est peu fonctionnelle
- Peu de personnel formé
- Ressources financières insuffisantes pour mener la recherche

III. ADAPTATION DES CIBLES DES INDICATEURS MONDIAUX GENERAUX ET DE SUIVI

En ce qui concerne les indicateurs Généraux, la définition des cibles est complexe.

Pour l'incidence seule la valeur attribuée par l'OMS sera prise en compte. Cependant, le programme se propose d'évaluer la qualité des données de surveillance de la tuberculose à travers la liste type de normes et des critères de l'OMS pour savoir si les données de suivi-évaluation pourraient être un bon indice d'estimation de l'incidence. Des valeurs indicatives ont toutefois été estimées pour la période du PSN.

En ce qui concerne les décès, l'absence de mécanisme de déclaration fiable des faits d'état civil notamment les décès ne permet pas d'avoir ces données sur la mortalité. Ainsi, seules les estimations de l'OMS seront considérées. Des valeurs indicatives ont toutefois été estimées pour la période du PSN.

Pour les coûts catastrophiques, le programme se propose d'organiser des enquêtes de terrain pour évaluer les coûts au début et à la fin du projet

Tableau 3 : Cibles des indicateurs de suivi du PSN par rapport à la stratégie End TB

Indicateurs	Valeurs recommandées (End TB)	Cibles PSN					2026
		2021	2022	2023	2024	2025	
Indicateurs Généraux							
Réduction du nombre de décès/2015 (5000 cas)	35% en 2020 et 75% en 2025	30% (3500)	35% (3250)	40% (3000)	45% (2750)	50% (2500)	55% (2250)
Réduction du taux d'incidence de la tuberculose/2015 (159/100000)	50% en 2025	20% 126/100000	25% 120/100000	30% 113/100000	31% 110/100000	36% 102/100000	42% 93/100000

Indicateurs	Valeurs recommandées (End TB)	Cibles PSN						2026
		2021	2022	2023	2024	2025		
Réduction des coûts catastrophiques liés à la tuberculose	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Indicateurs de suivi								
Couverture du traitement antituberculeux (Cas incidents toutes formes)	Sup 90%	100% 23106	100% 23707	100% 23751	100% 23055	100% 23724	100% 24412	
Taux de succès du traitement Antituberculeux (Nouveaux cas et rechutes)	Sup 90%	88%	89%	90%	86%	87%	88%	
Taux de succès du traitement Antituberculeux (TBMR)	Sup 90%	80%	82%	84%	80%	80%	80%	
% des ménages touchés qui sont confrontés à des coûts catastrophiques*	Aucune donnée nationale	-	-	-	-	-	-	
% de patients (nouveaux cas et rechutes) qui ont été soumis à un test rapide recommandé par l'OMS lors du Diagnostic	Sup 90%	60%	63%	66%	60%	70%	80%	
Couverture du traitement contre l'infection tuberculeuse latente (Enfant moins de 5 ans et nouveaux cas VIH en soins) **	Sup 90%	70%	75%	80%	85%	90%	90%	
Couverture des activités de recherche de contact	Sup 90%	50%	60%	70%	80%	90%	90%	
Couverture des tests de pharmacosensibilité chez les patients tuberculeux***	100%	100%	100%	100%	60%	70%	80%	
Couverture thérapeutique par	Sup 90%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%

Indicateurs	Valeurs recommandées (End TB)	Cibles PSN						2026
		2021	2022	2023	2024	2025		
les nouveaux antituberculeux****								
Enregistrement du Statut sérologique vis-à-vis du VIH chez les patients tuberculeux	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taux de létalité (TL)	Inf à 5%	7%	6%	5%	7%	6%	5%	

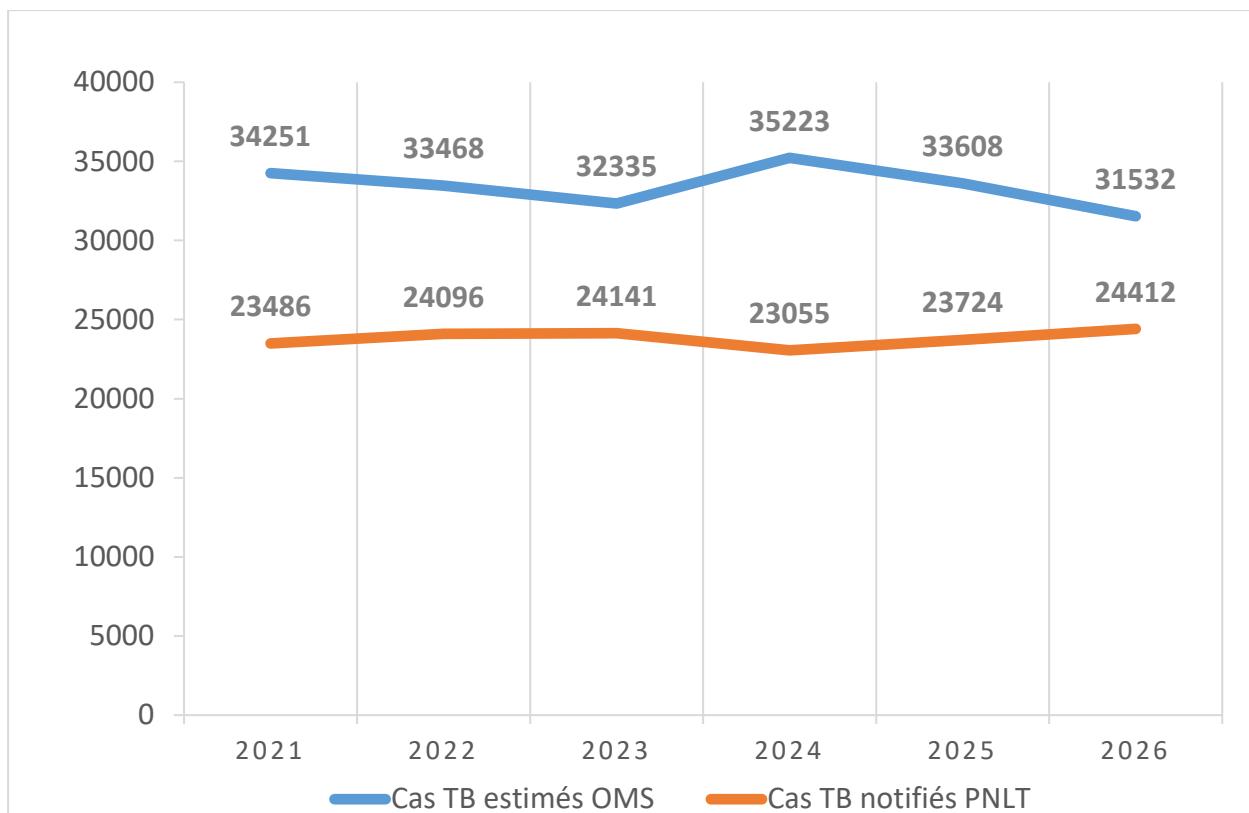


Figure 11 : Prévision de l'évolution des cas incidents et des cas notifiés de 2021 à 2026

IV. BUTS ET OBJECTIFS DU PSN 2021-2025

IV.1 Vision

Une Côte d'Ivoire sans tuberculose : zéro décès, zéro morbidité et zéro souffrance dus à la tuberculose à l'horizon 2035.

IV.2 But

Réduire le nombre de décès lié à la tuberculose de 50 % à l'horizon 2025 par rapport à l'année 2015.

IV.3 Objectifs

- 1. Accroître la notification des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes de 21 034 en 2018 à 23 797 en 2025**
- 2. Atteindre 90% de taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes d'ici 2025**
- 3. Atteindre 85% de taux de succès thérapeutique chez les malades multi-résistants mis sous traitement de 2ème ligne d'ici 2025**
- 4. Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme à tous les niveaux**

V. IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS ET ACTIVITES STRATEGIQUES A METTRE EN ŒUVRE

Axe stratégique 1 : *DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA TUBERCULOSE (Y COMPRIS TESTS UNIVERSELLES DE PHARMACO SENSIBILITE) ET DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES SUJETS CONTACTS ET DES GROUPES A HAUT RISQUE*

Le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire est fait selon une stratégie passive centrée sur les cas symptomatiques présentant une toux d'au-moins 2 semaines et qui se présentent volontairement dans un centre de soins. L'examen microscopique après coloration de Ziehl-Neelsen ou d'Auramine (examen de première intention) de 2 échantillons de crachats spontanés collectés sur 24H. Le diagnostic moléculaire rapide par les technologies d'amplification des acides nucléiques tel le GeneXpert MTB/RIF a été introduit dans le réseau depuis 2013. Le PNLT dispose d'un

parc de 28 instruments destinés à 2 catégories de patients. Il s'agit d'une part des patients à risque élevé d'une tuberculose multi-résistante (patients éligibles au retraitement, sujets contact de TBMR, patients avec des frottis positifs après la phase intensive du régime de première ligne) et de ceux dont le diagnostic bactériologique par la microscopie est rendu difficile pour diverses raisons (enfants de moins de 14 ans, personnes vivant avec le VIH screenées positives pour la tuberculose et les cas de suspicion d'une tuberculose pulmonaire à microscopie négative satisfaisant aux directives nationales).

L'analyse situationnelle a fait d'une part apparaître des lacunes telles que l'absence de système standardisé de gestion des données de laboratoire, un faible recours aux outils moléculaires, une faiblesse des effectifs du personnel dans le réseau etc., Elle démontre d'autre part, que le poids de l'épidémie aux espèces du complexe *M. tuberculosis* est plus important dans la région des lagunes particulièrement dans le District d'Abidjan avec 47% de la notification de la forme la plus contagieuse. Cette région enregistre en outre un nombre plus élevé de cas de tuberculose à bacilles résistants (60%).

Défis

Les lacunes relevées ont permis d'identifier les défis suivants :

- le diagnostic précoce chez les sujets symptomatiques dans les populations vulnérables et celles ayant un accès limité aux soins (milieu rural) ;
- l'élargissement du diagnostic de l'Infection Tuberculeuse Latente (ITL)
- l'accessibilité aux tests universels de sensibilité au moins à la Rifampicine (marqueur de présomption d'une tuberculose à bacilles multi-résistants)
- l'extension de l'offre de soins dans le District d'Abidjan
- et l'accréditation des laboratoires du réseau

Actions recommandées

- 1) Mise en place d'une stratégie différenciée de dépistage et de diagnostic entre Abidjan et les villes de l'intérieur ;
- 2) Amélioration du diagnostic bactériologique de la tuberculose ;
- 3) Accessibilité aux tests de sensibilité universelle ;
- 4) Dépistage de la tuberculose dans les populations vulnérables (diabétique, PVVIH, Usagers de drogues, Enfants, prisonniers...) ;
- 5) Renforcement du diagnostic de la tuberculose latente (ITL) ;
- 6) Renforcement de la qualité au sein du réseau ;
- 7) Amélioration de la Gestion des données des laboratoires ;
- 8) Motivations financières du personnel bénévole du réseau ;
- 9) Renforcement des capacités du personnel du réseau ;
- 10) Amélioration de la sûreté et de la sécurité.

Intervention 1.1 : Mise en place d'une stratégie différenciée de dépistage et de diagnostic entre Abidjan et les villes de l'intérieur.

Compte tenu du poids important de la maladie à Abidjan, la stratégie consistera d'une part au dépistage systématique de tous les cas présumés de TB dans les centres de santé tant publics que privés non TB à travers un pré positionnement d'ASC aux portes d'entrée des structures de santé et d'autre part à l'accroissement de l'offre diagnostic par l'outil moléculaire dans les CAT et 08 CDT (FSU Andokoua, FSU Anonkoua-Kouté, Azito, HMA, Gonzagueville, Abobo-Nord, Port Bouet, Anyama)

Pour l'intérieur du pays, des campagnes de dépistage seront organisées dans les villages et campements de porte à porte en collaboration avec ANADER afin de ratisser tous les cas manquants liés à l'accès géographique et financier. Au plan diagnostic, l'outil moléculaire sera également déployé dans tous les CAT de région et les gros CDT de District (Tiassalé, Sinfra, Bonoua, Daoukro, Alépé, Touba, Bouna, Sassandra, Bongouanou)

La mise en œuvre de l'intervention passe par la révision des algorithmes ciblant tous les cas présumés de TB pulmonaire, par le renforcement du plateau technique des CAT/CDT à travers l'outil moléculaire, le renforcement des capacités du personnel de santé et communautaire à l'identification et à la référence des cas présumés ainsi que le transport des échantillons à tous les échelons du réseau de laboratoire.

Afin de parvenir à une décentralisation harmonieuse visant la gestion des patients de proximité, il est prévu l'ouverture de 23 nouveaux CDT afin d'atteindre 375 CDT en 2025. Les nouveaux sites ont été sélectionnés par les médecin-chefs des CAT et un arbitrage a été fait par la coordination du programme basée sur la population de la localité. Ainsi, les sites ayant une population de plus de 20 000 habitants ont été retenus.

1.1.1 : Acquérir 5 GeneXpert à 16 modules pour 5 CAT et 10 GeneXpert à 4 modules pour les CDT et redéployer 7 GeneXpert des CAT vers des CDT

1.1.2 : Acquérir 21 équipements LAMP TB pour 21 CAT de l'intérieur portant à 23 le nombre total de LAMP-TB dans le pays

Ces LAMP TB serviront au dépistage actif de la tuberculose dans les quartiers, prisons et villages d'accès difficiles une fois par trimestre pour chaque région sanitaires couverte par les CAT de l'intérieur

1.1.3 : Organiser 02 sessions de formation de 17 techniciens de laboratoires des CDT des sites identifiés au diagnostic moléculaire de la tuberculose par XPERT

1.1.4 : Organiser 02 sessions de formation de 21 techniciens de laboratoires des CAT au diagnostic moléculaire de la tuberculose par la technique du LAMP TB

1.1.5 : Acquérir des intrants et réactifs pour la microscopie pour la notification de 18.763 pour l'an 1, 19 250 pour l'an 2, 19 286 pour l'an 3, 19 311 pour l'an 4, 19 324 pour l'an 5

1.1.6 : Acquérir des cartouches et intrants pour les tests moléculaires Xpert : 62 543 an 1 ; 64 169 an 2 ; 64 288 an 3 ; 64 370 an 4 ; 64 413 an 5

1.1.7 : Acquérir des tests et intrants pour le LAMP TB, 1680 an 1 ; 3528 an 2 ; 3528 an 3 ; 3528 an 4 ; 3528 an 5

1.1.8 : Organiser des campagnes de dépistage actif de la TB : 40 an 2 ; 84 an 3 ; 84 an 4 ; 84 an 5

1.1.9 : Recruter un consultant pour la révision des algorithmes de diagnostic de la tuberculose

1.1.10 : Organiser 1 atelier de 03 jours pour 30 participants pour la validation des algorithmes de diagnostic de la tuberculose

Intervention 1.2 : Amélioration du diagnostic bactériologique de la tuberculose

L'efficacité d'un programme de lutte contre la tuberculose s'appuie sur un diagnostic bactériologique de qualité avérée et l'instauration d'un traitement adéquat. La diversification du plateau technique des laboratoires, l'approvisionnement en intrants et consommables de laboratoire ainsi que le développement du système de transport des échantillons et la prise de mesures d'accompagnement vont permettre d'améliorer le diagnostic bactériologique.

Cette intervention vise à adopter et diffuser les nouvelles directives de dépistage de la tuberculose conformément à la stratégie END TB. En outre, le renforcement du diagnostic de l'infection tuberculeuse latente va contribuer à réduire l'incidence de la maladie.

1.2.1 : Acquérir 16 microscopes à fluorescence : 10 pour les nouveaux CAT, 1 IPCI, 1 CeDReS, 4 back-up/formation

1.2.2 : Acquérir des microscopes ordinaires pour 23 nouveaux CDT et les remplacements de 22 défaillants

1.2.3 : Contracter avec une entreprise pour la certification annuelle des laboratoires centraux

1.2.4 : Acquérir des équipements pour le transport sécurisé des échantillons (74 glacières, 148 accumulateurs de froid, bacs de transfert ...) des CAT vers le LNR

1.2.5 : Acquérir 132 motos pour les CDT/CAT non pourvus an 1 et renouveler 80 anciennes motos acquises depuis 2015

1.2.6 : Contracter chaque année avec une entreprise nationale pour le transport des échantillons de crachats des CAT vers les laboratoires centraux

1.2.7 : Acquérir 300 réfrigérateurs pour les CDT

Intervention 1.3 : Mettre en place l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR)

1.3.1 : Recruter un consultant pour l'élaboration des outils pour l'APSR (directives, modules de formation...)

1.3.2 : Organiser un atelier de validation de 30 participants pendant 03 jours sur les outils pour l'APSR

1.3.3 : Organiser un atelier de formation de 30 formateurs nationaux pendant 05 jours sur les outils de l'APSR

1.3.4 : Acquérir de petits matériels et équipements de gestion de l'APSR

1.3.5 : Organiser 02 ateliers de formation de 30 personnels (CAT/CDT, PNLT, PPH...) pendant 05 jours sur les outils de l'APSR

1.3.6 : Organiser 03 sessions de formation de 30 participants des personnels des ESPC de 02 régions sanitaires pendant 05 jours

Intervention 1.4 : Accessibilité aux tests de sensibilité universelle

L'émergence des cas de tuberculose à bacilles résistants constitue une menace pour le contrôle de la maladie. L'accès aux tests de sensibilité universel est un défi majeur des programmes dans les pays à faibles ressources. Cette stratégie vise à réaliser un test de sensibilité élargi (phénotypique et génotypique) pour tous les cas de tuberculose dont les bacilles sont porteurs d'une mutation dans le gène rpoB. L'atteinte de cet objectif va réduire considérablement le poids de la tuberculose à bacilles résistants.

1.4.1 : Acquérir des réactifs pour la réalisation de tests de sensibilité de première et seconde ligne : 612 an 1 ; 638 an 2 ; 658 an 3 ; 679 an 4 ; 700 an 5

1.4.2 : Approvisionner les laboratoires centraux en consommables et intrants de laboratoires pour les tests de sensibilité phénotypique et génotypique (IV.1.4.1)

1.4.3 : Assurer chaque année la prise en charge financière des évaluations externes de qualité (expéditions, prestations, mission laboratoire supranational)

1.4.4 : Signer un contrat de maintenance des instruments GenXpert avec Cepheid (Extension de garanti)

1.4.5 : Signer chaque année un contrat de maintenance pour les équipements de BD (MGIT)

1.4.6 : Signer un contrat annuel avec une entreprise locale pour la maintenance des autres équipements (microscope, réfrigérateur, LAMP-TB, Thermocycleur...)

1.4.7: Acquérir les équipements pour le séquençage entier des gènes de résistance au LNR-TB

Intervention 1.5 : Renforcement de la qualité au sein du réseau

La promotion de la qualité au sein du réseau de laboratoire garanti l'amélioration du diagnostic bactériologique de la tuberculose. Le processus d'accréditation auquel participent les laboratoires est une dynamique à encourager et à soutenir à travers les activités développées dans le cadre de cette intervention stratégique. Il s'agira aussi de renforcer la qualité par des évaluations externes des méthodes de diagnostic utilisées au sein du réseau.

1.5.1 : Organiser 07 réunions de coordination annuelle de 50 participants pendant 02 jours

1.5.2 : Organiser une réunion annuelle de restitution des EEQs de 35 participants pendant 02 jours

1.5.3 : Organiser 01 évaluation par an des laboratoires (GeneXpert, LAMP-TB, Relecture, Panels)

1.5.4 : Acquérir 03 souches de références (H37rv, *Mycobacterium avium*, *Mycobacterium gordanae*)

1.5.5: Organiser une mission annuelle d'assistance technique pour l'accompagnement des laboratoires à l'accréditation (consultance pendant 15 jours)

Intervention 1.6 : Amélioration de la Gestion des données des laboratoires

La gestion des données générées par le réseau est un défi majeur pour le programme. Les informations sanitaires produites constituent la clé d'un processus issu de la compilation, de l'analyse et de l'interprétation de celles-ci. La base de données nationale découlant de cette démarche vise à l'amélioration des stratégies de lutte.

1.6.1: Acquérir 40 kits d'ordinateurs (desktop) pour les laboratoires des CAT, IPCI, CeDReS

1.6.2 : Acquérir un logiciel de gestion des données de laboratoire

1.6.3 : Organiser 04 ateliers de formation de 05 jours de 25 personnels de laboratoire par atelier à l'utilisation du logiciel des données de laboratoire

Intervention 1.7 : Amélioration de la bio-sûreté et de la biosécurité

La gestion du risque au laboratoire reste un point sensible de la qualité du diagnostic bactériologique dans les pays en voie de développement. Travailler dans un environnement sécurisé participe de la fiabilité du rendu des résultats.

1.7.1: Acquérir 311 extincteurs, des kits d'urgence de premier secours pour les laboratoires des CAT/CDT dont 13 cliniques privées

1.7.2 : Réhabiliter et équiper 10 CAT et 20 CDT par an pour satisfaire aux exigences de bio sûreté et de biosécurité

Intervention 1.8 : Motivations financières du personnel bénévole du réseau de laboratoire

La question de la motivation financière est une préoccupation constante depuis la suppression de la vente des timbres dans les CAT/CDT. Ceci participe de la démotivation de ce personnel pour les activités de routine du laboratoire. Dans la mesure où il préfère s'adonner aux activités rémunératrices, l'octroi de moyens financiers réguliers aiderait à les fidéliser.

1.8.1: Accorder une prime mensuelle de 60 000FCFA pour 40 personnels bénévoles du réseau de laboratoire

Intervention 1.9 : Renforcement des capacités du personnel du réseau de laboratoire

L'atteinte des objectifs assignés à cet axe stratégique impose la formation continue du personnel en charge des activités de diagnostic et d'expertises. Les activités listées ci-dessous visent à renforcer les compétences du personnel du réseau.

1.9.1 : Organiser 01 session de formation de 15 bio technologistes du niveau central à la réalisation des tests de sensibilité pendant 05 jours

1.9.2 : Organiser 02 sessions de formation de 15 techniciens de laboratoire au diagnostic bactériologique de la tuberculose pendant 05 jours

1.9.3 : Organiser 02 missions de coaching de 10 TSL défaillants par an

1.9.4 : Organiser 22 sessions de formation de 30 personnels de santé et communautaires des CDT au conditionnement et au transfert des échantillons pendant 02 jours : 12 sessions an 1 et 10 sessions an 2

1.9.5 : Organiser 01 session de mise à niveau de 15 personnels à l'analyse des séquences pendant 03 jours

1.9.6 : Organiser 01 session de formation de 10 TSL des CAT à la supervision

Axe stratégique 2 : *TRAITEMENT DE TOUTES LES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE Y COMPRIS DE TUBERCULOSE PHARMACO RESISTANTE, ET SOUTIEN AUX PATIENTS*

Le traitement de la tuberculose est mené actuellement selon des protocoles adaptés à quatre types de patients : les patients tuberculeux pharmaco-sensibles adultes, les patients tuberculeux pharmaco-sensibles enfants, les patients tuberculeux multi-résistants et les patients tuberculeux ultrarésistants.

- Pour les patients tuberculeux pharmaco-sensibles adultes et enfants, la durée du traitement est de 6 mois avec des contrôles au 2ème, 5ème et 6ème mois. Ce traitement est mené avec les antituberculeux de première ligne (2RHZE/4RH). Il n'y a pas de soutien alimentaire et financier aux patients ;
- Pour les patients tuberculeux multi-résistants, la durée du traitement est de 9 mois avec des contrôles de frottis tous les mois et de culture aux 2ème, 5ème, 6ème, 7ème et 9ème mois. Il y a un soutien aux patients composé des primes au transport et de Kits nutritionnels ;
- Pour les patients tuberculeux ultrarésistants, la durée du traitement est de 20 mois avec des contrôles de frottis tous les mois et de culture tous les 3 mois. Il y a également un soutien aux patients composé des primes au transport et de Kits nutritionnels.

Le traitement directement observé est réalisé par le personnel médical pour les patients tuberculeux multi-résistants et ultrarésistants dans le centre de santé. Le traitement des patients tuberculeux pharmaco-sensibles est supervisé par un parent avec un suivi communautaire à domicile.

Depuis 2009, l'achat des médicaments de première ligne se faisait par le Fonds Mondial et l'Etat a pris le relais à partir de 2019. Pour les médicaments de 2ème ligne, l'achat se fait toujours par le Fonds Mondial.

En ce qui concerne l'issue du traitement, si le succès du traitement s'est beaucoup amélioré ces dernières années il persiste cependant beaucoup de décès liés au retard de diagnostic et aux comorbidités.

Le programme a initié des actions visant à l'implication de la communauté et de tous les soignants dans la prise en charge de la tuberculose : le secteur privé, les praticiens de la médecine traditionnelle, les officines privées etc...

Défis

- le respect du plan d'approvisionnement des médicaments de 1ère ligne acquis sur financement de l'Etat ;
- la réduction à 72 heures du délai d'obtention d'une demande d'exonération des taxes
- la bonne quantification des intrants de laboratoire ;
- l'exactitude des données de gestion logistique rapportées à 100% (e-SIGL, rapport papier...)
- la bonne gestion des commandes de médicaments et intrants
- le renforcement du suivi communautaire pour prendre en compte tous les patients aussi bien sensibles que résistants ;
- le passage à la forme orale du traitement des formes résistantes de tuberculose
- le renforcement de la pharmacovigilance par la notification de tous les cas d'effets indésirables et d'erreurs de prescription

Actions recommandées

- Réviser les directives de prise en charge de la tuberculose pharmaco-résistante
- Renforcer l'implication des acteurs des services de santé publique des prisons, des armées, des programmes de santé (PNN, Santé mentale, Mère enfant, PNLTa, PNLS, etc.)
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement à travers un rapportage de qualité et une bonne quantification des intrants de laboratoire ;
- Renforcer le contrôle qualité des médicaments ;
- Prendre en charge les comorbidités et facteurs de risque qui influencent le succès du traitement (Anémie, VIH, Diabète, HTA, Insuffisance rénale, troubles mentaux, lésions radiologiques multifocales, insomnie, Asthme)

- Renforcer la notification de tous les effets dans le cadre de la pharmacovigilance ;
- Renforcer l'action communautaire aussi bien pour le suivi de tous les patients que pour la dispensation des médicaments dans les zones reculées ;
- Renforcer la coordination régionale de la lutte contre la tuberculose

Intervention 2.1 : Décentralisation de la lutte antituberculeuse

Pour garantir un nombre raisonnable de structures de prise en charge de qualité, le PNLT veillera à l'ouverture motivée de nouveaux CAT/CDT dans les structures répondant aux normes du contrôle de l'infection et jouissant d'une bonne fréquentation de la population. Cette décentralisation va impliquer tant le secteur public que le secteur privé.

➤ Renforcement des structures de PEC de la TB

2.1.1 : Réhabiliter 10 CDT existants dans les nouveaux chefs-lieux de régions sanitaires en vue de les transformer en CAT (5 an 2 et 5 an 3)

Il s'agit pour le PNLT d'ouvrir 10 nouveaux CAT pour s'aligner sur le nouveau découpage administratif avec la création de 10 nouvelles régions sanitaires (Région du Bafing, Région du Béré, Région du Bounkani, Région du Folon, Région du Gboklè, Région du Guemon, Région des Grands Ponts, Région de l'Iffou, Région du Moronou, Région de Tchologo). Cette modification sera faite par décision ministérielle.

2.1.2 : Acquérir 38 véhicules 4X4 :10 pour les nouveaux CAT, 24 pour les anciens CAT et 04 pour la coordination

2.1.3 : Acquérir 10 appareils de radiographies numériques pour les 10 nouveaux CAT

2.1.4 : Acquérir le matériel de bureau pour les 10 nouvelles structures.

2.1.5 : Ouvrir 23 CDT (18 an 1 ; 5 an 2) dans les centres de santé publique (HG, FSU Com, etc.)

Afin d'atteindre une couverture de 1 CDT pour 80 000 habitants en 2025, le PNLT devra ouvrir 23 CDT pour aboutir à 375 CAT/CDT. Il s'agit de procéder dans les structures répondant aux critères sus mentionnés à des réhabilitations mineures, à leur équipement et à la formation du personnel.

2.1.6 : Former 46 personnels de santé (23 médecins et 23 IDE) des structures à la stratégie End-TB en 2 sessions de 23 personnes pendant 3 jours. (1 session an 1 et 1 session an 2)

Sur la période précédente, le PNLT a intégré 544 ESPC à la lutte contre la tuberculose à titre de centre de traitement. Au cours de la prochaine période le PNLT prévoit poursuivre la décentralisation par l'intégration de 206 ESPC supplémentaires et rendre fonctionnel les 544 existants pour porter à 750 le nombre total de centre de traitement en 2025. Cette intervention sera développée autour des CAT/CDT ayant des taux de décès et de perdus de vue les plus élevés. A cet effet, chaque CAT/CDT concerné identifiera en moyenne 2 ESPC de son aire de coordination tenant compte de la provenance des malades référés en vue de l'ériger en CT. Un IDE sera identifié dans chaque CT pour mener l'activité.

2.1.7 : Ouvrir 206 CT additionnels dans les ESPC

2.1.8 : Réaliser une analyse situationnelle des CT existants pour évaluer leur fonctionnalité

2.1.9 : Organiser 7 sessions de formation de 30 participants en 3 jours pour les 206 IDE

➤ **Implication de tous les soignants : Public-Public et Public-Privé**

• **Collaboration avec le PNPMT**

Le partenariat avec le programme de la médecine traditionnelle a démarré depuis la NFM1 avec 22 districts sanitaires, auxquels se sont ajoutés ultérieurement 11 autres sur la NFM2. Le PSN 2021-2025 vise à passer à échelle cette collaboration dans 112 districts sanitaires soit 79 districts additionnels.

2.1.10 : Organiser 03 sessions de formation de 26 participants au niveau des districts sanitaires des points focaux chargés du suivi des praticiens de la médecine traditionnelle pendant 03 jours

2.1.11 : Former au niveau des districts sanitaires les praticiens de la médecine traditionnelle en 79 sessions de 1 jour de 30 participants avec l'appui du responsable du CAT

• **Collaboration avec le Programme National de Lutte contre les Maladies M mentales**

2.1.12 : Recruter un consultant pour l'élaboration des modules de formation sur la PEC psychologique des malades

2.1.13 : Organiser 01 session de formation des formateurs sur 03 jours pour 30 participants à la PEC psychologique des malades

2.1.14 : Organiser 02 sessions de formation des prestataires des CAT (Médecins, IDE et assistants sociaux) à la PEC psychologique des malades pendant 03 jours pour 30 participants

• **Collaboration avec le secteur privé**

2.1.15 : Organiser des réunions semestrielles d'un jour de 30 participants au niveau central pour les cadres existants (PNLT/ACPCI/CECI)

2.1.16 : Organiser une réunion semestrielle des cadres régionaux de collaboration PNLT/ACPCI/CECI d'un jour de 30 personnes

Il s'agit de mettre en place des comités régionaux dotés de plans d'action dans les 33 régions sanitaires du pays. A ce jour, il existe 08 cadres fonctionnels. Le présent plan va permettre l'intégration de 25 autres régions.

Intervention 2.2 : PEC de la TB pharmaco-sensible

➤ *Disponibilité continue des médicaments antituberculeux et des intrants de laboratoire liés à la tuberculose*

Une chaîne d'approvisionnement sûre, fiable et pérenne permet d'assurer la disponibilité et l'accèsibilité continue des médicaments et autres produits de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire telle que visé par la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Celle-ci permet de fournir le bon produit, en bonne quantité, en bonne condition, au bon endroit, au bon moment et au bon prix.

Pour assurer une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement, le PNLT devra s'assurer de la disponibilité continue des médicaments antituberculeux et des intrants de laboratoire liés à la tuberculose, de l'amélioration de la qualité des données logistiques et la gestion des stocks sur les sites, du renforcement de la pharmacovigilance et du contrôle qualité post marketing (médicaments antituberculeux et intrants liés à la tuberculose).

2.2.1 : Organiser chaque année un atelier de 05 jours de 30 participants pour la quantification des médicaments antituberculeux et des intrants liés à la tuberculose

2.2.2 : Acquérir chaque année les médicaments antituberculeux de 1ère ligne pour les patients : 23.139 an 1 ; 23 740 an 2 ; 23 784 an 3 ; 23 814 an 4 ; 23 831 an 5

2.2.3 : Acquérir chaque année les médicaments antituberculeux de 2ème ligne pour les patients : 612 an 1 ; 633 an 2 ; 648 an 3 ; 663 an 4 ; 678 an 5

2.2.4 : Organiser chaque semestre une réunion d'un jour de 20 participants du comité national logistique pour le suivi des approvisionnements et des stocks

➤ Amélioration de la qualité des données logistiques et la gestion des stocks sur les sites

2.2.5 : Organiser chaque année une mission d'évaluation de la qualité des données logistiques sur 20 sites (RDQA) à raison d'un jour par site

2.2.6 : Organiser 16 sessions de formation de 03 jours de 30 participants à la gestion des médicaments antituberculeux et intrants de laboratoires liés à la tuberculose (6 an1, 6 an 2, 4 an 3)

2.2.7 : Organiser chaque année 07 ateliers de validation des données de 50 participants en prélude à l'atelier de quantification pendant 03 jours

2.2.8 : Organiser chaque année une mission de coaching des gestionnaires d'un jour des 10 sites les moins performants sur la qualité des données logistiques

- *Renforcement de la notification de tous les effets indésirables liés aux antituberculeux*

2.2.9: Organiser chaque année une collecte active des données de pharmacovigilance sur 30 sites (27 CAT et 03 PPH)

2.2.10 : Organiser chaque semestre une réunion de 20 participants (DPML, LNSP, CAT, PPH, PNLT, NPS, PNDAP) pour le suivi de la notification des effets indésirables

- *Renforcement du contrôle qualité post marketing des médicaments antituberculeux et des intrants liés à la tuberculose*

2.2.11: Réaliser chaque année un contrôle qualité des médicaments antituberculeux et des intrants liés à la tuberculose en collaboration avec le LNSP,PNLS , PNLP

Intervention 2.3 : PEC de la TB pharmaco-résistante

- *Prise en charge des activités spécifiques du centre spécialisé TBMR d'Adzopé*

La gravité des formes résistantes de la TB a amené le PNLT à créer un centre spécialisé pour la PEC de ces cas. Toutefois au regard du nombre de patients à gérer le PNLT a retenu conformément aux recommandations de l'OMS de traiter tout patient TB en ambulatoire. Ainsi, le centre ne recevra que les malades dont l'état nécessite une hospitalisation de même que ceux présentant des effets secondaires graves lié à l'utilisation des médicaments antituberculeux. Le centre ainsi créé servira également de centre de formation sur la PEC de la TB-MR/UR.

2.3.1 : Reproduire et Diffuser les outils de PEC des malades TBMR/UR

2.3.2: Assurer les frais de mission des membres de l'équipe de transfert des malades du CAT d'origine vers le CAT d'Adzopé, 02 personnes (chauffeur+ IDE ou Médecin) pour 01 nuitée. 04 transferts par mois

2.3.3 : Assurer les frais de mission des membres de l'équipe de transfert pour le retour des malades du CAT d'Adzopé au CAT d'origine, 02 personnes (chauffeur+ IDE ou Médecin) pour 01 nuitée. 04 transferts retour par mois

2.3.4 : Assurer les frais de missions des Pneumologues des PPH pour la prise en charge des malades TBMR à leur admission au CAT d'Adzopé (01 personne pendant 02 nuitées)

2.3.5 : Assurer les frais de mission des Pneumologues du PPH pour la supervision trimestrielle du CAT d'Adzopé (02 personnes pendant 03 nuitées)

2.3.6 : Doter le CAT d'Adzopé de produits décontaminant pour l'ambulance et les chambres d'hospitalisation (PM)

2.3.7 : Assurer la restauration des malades TBMR hospitalisées au CAT d'Adzopé, (03 repas par jour)

2.3.8: Elaborer un contrat de prestation de service de restauration des malades TBMR hospitalisés au CAT d'Adzopé

2.3.9: Elaborer un contrat de prestation de service des pompes funèbres de l'Hôpital Général d'Adzopé en cas de décès des malades TBMR hospitalisés prenant en compte les modalités des frais de transfert

2.3.10 : Elaborer une fiche de consentement éclairé à signer par les parents des malades TBMR admis au CAT d'Adzopé prenant en compte les conditions d'hospitalisation, les restrictions de visites et les dispositions en cas de survenue de décès du malade TBMR

Intervention 2.4 : Lutte contre les comorbidités

Une étude opérationnelle réalisée par le programme a permis d'identifier les comorbidités et facteurs de risque qui influencent le succès du traitement (Anémie, VIH, Diabète, HTA, Insuffisance rénale, troubles mentaux, lésions radiologiques multifocales, insomnie, Asthme).

Pour le Diagnostic et la prise en charge de ces comorbidités, le PNLT va acquérir le matériel suivant:

2.4.1 : Acquérir du matériel médical et intrants de laboratoire pour le diagnostic des comorbidités dans les CAT/CDT pour 50 % des patients (400 hémoglobinomètres, 400 glucomètres, 37 automates de biochimie et d'hématologie, 400 tensiomètres)

Intervention 2.5 : Soutien aux patients

Les patients tuberculeux ont toujours bénéficié de diverses mesures de soutien tout au long de leur prise en charge. Ces mesures visent à réduire les coûts catastrophiques liés à la tuberculose et améliorer l'adhésion au traitement. Elles vont se poursuivre à travers 2 types de prestation. D'une part, la subvention des certains actes médicaux tels que la consultation, la radiographie dans les Centres Antituberculeux, la microscopie, la culture, le GeneXpert et les médicaments antituberculeux. D'autre part, les appuis au transport, appuis alimentaires et nutritionnels dont bénéficient certains malades tuberculeux. Ces appuis vont concerner les patients TB-MR/UR : 583 en 2021, 603 en 2022, 617 en 2023, 631 en 2024, 646 en 2025 et les prisonniers.

2.5.1 : Approvisionner mensuellement en KIT alimentaires (sac de riz, huile.....) les malades de la tuberculose pharmaco-résistante (TBMR, XDR) pendant toute la durée du traitement

2.5.2 : Approvisionner mensuellement en KIT alimentaires (sac de riz, huile....) malades de la tuberculose chez les prisonniers pendant toute la durée du traitement

2.5.3 : Couvrir les frais journalier de transport (en raison de 1000F CFA par jour) des patients tuberculeux pharmaco-résistants (TBMR, XDR) pendant la durée du traitement

2.5.4 : Couvrir les frais des bilans pré thérapeutiques et de suivi des patients tuberculeux pharmaco-résistants sur la base de convention avec des laboratoires privés ou public dans chaque zone de coordination des CAT de l'intérieur

Axe stratégique 3 : ACTIVITES CONCERTEES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

Le PNLT et le PNLS y compris leurs partenaires ont mis en place un mécanisme de collaboration pour offrir l'accès à des services intégrés, assurer la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins aux malades co-infectés tuberculose/VIH. De ce fait, des organes nationaux de coordination sont mis en place au niveau central et au niveau déconcentré pour garantir une collaboration solide et efficace entre les programmes et pour offrir une base de coordination et une synergie entre les partenaires.

Le PNLT soutient le PNLS pour la mise en œuvre des trois « I » qui contribue à la réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Ce sont l'intensification du dépistage actif de la TB chez les PVVIH dont le taux était de 75% en 2018; le contrôle de l'infection tuberculeuse avec un nombre d'agents de santé ayant contracté la tuberculose qui est passé de 60 à 79 de 2015 à 2018 et la thérapie préventive à l'isoniazide qui a débuté en 2018 par une phase d'initiation sur 7 sites.

Le dépistage du VIH dans tous les CAT/CDT chez les patients diagnostiqués tuberculeux a connu une progression avec un taux qui est passé de 56 % en 2007 à 99 % en 2018. Aussi l'intégration des services de prise en charge de la tuberculose et du VIH a été renforcée avec une mise sous ARV à 96% et une mise sous Cotrimoxazole à 95% en 2017.

Défis :

- Redynamisation de la plateforme d'échanges entre acteurs de la prise en charge de la co-infection TB/VIH
- Amélioration du dépistage intensif de la tuberculose chez les PVVIH
- Extension de la TPI à tous les sites de la porte d'entrée du VIH
- Renforcement du suivi de la mise en œuvre du contrôle de l'infection tuberculeuse en milieu de soins et dans les établissements collectifs
- Amélioration de l'offre du dépistage à tous les patients tuberculeux et ceux présumés de tuberculose
- Amélioration de la mise sous ARV et sous CTX des patients co-infectés TB/VIH

Actions recommandées

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Redynamiser la plateforme d'échanges entre acteurs de la prise en charge de la co-infection TB/VIH aussi bien au niveau central qu'au niveau décentralisé- Améliorer le dépistage intensif de la tuberculose chez les PVVIH- Poursuivre l'extension de la TPI à tous les sites de prise en charge du VIH- Renforcer le suivi de la mise en œuvre du contrôle de l'infection tuberculeuse en milieu de soins et dans les établissements collectifs- Améliorer l'offre du dépistage à tous les patients tuberculeux et ceux présumés de tuberculose- Améliorer la mise sous ARV et sous CTX des patients co-infectés TB/VIH |
|--|

Intervention 3.1 : Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation de services intégrés tuberculose et VIH

3.1.1 : Organiser un atelier de Révision de 01 jour au cours du GTT TB/VIH au niveau central de 30 participants du document cadre de collaboration PNLT/PNLS et le fonctionnement du groupe de travail à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Central, régional et district y compris les communautaires) Cette révision vise à prendre en compte les communautaires dans le document cadre.

Le document révisé sera reproduit et diffusé.

3.1.2 : Organiser un atelier annuel de 03 jours de 30 participants pour l'élaboration d'un plan d'action conjoint tuberculose et VIH entre le PNLT, PNLS et les Partenaires de Mise en Œuvre clinique et communautaire

Ce plan va permettre de faire le suivi des activités conjointe TB/VIH.

3.1.3 : Organiser une réunion trimestrielle de 35 participants du comité élargi de lutte conjointe TB/VIH au niveau central

3.1.4 : Organiser une réunion semestrielle de 30 participants au niveau régional autour des CAT

Ces réunions sont présidées par le Directeur Régional de Santé autour des CAT et comprennent les médecins-chefs des CAT, les points focaux VIH, les infirmiers des CDT et les responsables communautaires.

Intervention 3.2 : Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et commencer rapidement le traitement antirétroviral (les trois I de la lutte contre le VIH et la tuberculose)

3.2.1 : Organiser 02 missions semestrielles de coachings des prestataires (Médecins, IDE, SFDE etc.) sur la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH sur 40 sites de PEC du VIH moins performants.

Le coaching vise à renforcer les capacités des prestataires sur le screening de la tuberculose et la prise en charge des cas présumés.

3.2.2 : Organiser 04 sessions annuelles de formation de 05 jours de 30 prestataires des services des structures de prise en charge des PVVIH sur la prise en charge de la tuberculose.

3.2.3 : Organiser 04 sessions de formation de 02 jours de 30 prestataires de santé sur la TPI par an

3.2.4 : Reproduire et diffuser les outils de gestions de la TPI (10 000 exemplaires de l'algorithme de diagnostic de la TB et de la prise en charge des PVVIH par TPI, 20 000 exemplaires de la Fiche de rapportage TPI, 20 000 exemplaires de la Fiche de suivi des PVVIH sous INH, 2 500 exemplaires du Registre de TPI chez les PVVIH)

3.2.5 Assurer l'intégration des modules de formation et des outils de gestion de la TPI dans les modules de formation et les outils de gestion VIH au niveau clinique et communautaire

3.2.6 : Reproduire et diffuser les documents de formation de la TPI (10 000 exemplaires du Guide Technique, 50 000 exemplaires de la Carte de Traitement TPI, 10 000 exemplaires du Cahier du Participant et 100 exemplaires du Cahier du formateur)

3.2.7 : Acquérir l'INH 100 et 300 pour le traitement de l'infection tuberculeuse latente chez les PVVIH dans les structures de prise en charge du VIH 8889 an 1 ;8602 an 2 ; 8642 an 3 ; 8742 an 4 ; 8691 an 5

3.2.8 : Acquérir la pyridoxine pour la gestion des effets secondaires dus à l'INH chez les PVVIH dans les structures de prise en charge du VIH 8889 an 1 ;8602 an 2 ; 8642 an 3 ; 8742 an 4 ; 8691 an 5

3.2.9 : Organiser une mission semestrielle conjointe PNLT/PNLS de 3 personnes pour le suivi de la mise en œuvre de la TPI sur les sites de prise en charge des PVVIH

3.2.10 : Organiser 04 sessions annuelles de formation de 05 jours de 30 prestataires de santé (Médecins, IDE, Sage femmes, TSL....) des structures de prise en charge de la tuberculose et du VIH sur le contrôle de l'infection tuberculeuse

3.2.11 : Organiser une mission annuelle d'un (01) jour par site sur 50 sites de prise en charge de la tuberculose et du VIH pour l'évaluation de l'application des mesures de contrôle de l'infection

3.2.12 : Organiser 01 mission annuelle de coaching sur le contrôle de l'infection des prestataires de santé des structures de prise en charge de la tuberculose et du VIH dont les agents de santé ont contracté la TB (5 sites)

3.2.13 : Organiser 02 missions d'analyse situationnelle et de mise en place des comités locaux de contrôle de l'infection tuberculeuse dans 30 structures de prise en charge du VIH et de la tuberculose

3.2.14 : Organiser 02 missions de suivi des activités de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures de prise en charge du VIH et autres établissements collectifs (Prison) par an

3.2.15 : Acquérir et mettre à la disposition de 375 structures de PEC de la TB, des équipements de protection (kit d'hygiène, masques chirurgicaux, APR) et du matériel pour la gestion des déchets sanitaires (sac poubelle)

3.2.16 : Reproduire et diffuser les matériels IEC (affiches, dépliants) sur les mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures de santé

Intervention 3.3 : Réduire la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux

3.3.1 : Approvisionner régulièrement tous les CDT/CAT (anciens et nouveaux) en réactifs et intrants de diagnostic rapide du VIH (PM)

3.3.2 : Recruter un consultant national pendant 15 jours ouvrés pour la révision des modules de formation sur la co-infection TB/VIH prenant en compte les nouvelles directives ARV

3.3.3 : Organiser 04 sessions par an de formation de mise à niveau des prestataires (Médecins et IDE) des CAT/CDT sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH de 30 participants sur 5 jours

3.3.4 : Organiser 02 sessions par an de formation de 30 infirmiers des CAT/CDT sur la délégation des tâches pour les soins et traitement du VIH chez les patients co-infectés TB/VIH en collaboration avec le PNLS

3.3.5 : Assurer l'approvisionnement régulier en ARV et en Cotrimoxazole des CDT/CAT (PM)

Axe stratégique 4 : TRAITEMENT PREVENTIF DES PERSONNES A HAUT RISQUE, VACCINATION CONTRE LA TUBERCULOSE ET LUTTE CONTRE L'INFECTION

La prévention de la tuberculose se fait actuellement en Côte d'Ivoire à travers la vaccination par le BCG chez les enfants dès la naissance, le contrôle de l'infection en milieux de soins et le traitement de l'infection tuberculeuse latente.

Le BCG se réalise dans les services de protection maternelle et infantile et les services sociaux. Le vaccin est acquis par le PEV et mis à disposition des services concernés. L'OMS recommande toujours la vaccination par le BCG dans les pays à haute endémicité tuberculeuse. Le contrôle de l'efficacité de la vaccination par l'Intradermo-Réaction (IDR) à la Tuberculine est actuellement assuré dans les CAT 3 mois après le BCG.

Plusieurs acteurs nationaux ont été formés sur le contrôle de l'infection tuberculeuse mais la mise en œuvre est insuffisante.

Le traitement de l'infection tuberculeuse latente est développé à ce jour pour 2 cibles au niveau du programme : les enfants de moins de 5 ans et les PVVIH nouvellement enrôlés aux soins.

Les populations à haut risque de tuberculose ont été parfois appelées populations clés ou populations vulnérables. Pour une meilleure compréhension, la classification suivante a été retenue. Elle est structurée de la manière suivante :

- *Les personnes davantage exposées à la tuberculose en raison de l'endroit où elles vivent ou travaillent* : les prisonniers, les agents de santé, les habitants des bidonvilles, les bouviers, les sujets contacts
- *Les personnes qui ont un accès limité à des services antituberculeux de qualité* : les orpailleurs clandestins, les mineurs, les habitants des zones d'accès difficile, les enfants en conflit avec la loi
- *Les personnes à risque accru de tuberculose à cause de facteurs biologiques ou comportementaux qui compromettent la fonction immunitaire* : les PVVIH, les diabétiques, les usagers de drogues, d'alcool et de tabac, les enfants malnutris, les femmes enceintes,

A ce jour le programme a mené des actions en faveur des prisonniers, des agents de santé, des habitants des bidonvilles, des sujets contacts, des habitants des zones d'accès difficile, des PVVIH, des diabétiques, des usagers de drogues, des enfants, des femmes enceintes, des malnutris.

Défis

- Identification des actions spécifiques pour la prise en compte de toutes les populations à haut risque de tuberculose ;
- Renforcement des activités de contrôle de l'infection aussi bien dans les établissements de soins que dans les populations vivant en promiscuité (prison, école, car climatisé, caserne militaire, etc.) ;
- Renforcement du traitement de l'infection tuberculeuse latente chez les enfants de moins de 5 ans et les PVVIH nouvellement enrôlés aux soins.

Actions recommandées

- Renforcer le dépistage et la prise en charge des populations à haut risque ;
 - Renforcer les activités de contrôle de l'infection aussi bien dans les établissements de soins que dans les populations vivant en promiscuité (prison, école, car climatisé, caserne militaire, etc.) ;
 - Renforcer le traitement de l'infection tuberculeuse latente chez les enfants de moins de 5 ans et les PVVIH nouvellement enrôlés aux soins.

Intervention 4.1 : Prise en charge des populations à haut risque

Le diagnostic de la TB dans les populations clés sera renforcé par des campagnes au sein de ces populations à partir de convoyage de crachat ou de réalisation de radiographie sur place. Pour ce faire, le PNLT va acquérir un camion radio disposant d'un logiciel de lecture et d'un outil de diagnostic moléculaire.

➤ **les prisonniers**

Un dépistage actif de la tuberculose à l'entrée de la prison et au cours de la détention se fait en routine avec un système de recueil et de convoyage de crachats vers les CAT. Cette activité est menée en collaboration avec le Ministère en charge de la justice (DAP).

4.1.1 : Acquérir un camion radio disposant d'un logiciel de lecture et d'un outil de diagnostic moléculaire pour le diagnostic de la tuberculose chez les populations à haut risque.

4.1.2 : Acquérir 20 000 films de radio annuellement pour le dépistage actif de la tuberculose (Quartiers précaires, sociétés minières, prisons)

4.1.3 : Organiser une campagne biannuelle de dépistage de la TB par la radiographie pulmonaire dans les MAC

4.1.4 : Organiser 02 missions semestrielles de suivi des activités de lutte contre la tuberculose en milieu carcéral (PM)

4.1.5 : Organiser 03 sessions de mise à niveau de 35 participants dans les MAC (IDE, ASC, garde pénitencier) sur la tuberculose pendant 03 jours

4.1.6 : Organiser 01 session de formation de 35 régisseurs sur les notions de base de la tuberculose pendant 02 jours

4.1.7 : Assurer les frais de convoyage des expectorations des MAC vers les CAT/CDT

➤ **les habitants des quartiers précaires**

Un dépistage actif par radiographie pulmonaire avec convoyage de crachat de cas présumés. Cette activité se fera en collaboration avec les acteurs communautaires en relation avec le PNLT et le service social de la mairie.

4.1.8 : Organiser 01 campagne trimestrielle de dépistage actif par la radiographie pulmonaire avec convoyage de crachat de cas présumés vers les CAT/CDT dans chacune des 13 communes d'Abidjan (4 communes par an)

➤ **les sujets contacts**

Cette activité sera menée avec les acteurs communautaires en relation avec le PNLT.

4.1.9 : Réaliser les enquêtes d'entourage pour la recherche active de la tuberculose au domicile du malade avec référence des cas présumés ou un convoyage de crachats vers les CAT/CDT

➤ **Les mineurs**

4.1.10 : Organiser une campagne biannuelle de dépistage de la TB par la radiographie pulmonaire dans les entreprises minières.

Cette activité sera menée avec le Ministère de l'industrie et des mines.

4.1.11 : Organiser 02 sessions annuelles de formation de 25 participants (PNLT, CAT, CDT) sur la lecture des clichés de radio pendant 03 jours.

➤ **les habitants des zones d'accès difficile**

Malgré la décentralisation menée par le PNLT ces dernières années, il persiste des zones d'accès difficiles où il n'existe aucune structure sanitaire. Ces zones pourraient contenir des foyers de TB qui alimentent les cas manquants. Les actions spécifiques proposées par le PNLT visent à prendre en compte cette problématique.

4.1.12 : Organiser 02 campagnes semestrielles de dépistage actif dans chaque zone CAT, par prélèvement et convoyage de crachat de cas présumés de la communauté vers les CAT/CDT.

Les sites sélectionnés pour mener ces campagnes sont ceux identifiés par le CAT.

➤ **les PVVIH (pour mémoire)**

Les activités collaboratives TB/VIH menées conjointement par le PNLT et le PNLS seront renforcées. Ces activités sont prises en compte la stratégie de lutte conjointe TB/VIH

➤ **les diabétiques**

La stratégie consistera à mettre en place un système de notification des cas de sujets diabétique ayant contracté la tuberculose dans les centres de diabétologie d'une part et le dépistage du diabète chez les patients tuberculeux dans les centres de PEC de la TB d'autre part. L'activité se mènera en collaboration avec le programme national de lutte contre les maladies métaboliques.

4.1.13 : Organiser 02 sessions de formation de 03 jours de 30 médecins/IDE des services de prise en charge du diabète pour la recherche active et le suivi de la tuberculose chez le diabétique

Deux sessions de formation de 30 participants de 03 jours sur l'identification de la tuberculose chez les sujets diabétiques et la prise en charge de la comorbidité diabète tuberculose seront organisées conjointement par le PNLT et le PNMNT à l'endroit des Médecins et IDE des Centres de Diabétologie.

4.1.14 : Organiser un atelier de 02 jours avec le PNMNT pour intégrer les items sur la recherche active de la tuberculose dans les outils de gestion du diabète

4.1.15 : Organiser 02 sessions de formation de 30 prestataires non médicaux des centres de diabétologie sur la TB pendant 02 jours

➤ **les usagers de drogues d'alcool, de tabac**

Le dépistage se fera par screening avec prélèvement et convoyage de crachats par des éducateurs de pairs vers les CAT/ CDT en collaboration avec Médecins du monde. Il est prévu l'intégration de la prise en charge de la tuberculose dans les cliniques d'addictologie (03 ASAPSU (Abobo, Gesco, Yao sehi), FSU COM Williamsville, la CASA).

4.1.16 : Organiser 02 sessions de formation de 30 prestataires (Médecins, IDE) des centres d'addictologie sur la détection et la référence des cas suspects vers les CAT/CDT pendant 03 jours

4.1.17: Organiser 02 sessions de formation de 30 membres des associations d'usagers de drogue, alcool, tabac sur la TB pendant 01 jour

4.1.18: Intégrer le diagnostic et le traitement de la TB dans le centre d'accompagnement et de soins en addictologie (CASA)

Ouvrir un CDT au CASA pour la prise en charge des cas dépistés. (PM)

➤ **les enfants**

Un algorithme de dépistage incluant la microscopie, le GenXpert, et la radiographie existe. Il sera reproduit et diffusé.

4.1.19 : Recruter un consultant pour la révision du guide de prise en charge de la tuberculose de l'enfant y compris les algorithmes de diagnostic et organiser un atelier de validation de 2 jours pour 40 personnes.

4.1.20 : Recruter un consultant pour la révision du module de formation sur la TB de l'enfant pour y inclure la lecture des clichés radiologiques, les notions clés sur le contrôle de l'infection, le mode de recueil des différents échantillons pour le diagnostic biologique (urines, selles, tubage gastrique, aspiration naso-pharyngée, expectoration spontanée), nouvelles stratégies thérapeutiques et organiser un atelier de validation de 03 jours de 30 participants.

4.1.21 : Organiser 02 ateliers de mise à niveau du pool national de 04 jours de 60 formateurs sur la TB pédiatrique

4.1.22: Organiser 04 sessions de formation de 30 participants des services de PEC de l'enfant sur la TB pédiatrique (Médecins généralistes et pédiatres des HG/CHR des 112 districts et des 4 CHU)

4.1.23 : Organiser 03 sessions annuelles de formation de 03 jours de 30 prestataires des CAT/CDT sur la PEC de la TB pédiatrique (an 1, an 2, an 3)

4.1.24: Organiser une réunion trimestrielle du comité technique de la TB pédiatrique au niveau central

Cette activité déjà menée au niveau central, sera prise en compte au niveau décentralisé par l'intégration de la thématique de la tuberculose pédiatrique dans les réunions GTT TB/VIH

4.1.25: Organiser 02 sessions Annuelles de formation de 30 acteurs des centres de réhabilitation nutritionnelle à la recherche active de la TB chez l'enfant, Atelier de 1 jour. (An 2, an 3)

4.1.26: Acquérir du matériel de prélèvement des expectorations dégluties chez l'enfant (Sonde nasogastrique, Compresse, Seringue 60 CC à bout conique, seringue 5 CC, Xylocaïne gel, sérum physiologique, Gant propre)

4.1.27 : Acquérir des appareils d'extraction de mucosités pour 37 CAT et 3 PPH et 100 CDT à haut volume de diagnostic de la TB de l'enfant

4.1.28 : Organiser 5 ateliers de formation d'un jour de 150 acteurs de santé à l'utilisation des appareils d'extraction de mucosités

4.1.29 : Organiser en collaboration avec la DIIS un atelier de 3 jours pour la révision du registre de consultation curative des ESPC afin d'intégrer les item sur la tuberculose

Intervention 4.2 : PEC de l'Infection Tuberculeuse Latente (ITL)

- **Poursuivre la thérapie préventive à l'isoniazide chez PVVIH (PM : IV-3-2) PM**
- **Poursuivre la thérapie préventive à l'isoniazide chez les enfants de moins de 5 ans contacts des sujets bacillifères**

L'infection tuberculeuse latente (Registre des cas contacts)

4.2.2: Acquérir des médicaments (INH 100mg) pour la prise en charge de l'ITL chez l'enfant. (5415 en 2021, 5719 en 2022, 5893 en 2023, 6064 en 2024 et 6232 en 2025)

Intervention 4.3 : Lutte contre l'infection (PM- Voir TBVIH)

Axe stratégique 5 : MOBILISATION DES COMMUNAUTES, DES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE ET DE TOUS LES PRESTATAIRES DE SOINS PUBLICS ET PRIVES

Au plan communautaire, le pays s'est doté en 2017 d'un le Plan Stratégique Nationale de la Santé Communautaire (PSN SC) 2017-2021. Ce document est un outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires. Les PMA des ASC et le paquet de motivation des ASC ont été définis.

Officiellement, deux (02) types d'ASC sont reconnus en Côte d'Ivoire : ASC coach et ASC de base. La rémunération mensuelle est de 30 000 F CFA et de 20 000 F CFA respectivement pour les ASC coach et les ASC de base.

Un cadre de concertation permanent sur les interventions de santé communautaire vient d'être créé pour renforcer la multisectorialité autour de la santé communautaire en Côte d'Ivoire.

Le volet communautaire est conduit par une ONG nationale dénommée Alliance-Côte d'Ivoire dans le cadre de la subvention Fonds Mondial.

Toutefois, Alliance-Côte d'Ivoire mène les activités au plan communautaire en concertation avec la coordination du PNLT (service communication suivi communautaire) et la Direction de la Santé Communautaire (DSC).

Pour la mise en œuvre des activités, Alliance-Côte d'Ivoire contractualise avec 3 ONG (APROSAM, Centre SAS et le COLTMR – CI) et à travers ses 2 Bureaux régionaux (Abidjan et Daloa) qui à leur tour recourent aux compétences de 17 petites organisations locales.

L'activité proprement dite est menée au niveau opérationnel par deux types d'acteurs : les ASC coach et les ASC de base. Les ASC coach sont au nombre de 329 et les ASC de base sont recrutés selon les besoins.

120 des ASC coach interviennent dans les CAT et gros CDT enregistrant au moins 100 malades par an, 28 dans les CDT enregistrant entre 51 et 99 malades par an et 155 ASC dans les CDT enregistrant entre 25 et 50 malades par an.

L'ASC coach encadre 5 à 10 ASC de base sous la supervision de l'équipe TB de l'ONG. La mission assignée aux ASC coach est de coordonner les activités des ASC de base, référer les patients TB vers les ASC de base de leur lieu de résidence pour le suivi et faire le conseil-dépistage VIH des cas présumés référés.

En milieu rural et périurbain, les ASC coach travaillent en étroite collaboration avec les ASC de base au niveau des différents villages d'où proviennent les malades dans les ESPC/ Centres de Traitement (CT).

Un PMA est défini pour chaque catégorie d'agent ([Voir Annexe](#)). Une cartographie des ASC de base pour chaque zone d'intervention est disponible.

D'autres acteurs sont mobilisés autour de la lutte antituberculeuse, notamment, ANADER, Commission Nationale des Droits de l'Homme Côte d'Ivoire (CNDH-CI), ARSIP, Médecins du Monde, la Confédération des Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI), les entreprises privées, les FSU Coms, l'Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire (ACPCI), le PNSSU et la DMOSS.

Défis

- Le renforcement de la collaboration entre la société civile et le système de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- L'augmentation des ressources (humaines, logistiques et de motivation des acteurs)
- La capitalisation de toutes les ressources et opportunités dans la communauté pour améliorer la sensibilisation, l'identification des personnes présumées malades, la référence et le soutien.
- Le renforcement de l'implication des patients dans les soins dans la réponse à la TB.
- Le développement d'une approche différenciée dans la prise en charge de la TB dans les zones à haute endémicité TB y compris Abidjan, les zones reculées et d'accès difficile
- Renforcement de la prise en charge des populations clés et vulnérables (UD, cas contacts, PVVIH, miniers, prisonniers, diabétiques, enfants...)
- La mise en place d'approches sensibles au genre, populations clés et droits humains
- Le renforcement de la communication et du plaidoyer dans la lutte contre la tuberculose.
- la surveillance à base communautaire de la TB

Actions recommandées

- Renforcer la contribution au dépistage de la tuberculose à travers les actions centrées sur les zones à haute endémicité TB notamment à Abidjan
- Intégrer les interventions de prévention et de prise en charge de la tuberculose dans les centres de santé autres que les CAT/CDT
- Renforcer la surveillance à base communautaire de la tuberculose
- Intensifier les activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés de TB dans la communauté avec l'implication des leaders communautaires et autres acteurs communautaires
- Etendre le suivi à tous les types de malades de la tuberculose
- Renforcer la collaboration avec la société civile
- Réviser la stratégie de suivi communautaire différenciée (adaptée à la cible, à l'endémicité de la zone d'intervention et l'environnement socio culturel)
- Développer des stratégies de communication différencierées (adaptée à la cible, à l'endémicité de la zone d'intervention et l'environnement socio culturel)
- Mettre en place un cadre multisectoriel de la lutte contre la TB en impliquant les célébrités, les médias, le secteur privé et les autres partenaires au développement
- Impliquer les anciens malades TB dans la prise en charge de la TB
- Mettre en place des stratégies innovantes pour la prise en charge des populations clés (UD, Prisonniers, femmes, enfants, travailleurs des mines.) sensible au genre, droits humains
- Accentuer le plaidoyer et la communication autour de la TB pour la mobilisation des ressources domestiques

Annexe (Directives opérationnelles TB)

❖ APPUI A LA NOTIFICATION DES CAS DE TUBERCULOSE

Intervention 5.1 : Intégration des activités de lutte contre la TB dans les centres de santé autres que les CAT/CDT (les centres de santé publics, cliniques privées, entreprises et autres secteurs (services de l'armée, de la gendarmerie, de la police nationale, des Douanes, des eaux et forêts, de la police maritime))

Compte tenu du poids important de la maladie à Abidjan, la stratégie consistera au dépistage systématique de tous les cas présumés de TB dans les centres de santé tant publics que privés non TB à travers un pré positionnement d'ASC. Ce dépistage se fera dans 100 structures de santé public et privées qui ne mènent pas actuellement la lutte contre la TB, elles seront identifiées dans tout le district d'Abidjan. (Port-Bouet :10, Koumassi : 10, Marcory :5,Treichville :5,Plateau :5, Adjamé :5, Attécoubé :5, Abobo :15, Anyama :5, Yopougon : 20, Bingerville :5,Cocody :10). Les ASC seront recrutées conformément aux procédures de la DSC et bénéficieront d'une prime de 60.000 F.

Pour l'intérieur du pays, des campagnes de dépistage seront organisées dans les villages et campements de porte à porte afin de ratisser tous les cas manquants liés à l'accès géographique et financier. Ces campagnes se feront avec la collaboration de l'ANADER ou toutes autres structures disposant de réseau d'acteurs communautaire sous la supervision direct d'un agent de santé.

Les cas présumés identifiés lors des campagnes bénéficieront d'un prélèvement de crachat qui seront convoyés vers le CDT/CAT le plus proche ou seront testés sur place à l'aide de l'outil LAMP TB

5.1.1 : Organiser 04 sessions de formation par an de 25 ASC pendant 03 jours

5.1.2 : Organiser 04 sessions par an d'un jour de sensibilisation et de plaidoyer de 50 participants pour l'intégration de la lutte contre la TB dans les centres de santé autres que les CAT/CDT

5.1.3 : Organiser 04 campagnes de dépistage actif de la TB dans le contexte de PEC multi maladies par CAT par an (84 an 1, 104 an 2 et 124 an 3)

Intervention 5.2 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés dans les Prisons avec une approche intégrée TB/VIH

5.2.1 : Organiser 04 séances annuelles de sensibilisation et d'éducation sur la tuberculose par MAC

5.2.2 : Organiser 01 session annuelle de 01 jour d'Information/sensibilisation de 30 personnels pénitentiaires des Maisons d'Arrêt et de Correction de Côte d'Ivoire sur le dépistage présomptif de la TB et la référence des cas de TB vers les CAT/CDT

5.2.3 : Acquérir 35 motos pour le convoyage des prélèvements collectés vers les CAT/CDT avec l'implication des Communautaires

5.2.4 : Distribuer des kits alimentaires et kits d'hygiène aux détenus des 35 MAC sous traitement TB /par mois

5.2.5 : Organiser une réunion semestrielle du comité paritaire sur les questions de la santé en milieu carcéral

Intervention 5.3 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés de TB dans les écoles, lycées et collèges sur les sites

5.3.1 : Organiser 02 sessions par an de 01 jour d'Information/sensibilisation de 50 personnels (enseignants, personnel administratif, membres des clubs santé des lycées et collèges) à la prévention de la tuberculose et à la référence des cas présomptifs de TB vers les CAT/CDT en collaboration avec la DMOSS

5.3.2 : Organiser 03 sessions annuelles de formation de 30 éducateurs de pairs de SSSU -SAJ sur la détection des cas présumés et référence des cas présomptifs de TB vers les CAT/CDT pendant 03 jours

5.3.3 : Organiser 01 campagne semestrielle de dépistage actif TB dans le contexte d'une campagne multi maladies dans 21 CREMOSS des établissements scolaires secondaires et 06 infirmeries de CAFOP

Intervention 5.4 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés TB dans les gares routières et marchés avec une approche intégrée TB/VIH

5.4.1 : Organiser 04 sessions de sensibilisation sur la TB de 200 responsables de gares (UTB : 40, SBTA : 15, AVS : 18, LABEL TRANSPORT : 12 ; MT Transport : 12, UTRAKO : 05, ST Transport : 05, TSF : 05) sur la TB pour sensibiliser les passagers sur la TB à travers du matériel audiovisuel

Intervention 5.5 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés dans les fumoirs avec une approche intégrée TB/VIH

5.5.1 : Organiser 01 session de formation de 25 leaders des associations de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme sur la TB afin de contribuer au screening verbal de la TB et à la référence des cas présumés vers les CAT/CDT

5.5.2 : Organiser 02 sessions de formation de 25 éducateurs de pairs de 10 associations d'usagers de drogues pour assurer les sessions de sensibilisation, de recherche des cas présumés et de convoyage des expectorations vers les CAT/CDT.

5.5.3 : Intégrer les activités TB lors des campagnes de sensibilisation multi maladies et de remise gratuite de Kits Réduction de risque (préservatifs, produits d'hygiène de la main...) dans les fumoirs

Intervention 5.6 : Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche des cas présumés de TB en milieu religieux et à l'endroit des chefs traditionnels/coutumiers et les PMT

5.6.1 : Organiser 01 session de formation de 01 jour de 50 leaders religieux membres de l'ARSIP sur les interventions de prévention et de prise en charge de la TB

5.6.2 : Diffuser des messages de sensibilisation sur la TB dans les lieux de culte

5.6.3 : Organiser 01 réunion trimestrielle d'encadrement et de suivi des Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) et des leaders des camps de prière

5.6.4 : Organiser 01 mission semestrielle de supervision formative conduite par les 112 points focaux district du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)

5.6.5 : Organiser 01 mission de supervision semestrielle des districts sur l'implication des praticiens de la médecine traditionnelle dans la lutte contre la tuberculose.

Intervention 5.7 : Mettre en place un système de convoyage systématique d'expectoration de crachat de 100 services de santé publics et privés non TB vers les services de diagnostic TB à Abidjan

5.7.1 : Organiser 04 sessions de formation de 01 jour de 25 ASC sur les techniques de collecte et de convoyage des expectorations

5.7.2 : Acquérir 100 glacières, 47 réfrigérateurs, 200 accumulateurs de froid pour le convoyage des échantillons

5.7.3 : Organiser 04 sessions de formation à l'an 1 de 03 jours de 100 prestataires des centres de santé sur la prise en charge de la TB

5.7.4: Organiser 11 sessions de formation de 03 jours de 308 agents de développement ruraux (ADR/ANADER) sur les techniques de collecte et de convoyage des expectorations

Intervention 5.8 : Appuyer le diagnostic et la prise en charge de la co-infection TB/VIH

5.8.1 : Organiser une session de formation d'un jour de 30 conseillers communautaires VIH, les groupes de soutien des pairs, les pairs éducateurs, les soignants au traitement préventif à l'isoniazide (TPI).

❖ APPUI A L'AMELIORATION DU SUCCES DU TRAITEMENT

Intervention 5.9 : Assurer le suivi communautaire des patients TB toutes formes, Bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, nouveaux cas et récidives

5.9.1 : Organiser 1 session par trimestre par CAT de groupes de parole animés par les anciens malades au profit des patients en traitement

5.9.2 : Intensifier les activités de recherche des PDV (visites à domicile, relance téléphonique, ETP...)

5.9.3 : Assurer 01 visite à domicile mensuelle pour un soutien psycho-sociale aux patients MDR/pré-XDR et XDR

❖ COMMUNICATION ET COORDINATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

Intervention 5.10 : Supports, messages et actions de communication pour les interventions communautaires

5.10.1 : Concevoir et diffuser des spots de sensibilisation sur la tuberculose en français et en langues locales sur les radios de proximité des 33 régions de Côte d'Ivoire (20 spots conçus et traduits et 17 820 passages/an durant 5 ans)

Vingt (20) spots seront conçus annuellement portant sur diverses thématiques aussi bien en français qu'en langues locales. Les langues couramment parlées seront retenues dans les localités respectives.

Ces spots seront diffusés à travers 17 820 passages annuels sur les radios de proximité ayant la plus large zone de couverture dans chacune des 33 régions. Sur chacune de ces 33 radios de proximité, 540 passages de spots seront annuellement assurés à raison 45 passages par mois.

Cette activité sera menée en collaboration avec l'Association des Radios de Proximité de Côte d'Ivoire.

5.10.2 : Concevoir et diffuser des émissions radiophoniques de sensibilisation sur la tuberculose en français et en langues locales sur les radios de proximité des 33 régions de Côte d'Ivoire (10 émissions conçues et traduites et 1 584 passages/an durant 5 ans)

Dix (10) émissions radiophoniques seront conçues annuellement portant sur diverses thématiques aussi bien en français qu'en langues locales. Les langues couramment parlées seront retenues dans les localités respectives.

Ces émissions seront diffusées à travers 1 584 passages annuels sur les radios de proximité ayant la plus large zone de couverture dans chacune des 33 régions. Sur chacune de ces 33 radios de proximité, 48 passages d'émissions seront annuellement assurés à raison 4 passages par mois soit 1 passage par semaine.

Cette activité sera menée en collaboration avec l'Association des Radios de Proximité de Côte d'Ivoire.

5.10.3 : Concevoir et diffuser des PAD de sensibilisation sur la tuberculose sur la RTI 1 (5 PAD conçus et 60 passages/an durant 5 ans)

Cinq (05) PAD seront conçus annuellement portant sur diverses thématiques aussi bien en français qu'en langues locales.

Ces PAD seront diffusés à travers 60 passages annuels sur la RTI 1 à raison de 5 passages par mois.

5.10.4 : Concevoir, reproduire et diffuser des affiches autocollantes de sensibilisation sur la tuberculose (100 000 affiches format A3/an durant 5 ans)

Il s'agira de renforcer l'affichage sur la tuberculose qui demeure insuffisant.

Les résultats des enquêtes CAP de 2012 et 2015 révèlent que le taux de personnes enquêtées exposées aux messages sur la tuberculose à travers les affiches était respectivement de 16, 9% et de 12%.

Annuellement seront conçues et reproduites 100 000 affiches autocollantes qui seront diffusées dans les centres de santé et les lieux publics sur l'ensemble du territoire national.

5.10.5 : Concevoir, reproduire et apposer sur les panneaux grands formats de 12 m² les affiches de sensibilisation sur la tuberculose (100 panneaux durant 30 jours d'affichage/an durant 5 ans)

Dans le cadre du renforcement de l'information et de la sensibilisation sur la tuberculose, 100 panneaux grands format seront loués dans le District d'Abidjan et des affiches y seront apposées durant 30 jours par an durant 5 ans.

5.10.6 : Doter les CAT, PPH, LNR et le PNLT de 55 kits de projection (TV Ecran plasma, Vidéoprojecteur, toile de projection)

Ce matériel sera mis à contribution pour exposer les usagers des CAT et des grands CDT aux messages sur la tuberculose.

Il sera également utilisé pour l'animation des séances de sensibilisation en communauté.

5.10.7 : Doter le PNLT d'un site web, de comptes Facebook, twitter et WhatsApp et assurer son fonctionnement et sa mise à jour continue durant cinq (05) an

Le recours aux réseaux sociaux en vogue particulièrement auprès des jeunes se présente comme une option idéale pour le renforcement de la communication sur la tuberculose.

5.10.8 : Assurer la couverture médiatique des activités majeures de LAT (2 activités majeures/mois durant 5 ans)

En référence au plan de travail du PNLT, 2 activités majeures planifiées seront sélectionnées en début de chaque mois et feront l’objet de couverture médiatique. Ceci permettra une meilleure médiatisation des actions du PNLT dont le volume important d’activités contraste à ce jour malheureusement avec la faiblesse de leur médiatisation.

5.10.9 : Reproduire et diffuser des boîtes à images (200 boîtes/an durant 5 ans)

5.10.10 : Recruter un consultant pour la revue du Plan Stratégique de Communication en matière de LAT en Côte d’Ivoire 2018-2020 (1 consultant national pendant 21 jours)

5.10.11 : Recruter un consultant pour l’élaboration du Plan Stratégique de Communication en matière de LAT en Côte d’Ivoire 2021-2025 (1 consultant national pendant 21 jours)

5.10.12 : Recruter un cabinet durant un mois pour la réalisation de deux (02) enquêtes CAP (en 2021 et en 2025)

5.10.13 : Organiser un gala annuel de mobilisation des ressources durant 5 ans

5.10.14 : Organiser les réunions statutaires de plate-forme multisectorielle de soutien à la LAT en Côte d’Ivoire

5.10.15 : Organiser annuellement la Journée Mondiale de Lutte contre la Tuberculose (JMT) durant 5 ans

Il s’agira d’organiser des activités de mobilisation sociale à l’occasion de la JMT dont une au niveau national qui tiendra lieu de cérémonie officielle et une au niveau de chaque région sanitaire.

5.10.16 : Concevoir et diffuser des spots de sensibilisation sur la tuberculose sur la RTI 1 (5 spots conçus et 180 passages/an durant 5 ans)

Cinq (05) spots seront conçus annuellement portant sur diverses thématiques aussi bien en français qu’en langues locales.

Ces spots seront diffusés à travers 180 passages annuels sur la RTI 1 à raison de 15 passages par mois.

Axe stratégique 6 : TUBERCULOSE ET DROITS HUMAINS

Malgré les garanties apportées aux populations générales et vulnérables pour l'accès à l'offre de santé par la constitution ivoirienne du 8 novembre 2016 (articles 9 et 32), l'accès aux soins des patients TB et des populations vulnérables du fait de la TB demeure insuffisant.

Selon l'étude sur l'évaluation des références sur les programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la TB (étude Fonds Mondial 2017) , les obstacles aux droits de l'homme constituent une barrière aux services de lutte contre la TB limitant la possibilité pour les personnes, surtout les populations clés, d'accéder aux services de prévention, de dépistage, de soins et traitements ainsi que d'autres services de santé sur la TB.

Les difficultés d'accès aux services TB par ces populations trouvent leur source dans la stigmatisation et la discrimination, les inégalités liées au genre, le faible niveau d'éducation juridique associées à la tuberculose et les connaissances insuffisantes des personnels de santé concernant les droits humains et l'éthique médicale.

Face à cette situation, le PNLT a mené depuis 2017 une forte décentralisation des services de prise en charge de la TB afin de permettre à tous les citoyens d'avoir accès aux soins.

La prise en charge des populations clés a été renforcée en termes de dépistage actif de la tuberculose dans les prisons, de prise en compte des UD, des enfants, des PVVIH et des diabétiques.

Par ailleurs, Alliance-Côte d'Ivoire en partenariat avec la Commission Nationale des Droits de l'Homme (CNDH-CI) a initié une campagne de promotion de la Charte des Patients tuberculeux ;

Une note circulaire stipulant la gratuité des soins en matière de tuberculose a été prise par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en 2015 ;

Le soutien alimentaire et un appui au transport est accordé aux malades TBMR.

Un appui alimentaire est également apporté aux détenus TB dans les MACs;

La stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS reconnaît la « protection et la promotion des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité » comme l'un des quatre principes essentiels pour mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose.

Dans son évaluation de référence sur les barrières sociojuridiques qui entravent l'accès aux services de santé conduite en 2017, le Fonds Mondial recommande pour chaque pathologie, VIH et TB, la mise en œuvre de programmes complets pour éliminer les entraves à l'accès aux services de santé.

Aussi, les interventions sur les droits humains en lien avec la TB doivent-elles s'articuler autour de 10 piliers essentiels recommandés par le Fonds Mondial et l'ONUSIDA. (**Voir annexe**)

Défis

- Renforcement et soutien des réseaux de communautés touchées par la tuberculose, les survivants de tuberculose et la société civile au sens large aux niveaux mondial, régional, national et local.
- Sensibilisation des autorités judiciaires à la mise en œuvre d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits de l'homme.
- Renforcement des capacités des législateurs, des décideurs et des administrateurs pour intégrer des réponses à la tuberculose fondées sur les droits humains dans les lois, les politiques et les pratiques
- Sensibilisation des agents de santé des secteurs public et privé à la nécessité d'intégrer dans leur travail une réponse à la tuberculose fondée sur les droits Humains
- Conduite des recherches qualitatives et quantitatives afin de générer une base de preuves de l'efficacité d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits de l'homme.
- Poursuite de la décentralisation des services dans les poches de silence sanitaire au niveau du pays
- Extension du soutien alimentaire et de l'appui au transport à tous les malades tuberculeux

Actions recommandées

- Réaliser une étude pour mesurer les couts catastrophiques liés en matière de LAT
- Mener une enquête sur l'index de stigmatisation et de discrimination des patients
- Poursuivre la décentralisation des services dans les poches de silence sanitaire
- Etendre le soutien alimentaire et l'appui au transport à tous les malades tuberculeux
- Renforcer les capacités du personnel de santé et des communautaires impliqués dans les interventions TB sur le respect des Droits humains et le genre
- Conduire des activités de plaidoyer, de communication sur les Droits Humains et le genre
- Renforcer les activités Droits Humains dans les prisons et autres lieux de détention

❖ REDUCTION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION

Intervention 6.1 : Conduite des recherches qualitatives et quantitatives afin de générer une base de preuves de l'efficacité d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits de l'homme

6.1.1 : Recruter un consultant pour réaliser une enquête sur l'index de stigmatisation et de discrimination des populations clés et patients TB

6.1.2 : Recruter un consultant pour réaliser une enquête sur l'évaluation de la qualité et de l'accessibilité des services VIH / TB / en prison **Formation des professionnels de santé et communautaires en matière de droits humains et d'éthique en lien avec la tuberculose**

Intervention 6.2 : Développement du programme de formation sur les DH et l'éthique en lien avec la tuberculose

6.2.1 : Recruter un consultant pour élaborer les modules de formation sur la stigmatisation, les droits de l'homme et l'éthique liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme pour professionnels de santé

6.2.2 : Recruter un consultant pour élaborer les modules de formation sur la stigmatisation, les droits de l'homme et l'éthique liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme pour acteurs communautaire et agents sociaux

6.2.3 : Organiser un atelier de formation de 03 jours de 25 formateurs sur la stigmatisation, les droits humains et l'éthique liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme

6.2.4 : Organiser 08 sessions de formation de 03 jours de 50 prestataires de soins sur la stigmatisation, la déontologie médicale, les droits de l'homme et l'éthique liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme

6.2.5 : Organiser 02 sessions de formation de 03 jours de 20 organisations communautaires sur les droits de l'homme et l'éthique liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme

6.2.6 : Organiser 10 sessions de formation de 03 jours de 50 ASC sur la stigmatisation, les droits de l'homme et l'éthique liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme

6.2.7 : Reproduire les affiches et dépliants sur les droits et devoirs des malades

❖ **SENSIBILISATION DES LEGISLATEURS, DES FONCTIONNAIRES DE JUSTICE ET DES AGENTS DES FORCES DE L'ORDRE**

Intervention 6.3 : Sensibilisation et formation des décideurs, des Officiers des hommes en uniforme, des responsables d'entreprise pour l'application des mesures liées aux droits de l'homme en matière de TB et VIH

6.3.1 : Organiser des campagnes de sensibilisation à travers les média sur les droits de l'homme et la stigmatisation à l'endroit de la population en matière de TB/VIH.

❖ **MOBILISER ET AUTONOMISER LES PATIENTS ET LES GROUPES COMMUNAUTAIRES**

Intervention 6.4 : Renforcement des moyens d'action des personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie par rapport à leurs droits

6.4.1 : Créer 27 groupes d'auto-support d'anciens patients TB pour sensibiliser les patients en traitement TB sur leurs devoirs et responsabilité en matière suivi du traitement

6.4.2 : Créer des activités génératrices de revenu en vue de l'autonomisation des anciens malades afin de garantir un état de santé adéquat PM

6.4.3 : Organiser 04 session de formation de 30 participants pendant 03 jours des animateurs des groupes d'auto-support des 27 CAT sur les thèmes des Droits Humains, du VIH et de la tuberculose, de la stigmatisation et de la discrimination, de l'estime de soi, de la prise de parole en public, de la transformation sociale, etc. à l'endroit des patients Tuberculeux

6.4.4 : Organisation de 01 réunion mensuelle des groupes d'auto-support par CAT sur des thématiques précises

Axe stratégique 7 : *SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE*

Le système d'information du PNLT est intégré dans le système national d'information sanitaire du pays. Il comprend trois niveaux : Périphérique, Régional et Central

La notification des cas de tuberculose est intégrée dans le système des maladies transmissibles à déclaration obligatoire.

Les outils de collecte et de rapportage sont standardisés et disponibles dans les structures de santé. Ces outils ont été adaptés aux nouvelles définitions de l'OMS en 2015. En 2018, les données communautaires ont été intégrées dans ces outils.

Les données sont saisies au service Suivi Evaluation sous format Excel. Par ailleurs, les données de la tuberculose ont été paramétrées dans le logiciel national DHIS2 en 2016 et le PNLT est inscrit dans un processus de transition vers la gestion des données TB uniquement via le DHIS2.

Le 10 juillet 2015, sur l'impulsion de l'OMS, le réseau WARN TB (West African Regional Network) a été créé. Le but du réseau est de contribuer au contrôle de la tuberculose à travers la traduction des résultats des études opérationnelles en politique. Les objectifs étant de faire l'état des lieux de la recherche sur la tuberculose et définir des orientations futures éventuelles de la lutte antituberculeuse dans nos pays. Sur recommandation de WARN-TB, le PNLT a mis en place une task-force.

Cette task force comprend 30 membres provenant du PNLT, des partenaires de mise en œuvre et de la communauté. La task force est financée par OMS/ Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases » (TDR) et la mission principale est de coordonner et contribuer à la mise en œuvre de toutes les activités des recherches opérationnelles du PNLT et faire le suivi de toutes les recherches sur la tuberculose en dehors du PNLT.

Défis :

- Mise en place de procédures standardisées de gestion des données de la tuberculose au niveau central, régional et district avec l'implication des chargés de surveillance épidémiologique (CSE)
- Mise en place d'un logiciel de gestion de dossier individualisé des patients atteints de tuberculose multirésistante et sensible (tracker)
- Connexion continue et de bonne qualité au réseau internet à tous les niveaux
- Intégration des données du secteur privé lucratif
- Révision des indicateurs de la tuberculose dans les outils nationaux
- Organisation de réunions trimestrielles de la task force
- Prise en compte des résultats des études réalisées sur la TB en dehors du PNLT

Actions recommandées

- Assurer une bonne gestion des données de qualité
- Organiser des Supervisions au niveau de la DGS et des régions
- Organiser des visites de suivi par le PNLT à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Assurer la disponibilité continue des outils de gestion
- Assurer une évaluation annuelle, à mi-parcours et à la fin du plan stratégique
- Assurer les recherches opérationnelles

Intervention 7.1 : Gestion des données

Cette intervention vise la mise à disposition à temps de données de bonne qualité. Pour une bonne gestion de ces données, il est important que les procédures standardisées soient mises à la disposition de tous les acteurs. Il s'agira d'élaborer ces procédures, de les diffuser et de s'assurer qu'elles soient bien comprises à travers des formations et des coachings.

Par ailleurs, conformément aux recommandations internationales, le PNLT procédera au paramétrage du dossier individuel du patient dans le DHIS2.

7.1.1 : Recruter un consultant pour l'élaboration du manuel de procédures sur la gestion des données de la tuberculose pendant 15 jours en collaboration avec la DIIS.

7.1.2 : Reproduire le manuel de procédures de gestion des données de la tuberculose et les diffuser à toutes les parties prenantes (PM)

7.1.3 : Organiser 06 ateliers de formation de 30 participants sur la gestion des données de la tuberculose. Il s'agira de former les 33 CSE de région, 112 CSE de district et les gestionnaires de données des CAT par pools régionaux. Les personnes ressources du suivi évaluation et de la DIIS seront les facilitateurs. Au total 6 pools régionaux seront organisés.

7.1.4 : Organiser un atelier de paramétrage du module de gestion de dossier individualisé des patients atteints de la tuberculose ou tracker dans le DHIS2 de 30 participants sur 5 jours

7.1.5 : Organiser 04 sessions de formation à l'endroit du personnel de la coordination du PNLT et des gestionnaires de données des CAT avec les Médecins Chef des CAT à l'utilisation du tracker sur 05 jours

7.1.6 : Organiser en collaboration avec la DIIS des missions de RDQA et de coaching sur l'utilisation du DHIS2 (données agrégées et tracker) (01 missions d'un jour par site sur 20 sites)

Une fois par an, le PNLT organisera des missions de RDQA et de coaching dans les CAT. Ces missions seront menées par le PNLT en collaboration avec les régions.

7.1.7 : Organiser 01 réunion trimestrielle de validation des données de la tuberculose au niveau des régions. (01 réunion de 02 jours par zone de coordination CAT)

Il s'agira d'organiser des réunions de validation des données dans chaque région. Un acteur de la coordination du PNLT participera à chaque réunion.

7.1.8: Doter les centres régionaux (CAT) d'une connexion continue et de bonne qualité au réseau internet.

Intervention 7.2 : Supervision

7.2.1 : Organiser un atelier de révision du guide de supervision de 25 participants sur 05 jours.

Il s'agira d'organiser un atelier pour réviser le guide de supervision (prendre en compte les nouvelles directives). Cette activité sera menée une seule fois sur la période du PSN. L'atelier se tiendra sur 05 jours. Tous les services du PNLT, 02 Médecins Chefs de CAT, la DIIS sont concernés par cet atelier.

7.2.2 : Organiser un atelier de validation du guide de supervision de 40 participants sur 03 jours.

Il s'agira d'un atelier de validation qui se tiendra sur 03 jours. Tous les services du PNLT, des Médecins Chefs de CAT, la DIIS et les partenaires techniques et financiers sont concernés par cet atelier.

7.2.3: Organiser des missions semestrielles de suivi des acteurs des CAT et des CDT (incluant les maisons d'arrêt et de correction et les structures privées à but lucratifs)

Intervention 7.3 : Disponibilité en outils de gestion

7.3.1 : Reproduire et diffuser les outils de gestion de la TB (**voir annexe**)

Intervention 7.4 : Evaluation

7.4.1 : Organiser par an une retraite bilan de 04 jours de 45 participants du PNLT pour rédiger le rapport annuel d'activités de la lutte contre la tuberculose

7.4.2 : Organiser 1 atelier bilan annuel de discussion et d'échanges de 05 jours de 70 participants sur le rapport annuel du PNLT avec le niveau régional

7.4.3 : Evaluer à mi-parcours en 2023 le plan stratégique national 2021-2025 (revue interne)

7.4.4 : Mener une évaluation finale en 2024 du plan stratégique national 2021-2025 (revue externe)

7.4.5 : Elaborer et valider en 2024 le plan stratégique national 2026-2030.

Intervention 7.5 : Recherche opérationnelle

7.5.1: Organiser une étude sur les coûts catastrophiques liés à la TB en Côte d'Ivoire avec l'appui d'un consultant

7.5.2 : Organiser une étude sur la prévalence de la TB en Côte d'Ivoire avec l'appui d'un consultant

7.5.3 : Recruter un consultant pour réaliser une étude sur la qualité des données TB en Côte d'Ivoire

7.5.4 : Organiser une enquête de pharmaco-résistance en Côte d'Ivoire en 2021

7.5.5 : Organiser des journées scientifiques annuelles sur la TB couplée à la journée mondiale de lutte contre la TB

7.5.6 : Organiser une réunion trimestrielle de la task force de recherche opérationnelle (Réunion de 30 personnes d'un jour)

7.5.7 : Former les acteurs de la lutte contre la tuberculose (Coordination du PNLT, CAT, PPH) à la recherche opérationnelle (05 personnes par an)

7.5.8 : Organiser une réunion trimestrielle du groupe scientifique d'appui (GSA) (Réunion de 30 personnes d'un jour)

7.5.9 : Recruter un consultant pour conduire une étude sur l'enquête d'entourage des cas contacts des sujets bacillifères

7.5.10 : Recruter un consultant pour conduire une étude sur les facteurs de non observance de la chimio-prophylaxie à l'INH chez l'enfant de 0 à 5 ans

7.5.11 : Recruter un consultant national pour conduire une étude sur la modification du régime court de la TBMR (sans molécules injectables)

Axe stratégique 8 : *POLITIQUE VIGOUREUSE DE SOUTIEN PRENANT EN COMPTE, L'AUGMENTATION DES RESSOURCES, LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE, L'ENREGISTREMENT DES FAITS D'ETAT CIVIL, LA PROTECTION SOCIALE ET LA REDUCTION DE LA PAUVRETE*

Les personnes atteintes de tuberculose et leurs familles sont souvent confrontées à des difficultés économiques en raison des coûts directs et indirects associés à la maladie et aux soins, y compris la perte de revenus, les dépenses de santé et les frais de transport.

Dès lors, des mesures de protection sociale doivent être engagées pour atténuer la charge liée à la perte de revenus et aux coûts non médicaux liés à la mise en place et à la poursuite des soins.

Afin de renforcer le volet de PEC sociale et sanitaire de la population, le gouvernement a mis en place la Couverture Maladie Universelle (CMU) à travers la **loi n°2014-131 du 24 mars 2014**. La CMU est un système national obligatoire de couverture du risque maladie financé par une cotisation forfaitaire de 1000 FCFA par mois et par personne.

Le suivi des indicateurs de la tuberculose nécessite la production des données de qualité. Toutefois, il est admis que la plupart des pays sous-développés ne disposent pas d'outils de notification fiable pour l'enregistrement des faits d'état civil. Un accent sera donc mis sur ces aspects en partenariat avec d'autres Ministères.

Défis :

- Renforcement de la contribution de l'Etat dans le financement de la LAT
- Développement de mécanisme d'enregistrement de tous les faits d'état civil au niveau national
- Prise en compte des malades tuberculeux dans tous les processus visant la gratuité des soins
- Autonomisation des anciens patients tuberculeux

Actions recommandées

- Engagement politique fort de l'Etat qui se traduira par des ressources humaines disponibles bien formées et des ressources financières suffisantes
- Mettre en place un mécanisme de soutien multisectoriel
- Elaborer un plan stratégique rigoureux consensuel, intégré dans le plan national
- Intégrer les centres de prise en charge de la tuberculose dans la CMU
- Mettre en place un mécanisme pour la notification obligatoire des cas de TB et l'enregistrement des faits d'état civil
- Mettre en place un mécanisme de protection social et de réduction de la pauvreté en faveur des patients tuberculeux

Intervention 8.1 : Engagement politique fort traduit par des ressources humaines disponibles bien formées et des ressources financières suffisantes

8.1.1 : Assurer la participation du personnel de la coordination du PNLT à des cours internationaux (suivi-évaluation à Dakar 03 participants, TB pharmaco-résistance au Niger 03 participants, pharmacovigilance au Maroc 03 participants, contrôle de la tuberculose au Benin 02 participants, mycobactériologie appliquée aux PNLT au Benin 02 participants, gestion de l'approvisionnement pharmaceutique au Burkina 02 participants, assurance qualité des médicaments au Ghana 03 participants)

8.1.2 : Assurer la participation du personnel de la coordination du PNLT à des stages d'imprégnation (hospitalisation des patients TBMR en Afrique du Sud 03 participants)

8.1.3 : Assurer la participation du personnel de la coordination à des conférences internationales (Assemblé Mondiale de l'ONU 02 participants, Assemblé Mondiale de l'OMS 02 participants, Assemblée Régionale Africaine de l'OMS 02 participants, Conférence Africaine de l'UNION sur la tuberculose 04 participants, Conférence Mondiale annuelle de l'UNION sur la santé respiratoire 04 participants)

8.1.4: Renforcer le financement de la lutte antituberculeuse (LAT) par l'Etat .Il s'agira de participer chaque année à la conférence budgétaire organisée par le Ministère de la santé

8.1.5 : Assurer une mobilisation financière en faveur de la LAT à travers des contributions internes et externes. Il s'agira d'organiser un atelier de mobilisation de ressources regroupant 50 participants en 01 jour

Intervention 8.2 : Mettre en place un mécanisme de soutien multisectoriel

Des cadres de collaboration multisectorielle sont mis en place dans 27 régions du pays. Au niveau central la mise en place se fera au cours d'une réunion qui regroupera 50 participants en 01 jour.

8.2.1 : Organiser une réunion de mise en place du mécanisme central de collaboration multisectorielle pour la lutte contre la TB sur 1 jour en raison de 100 participants

8.2.2 : Organiser un atelier pour l'élaboration d'un plan pour la mise en œuvre des activités du mécanisme central et des mécanismes régionaux sur 3 jours en raison de 30 participants

8.2.3 : Organiser 02 réunions semestrielles à tous les niveaux des différents mécanismes (50 participants pendant 01 jour)

Intervention 8.3 : Elaboration de plan stratégique rigoureux consensuel, intégré dans le plan national

8.3.1 : Mettre en œuvre le plan stratégique national de lutte contre la TB 2021-2025

8.3.2 : Organiser 01 atelier annuel de 05 jours de 40 participants pour l'élaboration du plan opérationnel annuel

Intervention 8.4 : Etablissement de lien entre la CMU et la LAT

8.4.1 : Organiser des missions de plaidoyer pour intégrer tous les besoins sanitaires liés à la TB dans la Couverture Maladie Universelle

Intervention 8.5 : Mise en place de mécanisme pour la notification obligatoire des cas de TB et l'enregistrement des faits d'état civil

8.5.1 : Organiser une rencontre avec le Ministère de l'Intérieur pour réfléchir sur les modalités de déclaration obligatoire des faits d'état civil (naissance, décès, mariage, divorce)

8.5.2 : Recruter un consultant pour mettre en place un système de codification des causes de décès

Intervention 8.6 : Mise en place de mécanisme de protection social et de réduction de la pauvreté en faveur des patients tuberculeux

8.6.1 : Mettre en place un cadre de collaboration avec le PNN et centres sociaux pour la prise en charge des cas de malnutrition, de soutien psycho-social, autres soutiens de patients TB

8.6.2 : Créer des activités génératrices de revenu (AGR) en collaboration avec le Ministères en charge de la famille, de la femme et de l'enfant, le Ministère des affaires sociales et le ministère de l'agriculture (ANADER)

ANNEXES

❖ Liste des rédacteurs

Nom et prénoms	Fonction	Structure	Contact (email, cell)
Dr KOUAKOU K. Jacquemin	Directeur Coordonnateur	PNLT	jacquemink@yahoo.fr 01 51 05 20
Dr SIDIBE Souleymane	Directeur Coordonnateur Adt	PNLT	souleymanesidib@yahoo.fr 01 51 05 46
Dr BAROUAN Marie Catherine	Chargé de programme TB, VIH, Hépatite	OMS	barouanma@who.int 49 40 17 68
Mr GOUANDA Patrice	CE/SAF	PNLT	gouada_patrick@yahoo.fr 03 17 75 74
Mr SIDIBE Aboubacar	RAF	PNLT	asidibe@pnlt.ci 43 84 84 70
Dr KONE Attoumounan Blaise	DGAHP	DGS	07 67 97 42
Dr GOORE BI Gooré Hyacinthe	Médecin Sce Formation	PNLT	hyacinthegaurhetbi@gmail.com 01 51 05 63
Dr YAPO Adja Beaudréa	Médecin Sce TB/VIH	PNLT	adjabeaudrea@gmail.com 53 42 76 01
Dr COULIBALY Tiépé Fatou	Médecin Sce Suivi & Evaluation	PNLT	Tiepe2003@yahoo.fr 43 84 84 75
Pr N'GUESSAN Kouassi Raymond	Médecin Biologiste	IPCI	nqueskr@gmail.com 07 89 42 75
Mr COULIBALY Ferilaha	Technicien biologiste	IPCI	coulferilahatb@yahoo.fr 07 54 67 55
Dr BAI Orsot Diane	Médecin	IPCI	orsottannabelle@gmail.com 07 35 41 67
Dr ADAGRA Guy Damien	Médecin Sce Laboratoire	PNLT	doc.adagra@gmail.com 43 84 84 66
Dr CISSE Bilaly	Médecin Sce Laboratoire	PNLT	bilal_cisse3@yahoo.fr 43 84 84 96
Mr ASSI Acho Hervé	Ingénieur Biologiste	PNLT	assiachoherve@gmail.com 53 42 75 90/01 40 94 64
Dr AMESSAN Gnagne Laurence	Médecin	PNLT	etilaure@yahoo.fr 01 42 42 44
Dr KOUAKOU Adadé Olivier	Médecin Sce TBMR	PNLT	adadeolivierk@gmail.com 43 34 34 43
Dr LOBOGNON Okou Privat	Médecin	PNLT	lobognonprivat@yahoo.fr 43 84 84 88
Dr DAGNOGO Epse SOUMAHORO Ramatou	Médecin	PNLT	dagnogoramatou@yahoo.fr 43 84 84 97
Dr KOUAME Amenan	Médecin Sce Communication	PNLT	kouameamenanh@yahoo.fr 43 40 40 89
Dr DIABY Moustapha	Médecin	PNLT	aima_ci@yahoo.fr 01 51 05 43
Dr YAA SIARA Eugénie	Pharmacienne Sce Appro	PNLT	siara_eugenie@yahoo.fr 43 84 84 75
Dr MORO N'da Lucie	Pharmacienne Sce Appro	PNLT	morondahlucie@gmail.com 43 84 84 82
Mr ATEKE Adjé Lazard	IDE	PNLT	lazardateke@gmail.com 73 59 21 65
Mme ABOUA Nicole	Gestionnaire de données	PNLT	aboanicou89@yahoo.fr 43 85 85 04

Nom et prénoms	Fonction	Structure	Contact (email, cell)
OULAI Ibodé Valéri	Informaticien	PNLT	valibode78@gmail.com 43 70 02 00
KOFFI Epse KONAN Amenan Brodjo	Gestionnaire de données	PNLT	brodjokoffi@yahoo.fr 08 78 06 03
Mr KIPRE Serge Roméo	Economiste Santé	PNLT	romeokipre@gmail.com 47 85 01 77
Mme TOUALY Sylvia	SFDE spécialiste ORL	PNLT	toualysyvia2@gmail.com 07 67 85 35
EKANZA Bossou	IDE Gestionnaire de données TBMR	PNLT	ekanzablaise@yahoo.fr 53 42 75 74
Mme BLEU Oulaï Dolores épse DIOMANDE	PGP	PNLT	oulaidolores@yahoo.fr 43 85 85 20
Mr DIANGONE BI Diangoné Maxime De	Assistant social	PNLT	mdjangone2@yahoo.fr 43 84 84 99
Mme KOYE Affia Marcelline	SE	PNLS	koye.marcelline@pnls-ci.com 47 55 60 21
Dr PITTA N'Guessan Moïse	Médecin Chef	CAT Adzopé	moisepitta@yahoo.fr 01 51 05 36
Dr GBITRY Zéga Rigobert	Médecin Chef	CAT Adjamé	rgbitry@gmail.com 01 51 07 64
Dr HAWERLANDER Denise	Médecin Chef	CAT Abobo	didicodjo.h@gmail.com 07 67 25 59
Dr LAGO N'Zi Marie Yolande	Chargé de projet CAP TB	EGPAF	yLAGO@pedaids.org 76 33 84 93
Dr TRA Bi Broaly Richmond	Médecin	DIIS	broaly@live.fr 48 36 23 72
KONE Daouda	Statisticien Analyste	DIIS	Kdaoudnab470@gmail.com 07 60 58 76
AKPENAN Epse Konan Philomène	ITS	DIIS	quediseko@yahoo.fr 44 74 25 65
Mme KOUADIO Adja Affoua	Sage-Femme spécialiste	DRHS	Affouaa1966@yahoo.fr 07 70 24 16
KONE Fatel	CSRSP	NPSP CI	f.kone@npsp.ci 06 72 92 65
Dr COULIBALY Ramata	Médecin	ONUSIDA	coulibalyra@unaids.org 47 31 93 20
ORI Raymond	Responsable VIH, TB	ANADER	raymondori@yahoo.fr 01 05 46 52
BOUGEARD Floriane	CRSM	Ambassade de France	floriane.bougeard@diplomatie.gov 20 20 75 91
Dr COULIBALY Oumar	Médecin	CNAM	oumar.coulibaly@ipscnam.ci 58 47 61 73
YAO Kouakou Franck Hervé	Economiste de la santé	DPPEIS	franckyaobethel@gmail.com 68 27 06 12
Pr KOFFI N'Goran Bernard	Président SIPP	PPH CHU Cocody	koffingoranb@yahoo.fr 07 88 04 01
Pr BAKAYOKO Alimata	Pneumologue	PPH TREICVILLE	sandia211@hotmail.com
Pr OUASSA Timothée	Pharmacien biologiste	CeDReS	timouassa@yahoo.fr 02 50 00 78
SANSAN Kambou Edouard	Responsable Programme TB	ALLIANCE CI	edouard.sansan@ansci.org 06 80 81 81

Nom et prénoms	Fonction	Structure	Contact (email, cell)
Mme ASSEMIEN Ouattara Jeanne d'Arc	DRCP	ALLIANCE CI	jeannedarc.assemien@ansci.ci 06 90 00 69
GUEU Alexis	Directeur des programmes	ALLIANCE CI	alexis.gueu@ansci.org 04 32 75 07
TRIKA Koukoua Constant	CSE	ALLIANCE CI	constant.trika@ansci.org 04 70 40 24
ZADI Logbo Sylvain	Chargé de programme TB	ALLIANCE CI	sylvain.zadi@ansci.gov 06 55 00 07
Mme BOLOU Michelle épse DADI	Chargée de programme DH	ALLIANCE CI	gobamic@yahoo.fr 54 51 11 05
MBO Gérôme	Chargé de programme TB	ALLIANCE CI	gerome.nbo@ansci.org 05 89 02 19
KAMARA Mamey	Chargée de communication	ALLIANCE CI	mamey.kamara@ansci.org 06 40 30 35
N'DRI Bepha	Personne ressource	ARSIP	bephandry@yahoo.com 41 04 66 30
ASSA Kouadjané René	CSE	COLTMR	renassa07@yahoo.fr 05 31 41 66
NDRI Claude Arsène	Responsable plaidoyer	MDM	advocacy.cotedivoire@medecinsdumonde.net
KOUADJO Juliane Denise	Superviseur des activités	MDM	smsup.rdr.cotedivoire@medecinsdumonde.net
DIOMANDE Masseni	Médecin coordinatrice médicale	MDM	medco.cotedivoire@medecinsdumonde.net
Mathieu HIE	Responsable des activités terrain	MDM	cm.rdr.cotedivoire@medecinsdumonde.net
WOGNIN Kraibouet Venance	Consultant	OMS/ DIIS	wogninvenance@yahoo.fr 07 15 65 29
MASUMBUKO Jean Marie	Consultant	ONUSIDA	masumbukojm@gmail.com 77 30 53 02
KONE Bognan	Assistante chargée de programme	CECI	kbognan@yahoo.fr 07 39 35 99
BIEMI Guy Alain	Responsable VIH/TB	CECI	guyalainbiemi@yahoo.fr 07 08 32 96
SYLLA Ahoua	Directeur Exécutif	CNACI	ahouasylla@yahoo.fr 59 00 67 03
SORO Karim	Responsable Technique et de la	CNACI	sorokarime@gmail.com 07 50 43 81
CISSE Siriki	RAF	CNACI	csiriki71@gmail.com
OUATTARA Donitchin	Chargé suivi évaluation	COLTMR	odouim@hotmail.fr 08 43 72 83
KAMAGATE Mamadou	Président	ONG Flambeau	ongflambeau@yahoo.fr 06 29 52 13
Daniel OKOU	S/Directeur	DSC	07 69 62 66
Dr TOKOU Kacou Armand	Médecin	DSC	armandkt@hotmail.fr 09 93 63 59
Dr BANGALI Maïka	Médecin	PACCI	maika.bangali@pac-ci.org 71 10 20 11
Dr BOBY Bernadette	Médecin, chargé de programme TB/RSS	CCM CI	bernadetteboby@ccm.ci 03 49 83 85
Dr VE née TANO Annick	Médecin	INSP	tanoannick@gmail.com 07 90 82 91

Nom et prénoms	Fonction	Structure	Contact (email, cell)
Dr BAKANDE Segnet Serge	Médecin	PNSSU-SAJ	bakserge@gmail.com 07 99 65 13
DAKOURI Armand	Directeur exécutif	ACPCI	dakouriarmand01@yahoo.fr 02 50 62 28
Dr BONI Bouadi	Pharmacien	PNDAP	bonibouadi@outlook.com 65 96 84 57
Dr AGUIA Landry	Médecin	PNDAP	Aquiaql79@gmail.com 06 55 00 07
Dr VLEHI N'Zi Annick	Médecin	UCP-FM	annick.vlehi@ucp-fm.ci 40 49 99 47
DIRAGBOU Célestine	Secrétaire	PNLT	diragboucelestine@yahoo.fr 43 84 84 72
TRA Lou B. Janet	Secrétaire	PNLT	tbijoudejanet@gmail.com 53 42 75 99
DIARRASSOUBA Issouf	Chauffeur	PNLT	51 64 46 90 / 01 13 03 71
ZOUZOU Kouamé Kan Camille	Chauffeur	PNLT	53 42 75 73

Bibliographie

<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/cote-d-ivoire/presentation-de-la-cote-d-ivoire>

<https://www.presidence.ci/presentation-ci>

2018_human_development_statistical_update_fr.pdf

<https://www.banquemonde.org/fr/country/cotedivoire/overview>

Population totale (25 122 708 hbts en 2018, RGHP)