

**MINISTERE DE LA SANTE ET  
DE LA POPULATION**



**REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

Unité-Dignité-Travail

# **PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE**

**PERIODE 2017-2023**

**Mars 2020**

**LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES** 4

**SIGLES ET ABREVIATIONS** 5

**PREFACE** 6

**AVANT-PROPOS** 7

**REMERCIEMENTS** 8

**RESUME EXECUTIF** 9

**INTRODUCTION** 10

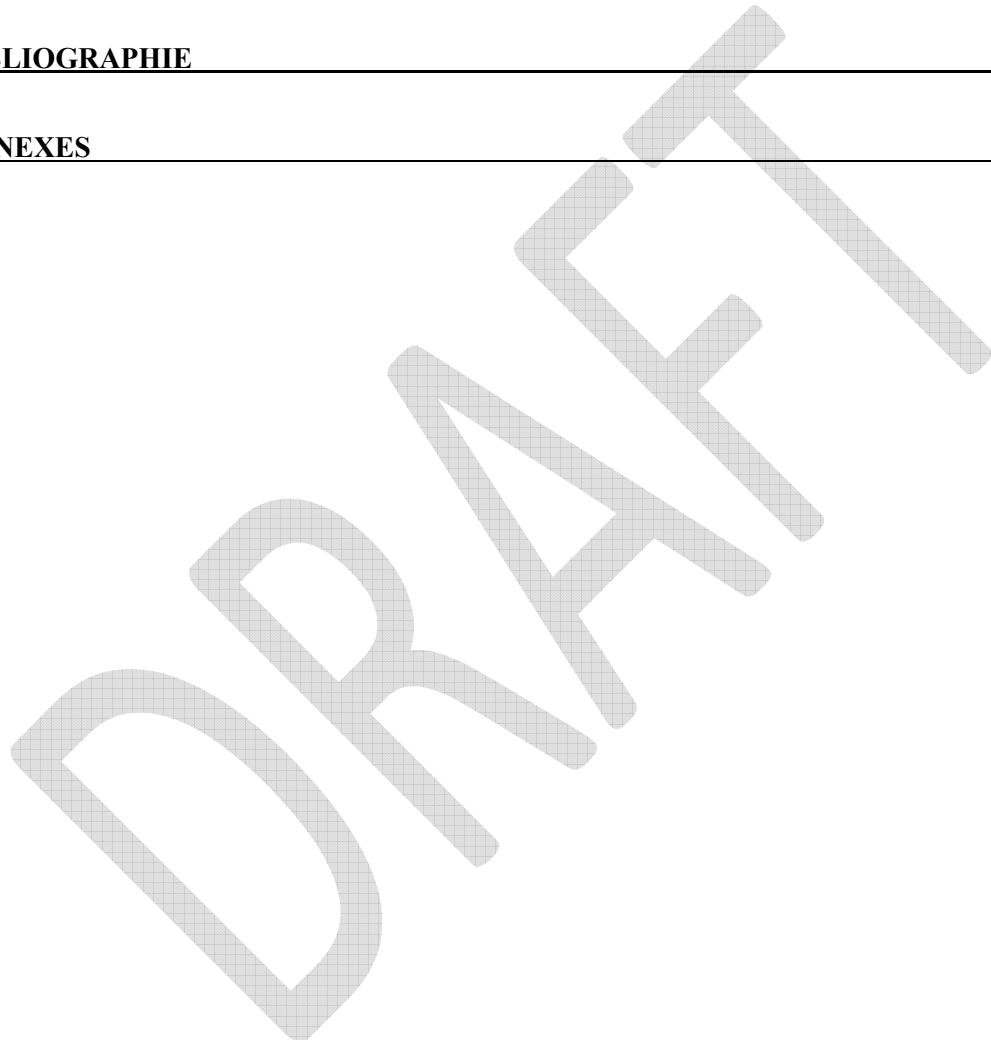
**I. PROCESSUS DE RELECTURE DU PSN-TB** 11

**II. ANALYSE DE LA SITUATION** 11

<b>II.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIVE</b>	<b>11</b>
<b>II.2. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES</b>	<b>12</b>
<b>II.3. CONTEXTE POLITIQUE ET SOCIOECONOMIQUE</b>	<b>12</b>
<b>II.4. CONTEXTE SANITAIRE</b>	<b>14</b>
<b>II.5. ORGANISATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE</b>	<b>17</b>
<b>II.6. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE</b>	<b>19</b>
II.6.1. CIBLES DE LA LUTTE CONTRE LA TB	19
II.6.2. PREVALENCE DE LA TB	19
II.6.3. MORTALITE TB	19
II.6.4. INCIDENCE DE LA TB	20
II.6.5. DISTRIBUTION TEMPORELLE ET GEOGRAPHIQUE DES CAS TB NOTIFYIES	21
II.6.6. TAUX DE DECLARATION PAR SEXE ET PAR CLASSE D'AGE	27
<b>II.7. TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT</b>	<b>28</b>
<b>II.8. POPULATIONS CLES POUR LA TUBERCULOSE</b>	<b>30</b>
II.8.1. ENFANTS DE 0 A 15 ANS	30
II.8.2. LES PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE	30
II.8.3. PERSONNEL DE SANTE	31
II.8.4. PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	31
II.8.5. MINORITES PYGMEES ET PEUHLS	31
II.8.6. MINIERS	31
II.8.7. DEPLACEES INTERNES	31
<b>II.9. COINFECTION TUBERCULOSE/VIH ET AUTRES COMORBIDITES</b>	<b>31</b>
II.9.1. COORDINATION DES ACTIVITES CONJOINTES TB/VIH ET INTEGRATION DES SERVICES	31
II.9.2. REDUCTION DE LA CHARGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	32

II.9.3. REDUCTION DE LA CHARGE DU VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX	32
II.9.4. AUTRES COMORBIDITES	34
<b>II.10. TUBERCULOSE PHARMACO-RESISTANTE</b>	<b>35</b>
II.9.1. TAUX D'INCIDENCE DE LA TB MULTI-RESISTANTE	35
II.9.2. DEPISTAGE ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE MULTI-RESISTANTE	35
<b>II.11. RESULTATS DES MISES EN ŒUVRE</b>	<b>36</b>
II.10.1. RESULTATS THERAPEUTIQUES DE LA TUBERCULOSE PHARMACO-SENSIBLE (TB-PS)	37
II.10.2. RESULTATS DE TRAITEMENT DES CAS DE TUBERCULOSE DEJA TRAITES A L'EXCLUSION DES RECHUTES ENREGISTRES	38
II.10.3. RESULTATS DE TRAITEMENT DES CAS TB/VIH	38
II.10.4. RESULTATS DU TRAITEMENT DES CAS DE LA TUBERCULOSE PHARMACO-RESISTANTE (TB-PR)	38
<b>II.12. ENVIRONNEMENT DU PROGRAMME</b>	<b>39</b>
II.11.1. FINANCEMENT DU PROGRAMME	39
II.11.2. COUVERTURE EN SERVICE DE LA TB	40
II.11.3. IMPLICATIONS DE LA COMMUNAUTE, DE LA SOCIETE CIVILE, DU SECTEUR PRIVE, CONFESIONNEL ET ONGS	40
II.11.4. GESTIONS DE MEDICAMENTS	41
II.11.5. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE	42
II.11.6. SUPERVISION DES ACTIVITES	43
II.11.7. ACTIVITES DE FORMATIONS	44
II.11.8. IEC, CCC	44
<b>II.13. ANALYSE DES FORCES, DES FAIBLESSES PAR COMPOSANTE DE CHAQUE PILIER</b>	<b>44</b>
II.11.1. SOINS ET PREVENTION INTEGRES, CENTRES SUR LE PATIENT	45
II.11.2. POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTEMES DE SOUTIEN	46
II.11.3. INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION	48
<b>II.14. ANALYSE OPPORTUNITES ET DES MENACES POUR TOUS LES TROIS PILIERS</b>	<b>48</b>
 <b>III. ANALYSE DES LACUNES DU PROGRAMME</b>	<b>49</b>
 <b>IV. PLANIFICATION STRATEGIQUE 2021-2023</b>	<b>54</b>
 <b>IV.1. PRINCIPES DIRECTEURS</b>	<b>54</b>
 <b>IV.2. VISION</b>	<b>54</b>
 <b>IV.3. MISSION</b>	<b>54</b>
 <b>IV.4. BUT</b>	<b>54</b>
 <b>IV.5. OBJECTIFS ET INTERVENTIONS</b>	<b>54</b>
 <b>IV.6. CADRE LOGIQUE DES OBJECTIFS, INTERVENTIONS, CIBLES ET ACTIVITES</b>	<b>55</b>

<u>V. PLAN OPERATIONNEL</u>	<u>0</u>
<u>VI. PLAN DE SUIVI ET EVALUATION</u>	<u>9</u>
<u>VII. PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE</u>	<u>16</u>
<u>VIII. PLAN BUDGETAIRE</u>	<u>17</u>
<u>IX. PLAN DE PREPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE</u>	<u>21</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>22</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>23</u>



## Liste des tableaux et des graphiques



## Sigles et abréviations

PIS	Plan intérimaire du secteur de la santé
RNALT	Réseau national des associations de lutte contre la tuberculose
RNAT	Réseau national des anciens tuberculeux
TB	Tuberculose
TB-MR/RR	
TB-PR	
FFOM	Forces, faiblesses, opportunités et menaces
BCR	Bureau central de recensement
MSP	Ministère de la santé et de la population



## Préface



## **Avant-propos**



## **Remerciements**



## Résumé exécutif



## **Introduction**

La tuberculose, maladie transmissible, est une cause importante de mauvaise santé, l'une des 10 premières causes de décès dans le monde et la première cause de décès due à un seul agent infectieux (avant le VIH/sida).

À l'échelle mondiale, on estime qu'environ 10 millions de personnes (marge d'incertitude : 9,0-11,1 millions) ont contracté la tuberculose en 2018, nombre qui est resté relativement stable au cours des dernières années. La charge de morbidité varie considérablement d'un pays à l'autre, allant de moins de cinq à plus de 500 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an, la moyenne mondiale étant d'environ 130 nouveaux cas.

Selon les estimations, 1,2 million de décès dus à la tuberculose (entre 1,1 et 1,3 million) ont été enregistrés chez les VIH négatifs en 2018 (soit une réduction de 27 % par rapport aux 1,7 million de décès enregistrés en 2000), et 251 000 décès supplémentaires (entre 223 000 et 281 000) chez les VIH-positifs (soit une réduction de 60 % par rapport aux 620 000 décès enregistrés en 2000).

La République Centrafricaine fait partie des 30 pays à forte charge de la tuberculose (TB) dans le monde à cause de l'incidence encore très élevée de la maladie. En effet, la tuberculose représente un défi majeur avec 25 000 (16000-36000) cas incidents estimés par l'OMS soit 540 cas pour 100000 habitants en 2018<sup>1</sup>, 7900 (5500-1100) décès, 6600 (4200-9400) cas de coïnfections VIH/TB et 180 (100-270) cas de tuberculose multi-résistante.

Le pays a élaboré plusieurs PSN, le dernier en cours couvre une période de mise en œuvre de 2017 à 2021. Compte tenu du contexte socio-politique marqué par des conflits armés, ce PSN a connu comme particularité l'intégration d'un plan de contingence pour des situations d'urgence.

A l'annonce du cycle de financement 2020-2022 du Fonds mondial pour lequel le pays devra soumettre une demande combinée VIH/TB dans le type d'examen complet basée sur les priorités du pays issues du PSN-TB et d'autres documents nationaux pertinent tel que le PIS, il s'est avéré important de relire le présent PSN 2017-2021 pour les principales raisons suivantes :

- Réexaminer les priorités du PSN sur la base des dernières recommandations des revues à savoir la revue rapide et stratégique des trois programmes VIH/sida, tuberculose et paludisme (août 2019) ; et la revue épidémiologique de la tuberculose (23 septembre-05 octobre 2019) ;
- Réexaminer les priorités du PSN dans le cadre d'un dialogue pays ouvert à l'occasion de la soumission de la nouvelle demande du pays au Fonds mondial qui devrait aussi couvrir les processus de développement des différents documents normatifs des programmes de lutte contre les trois maladies ;
- Faire une extension sur la base de la planification des deux dernières années restantes 2020-2021 du PSN sur les deux autres années 2022-2023 qui seront couvertes par la mise en œuvre de la prochaine subvention 2021-2023 du Fonds mondial au pays.

Le présent PSN relu pour couvrir la période 2017-2023 est aligné au plan national sur le Plan intérimaire du Secteur de la santé, au plan régional sur Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine (UA) sur le VIH et le Sida, la Tuberculose et les autres maladies infectieuses à Abuja en 2001 et au plan mondial sur la stratégie mondiale de l'OMS « Mettre fin à la tuberculose », sur la poursuite de l'atteinte des Objectifs 90-(90)-90 du Plan mondial 2018-2022 pour éliminer la tuberculose et sur les Objectifs de développement durable (ODD) en prenant en compte les cibles de la réunion de Haut niveau tenu à New York en septembre 2018.

<sup>1</sup> WHO, Global tuberculosis report 2019.

## I. Processus de relecture du PSN-TB

La Décision de relecture du PSN TB 2017-2021 était prise en consensus par le Ministère de la santé, le CCM/RCA et d'autres parties prenantes y compris le Réseau national des anciens tuberculeux (RNAT) et le Réseau national des associations de lutte contre la tuberculose (RNALT).

A l'issue de cette décision, il a été instruit la constitution d'un groupe de travail de relecture du PSN TB 2017-2021, y compris de la rédaction de la demande combinée VIH/TB à soumettre au Fonds mondial pour le prochain cycle de financement 2021-2023. Ce groupe de travail a été entériné par une note de service du Ministre de la santé n°06/MSP/DIRCAB/DGELM/DLMT.19 du 20 janvier 2020 et approuvé par l'Assemblée générale du CCM du vendredi 24 janvier 2020.

Cette relecture du PSN TB 2017-2021 s'est faite dans des ateliers (du 05 au 09.02.2020 et du 2 au 8.03.2020 à Boali) de groupe technique restreint et de présentation des résultats pour validation dans des ateliers (09.03.2020) de participation élargie.

L'atelier de validation du PSN TB 2017-2023 a eu lieu du .....au..... avec les différentes parties prenantes pour la lutte contre la tuberculose. Les principales recommandations sont prises en compte dans le présent document.

La méthodologie s'est basée sur :

- La revue des documents nationaux et internationaux entre autres les rapports d'évaluation des différentes composantes du programme par des consultants externes au cours de l'année 2018-2019, et celui de la revue des 3 programmes (TB/VIH/Paludisme) en 2019.
- L'analyse des données du PNLT à travers le rapport de la revue épidémiologique TB réalisée en 2019 avec l'appui de l'OMS.
- Des réunions de relecture du PSN par le groupe technique mis en place avec l'appui du CCM et des partenaires habituels du PNLT dont l'OMS.
- Des rencontres/réunions de travail avec les différentes parties prenantes (des intervenants aux différents niveaux du PNLT, des partenaires du Programme, des représentants de la Société Civile et du CCM ainsi que des bénéficiaires des services et soins de santé) de la lutte antituberculeuse pour enrichir la mise à jour de l'analyse FFOM et de discuter des orientations stratégiques à prioriser.

## II. Analyse de la situation

### II.1. Situation géographique et administrative

La République Centrafricaine (RCA), pays enclavé, couvre une superficie de 623 000 km<sup>2</sup> et est limitée au Nord par le Tchad, au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo, à l'Est par la République du Soudan et le Soudan du Sud et à l'Ouest par le Cameroun.

Sur le plan de découpage administratif, le pays est subdivisé en sept Régions, 16 Préfectures, 177 communes et environs 8302 villages.

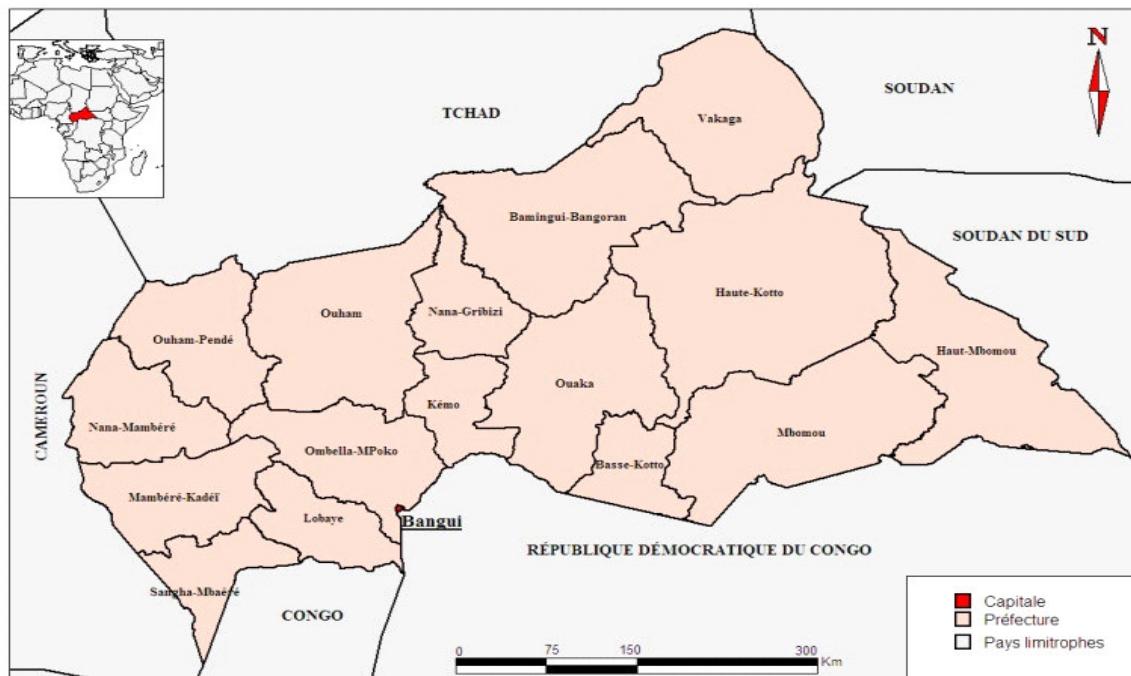


Figure 1 : Carte administrative de la RCA

## II.2. Caractéristiques démographiques

En 2018, l'accroissement démographique annuel de la population en RCA est de 2,5% avec un taux de natalité brute de 35,33 pour 1000 habitants<sup>2</sup>. La RCA est faiblement peuplée avec une population estimée à 5 360 271 habitants en 2019. Les enfants de moins de 5 ans représentent 17,3%, ceux de la tranche d'âge de 5 à 14 ans représentent 22,7% et les jeunes de moins de 18 ans représentent 49%. La répartition par sexe montre que les femmes représentent 50,2 % de la population totale selon les projections du Bureau Central de Recensement (BCR). La densité de la population au niveau national est de 8,2 habitants au km<sup>2</sup>; elle varie de moins d'un habitant au km<sup>2</sup> dans le District du Haut-Mbomou à 8 habitants au km<sup>2</sup> dans le district de Bimbo. Le Nord-Est du pays demeure sous peuplé avec une densité moyenne de 1,04 habitants/km<sup>2</sup> dans le district de la Bamingui-Bangoran. Le district le plus dense est le district de Basse-Kotto avec 17,5 habitants /km<sup>2</sup>. La capitale Bangui a une densité de 12 218 habitants /km<sup>2</sup> en 2014.

## II.3. Contexte politique et socioéconomique

### Contexte socio-économique

L'activité économique de la République Centrafricaine a connu une reprise timide en 2014, qui s'est renforcée en 2015 (+5,5%), essentiellement grâce aux aides internationales. Selon la Banque mondiale, la croissance a atteint 4,5% en 2016. Ce résultat inférieur aux prévisions s'explique notamment par une nouvelle dégradation de la situation sécuritaire, qui a entravé le secteur des transports. En outre, les investissements publics sont restés insuffisants. Selon les estimations, les exportations ont néanmoins été dynamiques en 2016, grâce à la hausse de production des produits exportés (or, diamants, bois, café et coton). Traditionnellement, l'économie est tirée par le secteur agricole (coton), au fort potentiel, et les

<sup>2</sup> <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.CBRT.IN?locations=CF>

exportations de bois et de diamants. Le pays dispose d'un sol riche (diamant, or, bois, uranium), mais sous-exploité. L'industrie est faiblement développée et de nombreux handicaps existent (réseau électrique déficient, concurrence du secteur informel, difficile accès au crédit, insécurité). Enfin, selon les prévisions, la croissance devrait poursuivre sur une dynamique haussière en 2017 (4,7% prévus selon la Banque mondiale).

La RCA est un des pays les plus pauvres parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) : la majorité de la population vit sous le seuil de pauvreté, le chômage est élevé, l'accès aux services d'éducation et de santé de base n'est pas assuré. Il existe de très fortes inégalités et l'espérance de vie à la naissance est la deuxième plus faible au monde.

Les tableaux suivants montrent les indicateurs de croissance et la répartition des activités par secteurs.

**Tableau I :** Indicateurs de croissance

Indicateurs de croissance	2015	2016	2017	2018 (e)	2019(e)
<b>PIB (milliards USD)</b>	1,59e	1,78e	1,99e	2,23	2,50
<b>PIB (croissance annuelle en %, prix constant)</b>	4,8	4,5	4,7	5,0	5,2
<b>PIB par habitant (USD)</b>	332	364	400e	440	482
<b>Endettement de l'Etat (en % du PIB)</b>	51,1	44,3	38,8	33,4	28,7
<b>Taux d'inflation (%)</b>	4,5	4,6	3,8e	3,7	3,0
<b>Balance des transactions courantes (milliards USD)</b>	-0,14	-0,16	-0,19	-0,15	-0,13
<b>Balance des transactions courantes (en % du PIB)</b>	-9,0e	-9,1e	-9,7e	-6,5	-5,3

Source : FMI - World Economic Outlook Data base - Dernières données disponibles.

Note : (e) Donnée estimée

**Tableau II :** Les principaux secteurs économiques

Répartition de l'activité économique par secteur	Agriculture	Industrie	Services
<b>Emploi par secteur (en % de l'emploi total)</b>	72,2	4,3	23,4
<b>Valeur ajoutée (en % du PIB)</b>	42,9	16,0	41,1
<b>Valeur ajoutée (croissance annuelle en %)</b>	5,7	2,0	4,2

Source : Banque Mondiale - Dernières données disponibles.

Outre, son enclavement, le pays souffre d'une dégradation avancée de ses infrastructures sociales de base. En effet, le réseau routier interne de la RCA mesurant 24.000 km et constitué de routes nationales, régionales et de pistes rurales, est en majeure partie actuellement impraticables. Dans ce réseau, seuls 835 kms de routes sont bitumés. Toutefois, le réseau aérien domestique, quand bien même moins développé, reste une opportunité pour desservir le milieu rural.

Afin d'accélérer la croissance économique, réduire la pauvreté et le chômage des jeunes, le Gouvernement, dans la perspective de l'agenda 2030 a adopté un Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix pour la période 2017-2021 basé sur trois piliers : (a) Restaurer la paix, la sécurité et la réconciliation ; (b) Renouveler le contrat social entre l'État et la population ; et (c) Promouvoir le relèvement économique et la relance des secteurs productifs. Ce document a fait l'objet de négociation entre les partenaires et les autorités centrafricaines lors de la table ronde de Bruxelles du 17 au 18 novembre 2016, pour aboutir à la mobilisation de 2,2 milliards de dollars US.

## Contexte politique

L'histoire politique de la RCA est jalonnée de changements de régime soudains, mais la prise du pouvoir par la coalition rebelle Séléka le 24 mars 2013 a créé un contexte inédit de violence exacerbée et de très grande instabilité, du fait de la destruction des institutions nationales et le bouleversement de l'organisation des services sociaux de base. Le secteur santé a été l'un des plus touchés. Selon le rapport de l'enquête rapide sur l'estimation des besoins de santé des populations affectées par la crise en république centrafricaine (HERAMS 2014), environ 30% des formations sanitaires ont été détruites. A l'issue d'une période de transition politique, l'élection d'un Président en février 2016 et le rétablissement progressif des institutions démocratiques, ont entraîné une stabilité relative. Ce qui a contribué à la remise à niveau et au renforcement progressif du système de santé<sup>3</sup>.

Selon les projections de 2015 (RGPH 2003), les trois régions (1, 2, et 7) « sécurisées » représentent 50% de la population centrafricaine. Les autres régions pourraient être classées comme l'indique la figure ci-dessous en zones +/- sécurisées et non sécurisées. Toutefois, la situation du pays demeure encore volatile de sorte que cette classification est changeante dans le temps.

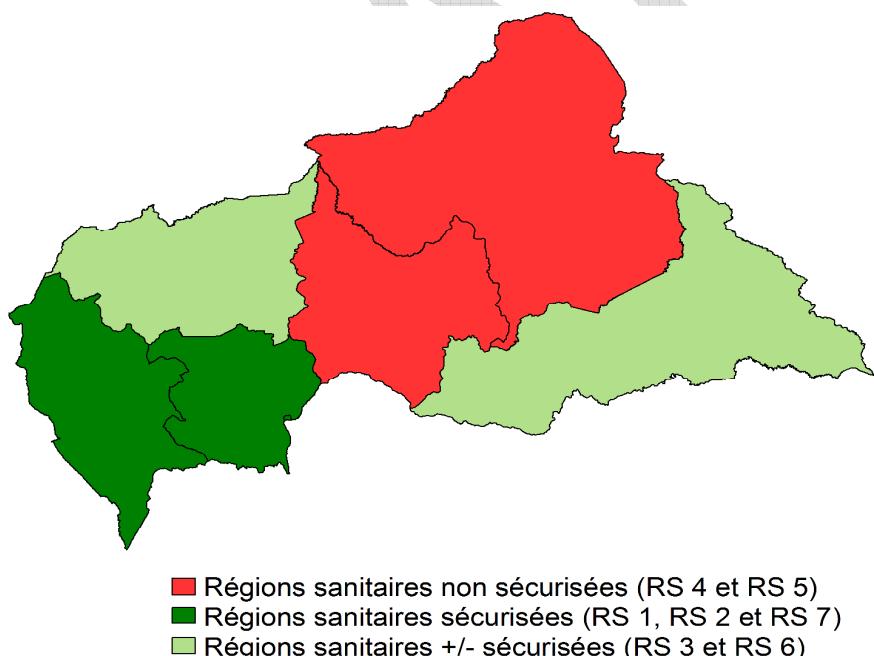


Figure 2 : carte de la RCA, découpage en fonction des zones de sécurité

### II.4. Contexte sanitaire

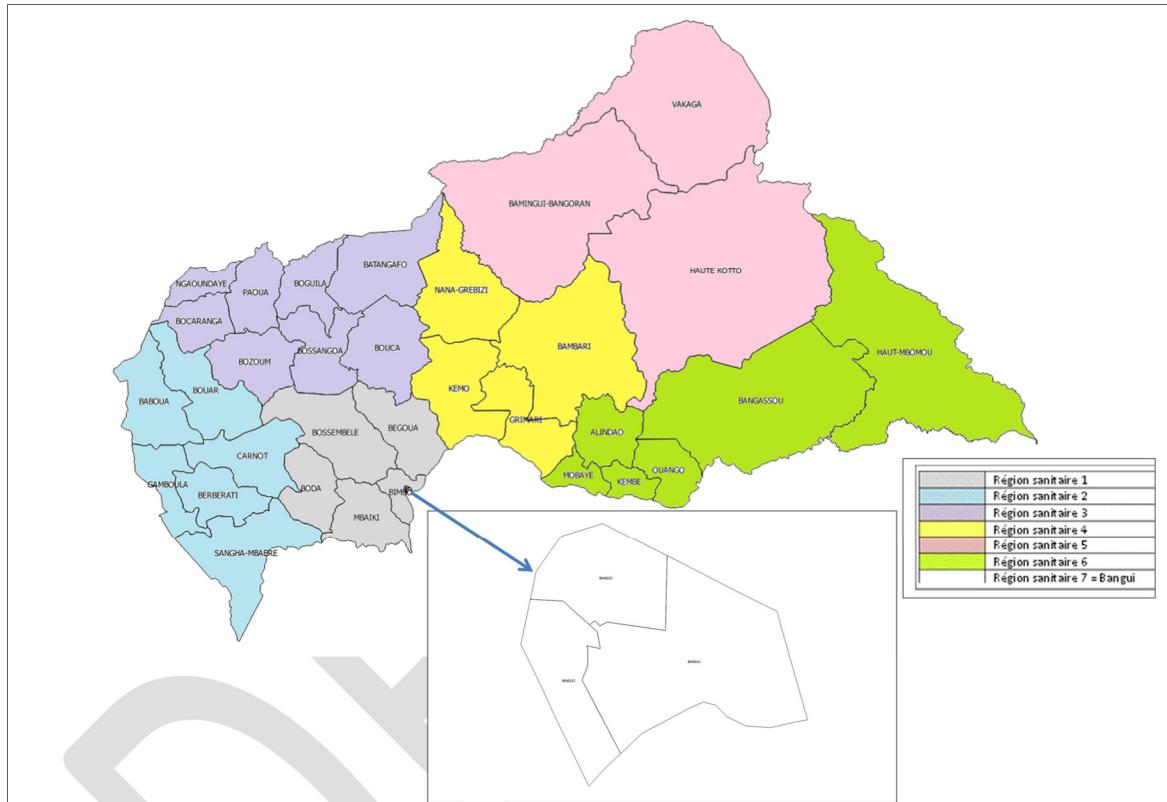
Le Ministère de la Santé et de la Population (MSP) est en charge de la santé de la population civile en RCA. Le budget pour la santé a représenté environ 3,8% du PIB en 2010. La santé de la police, de

<sup>3</sup> PNLT Rapport annuel 2018

l'armée et celle des prisonniers est prise en charge par des administrations séparées à savoir le Ministère de la Défense et le Ministère de la Justice.

Le système de santé est de type pyramidal, avec trois (03) niveaux administratifs : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Le MSP est représenté au niveau régional par sept Régions Sanitaires (RS) avec des Directions Régionales de Santé Publique (DRSP), correspondant au découpage national des régions administratives.

Le découpage des régions sanitaires est calqué sur le découpage administratif. Il y a donc 7 régions sanitaires dont la 7<sup>ème</sup> représente la ville de Bangui. Le Ministère de la santé vient de procéder en 2018 au découpage du pays en 35 districts sanitaires.



**Figure 1 : Carte administrative et sanitaire de la RCA**

Le système de santé centrafricain comprend trois grands secteurs :

1. Le secteur public : la médecine hospitalière et militaire qui est gérée par le Ministère de la Santé et de la population (MSP).
2. Le secteur parapublic qui est géré par des organismes publics ne dépendant pas directement du MSP.
3. Le secteur privé lucratif et le secteur privé confessionnel.

La politique nationale de santé est basée sur les Soins de Santé Primaire. Le système de santé est de type pyramidal et comporte 3 niveaux comprenant chacun 2 sous-systèmes : gestions et soins.

Le Sous-système de gestion comprend 3 niveaux :

- Le niveau central : il est chargé de définir la politique nationale de santé et fournir l'appui stratégique aux autres niveaux. Il est constitué du cabinet du Ministre, de la direction de Cabinet, de 3 directions générales, et de 12 directions centrales subdivisées en services et sections ;
- Le niveau intermédiaire : composé de 7 directions régionales sanitaires. Elles s'assurent du suivi de la mise en œuvre des décisions du niveau central et fourni l'appui technique aux districts sanitaires ;
- Le niveau périphérique : qui est le niveau opérationnel, est composé de 35 districts sanitaires qui apportent leurs appuis opérationnels aux formations sanitaires pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Le sous-système de soins : il est fait de l'ensemble des formations sanitaires. Celles-ci sont organisées sur un mode hiérarchique à 3 niveaux :

1. Au premier niveau on retrouve les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux de district ;
2. Au deuxième niveau, ce sont essentiellement les hôpitaux régionaux universitaires ;
3. Et le troisième niveau comprend les établissements hospitaliers et de diagnostic de référence nationale.

D'après les données de l'enquête SARA/HeRAMS de 2019, le pays compte 873 formations sanitaires (FOSA). Parmi elles, 98% (853/873) étaient fonctionnelles au moment de l'enquête. Comparer aux résultats de l'enquête HeRAMS de 2016, 1008 formations sanitaires étaient identifiées. La différence de structures sanitaires était de 135.

*Tableau 3 : Densité des établissements de soins selon les régions, SARA RCA, 2019*

Region	Population [2019]	Hôpitaux	Centre de santé	Poste de santé	Hôpitaux pour 10 000 habitants	Centres de santé / cliniques pour 10 000 habitants	Postes de santé pour 10 000 habitants	Nombre total d'établissements de santé pour 10 000 habitants
RS 1	818 033	10	80	57	0,1	1,0	0,7	1,8
RS 2	948 049	8	72	56	0,1	0,8	0,6	1,4
RS 3	1 083 835	9	61	129	0,1	0,6	1,2	1,8
RS 4	695 173	7	49	79	0,1	0,7	1,1	1,9
RS 5	251 807	5	20	47	0,2	0,8	1,9	2,9
RS 6	638 000	9	61	57	0,1	1,0	0,9	2,0
RS 7	925 374	4	44	9	0,0	0,5	0,1	0,6
Total général	<b>5 360 271</b>	<b>52</b>	<b>387</b>	<b>434</b>	<b>0,1</b>	<b>0,7</b>	<b>0,8</b>	<b>1,6</b>

## Accès aux Soins

Selon les données de l'enquête SARA/HeRAMS 2019, la densité d'établissements de soins est estimée à 1,6 établissement de santé pour 10 000 habitants contre une norme OMS de 2 établissements pour 10 000 habitants. La plus forte densité des formations sanitaires (2,9%) est observée dans la région sanitaire n°5, la plus faible (0,6) se situe dans la région n°7.

Le nombre de consultations externes par habitant au niveau national se situe à 0,11. Aucune région n'a atteint la norme de 1 contact (consultation externe) par habitant. Les régions sanitaires 5 (0,18) suivies de 3 et 4 (0,17) enregistrent les meilleurs résultats. Par contre les régions 1 (0,09), 2 (0,07) et 6 (0,02) connaissent les plus faibles pourcentages.

L'indice de l'utilisation des services de santé est de 2,3% au niveau national. Les régions qui enregistrent un indice d'utilisation des services élevé sont les régions sanitaires 3 (3,4%) 4 (3,3%) et 5 (3,6%). Celles qui enregistrent des indices faibles sont les régions 1 et 2 avec respectivement (1,7% et 1,5%). La région sanitaire 6 affiche un indice de 0,4%.

L'indice de disponibilité des services de santé au niveau national est de 33,7%. L'observation par région sanitaire révèle une grande disparité de l'indice de disponibilité des services au niveau des régions. Il est compris entre 20,1% (région sanitaire 6) et 63,7% (Région sanitaire 7). Quatre (4) régions ont un indice au-dessus de la moyenne nationale, il s'agit des régions 2 (28,1%), 3 (29,9%), 4 (21,8%) et 6 (20,1%). Les régions 1 et 5 ont des indices proches de la moyenne nationale avec respectivement 32,4% et 33,0%.

La stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose vise à garantir qu'aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques dus à la tuberculose. Cependant la RCA ne possède pas de système d'assurance maladie pour tous. Les paiements directs en 2015 représentaient 39,6% des dépenses de santé.

Selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité des <5 ans pour 1000 naissances vivantes était de 122 en 2018 (<10, la valeur requise pour satisfaire à cette norme).

La RCA compte 85 CDT pour au moins 5 millions d'habitants en 2018, ce qui correspond à 60 000 personnes pour un CDT. Cependant, il existe une forte disparité au niveau infranational.

L'insuffisance de données statistiques sanitaires rend difficile d'esquisser avec précision un état de la situation de santé de la population. Les estimations portant sur la performance du pays concernant la majorité des indicateurs de santé et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) restent faibles, crise et troubles ayant aggravé la situation.

**Table 1 : Principaux indicateurs de santé en RCA**

Indicateurs	Valeurs	Sources
Taux de mortalité infantile	116‰	MICS 4 (2010)
Indice Synthétique de fécondité	6,2 enfants/femme	MICS 4 (2010)
Taux de mortalité maternelle	880 pour 100 000 naissances vivantes	MICS 4 (2010)
Taux d'insuffisance pondérale	13,7 %	MICS 4 (2010)
Retard de croissance	40,7%	MICS 4 (2010)
Emaciation	7,9 %	MICS 4 (2010)
Couverture vaccinale contre la TB	72,3%	MICS 4 (2010)
Revenu national brut par habitant (\$ internationaux PPA) (2011)	810	Statistiques sanitaires mondiales 2013
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB(2010)	3,8	Statistiques sanitaires mondiales 2013

La prévalence du VIH qui est de 3,7% en 2018 reste parmi les plus élevées des pays francophones subsahariens. En conséquence, la RCA fait partie des 20 pays avec un fardeau important de la prévalence de la coïnfection TB/VIH à 26% en 2018. Le taux de mortalité causé par le paludisme (115/1000) dépasse celui du taux moyen de la région Afrique (104/1000). Et la RCA fait partie des 32 pays avec les plus forts taux de mortalité infantile (estimée à 116‰ pour l'année 2010).

## II.5. Organisation du Programme National de Lutte contre la Tuberculose

Les activités de lutte contre la tuberculose sont organisées dans le pays depuis 1995. En 2002, le programme est devenu un service de la **DGLPS**. Et par décret présidentiel N° 18-214 du 17 Août 2016

portant organisation et fonctionnement du ministère de la santé et de la population et fixant les attributions du Ministre. Ces attributions sont stipulées dans la section 2, sous-section 1, article 47.<sup>4</sup>

Il est structuré à trois niveaux :

- **Au niveau central** : La lutte contre la tuberculose est coordonnée par le « Service de lutte contre la tuberculose » (SLT). Le coordonnateur est le chef de service. Il est chargé de concevoir, élaborer et appliquer la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé publique et de la population. En plus de son rôle d'organe de coordination nationale, le PNLT comporte des unités annexes qui sont : le Service Hospitalier de Pneumo-phtisiologie et le Laboratoire National de Référence de mycobactéries (LNR). Le Service de Lutte contre la Tuberculose qui coordonne tout le Programme est sous la tutelle de la Direction de lutte contre les maladies transmissibles elle-même placée sous La Direction Générale de l'épidémiologie et de Lutte contre la maladie.
- **Niveau Intermédiaire** : Il est représenté par les directions des régions sanitaires. Les activités du PNLT sont coordonnées par le chef de service de des soins et supervision, placé sous l'autorité du Directeur de la Région Sanitaire. Ce dernier dans le cadre d'appui technique que la direction régionale apporte aux districts sanitaires, veille à l'application des directives nationales, supervise l'équipe cadre de district (ECD) notamment le chef de section soins et supervision concernant la lutte intégrée de la tuberculose et la coïnfection TB-VIH et s'assure de la promptitude et complétude de tous les rapports trimestriels et annuels d'activités des CDT.
- **Niveau périphérique** : Les activités de lutte ici sont coordonnées par le chef de District Sanitaire et assurées par le chef de section soins et supervision. Dans le cadre d'intégration des activités du système de santé, ce niveau comprend tout le réseau des formations sanitaires. C'est le niveau opérationnel où les patients sont diagnostiqués, mis sous traitement et suivis jusqu'au terme de la prise en charge dans les CDT ou CT intégrés dans les différentes formations sanitaires. La RCA dispose actuellement d'un réseau de 84 CDT, 4 CT et 1 CD.

#### **Au plan opérationnel :**

- Le Service de Pneumo-phtisiologie du Centre National Hospitalier et Universitaire de Bangui est le centre de référence en matière de prise en charge de la tuberculose compliquée chez l'adulte et chez l'adolescent, et depuis décembre 2012 le centre de référence pour la prise en charge de la TBMR.
- Le complexe pédiatrique de Bangui demeure le centre de référence de la prise en charge de la tuberculose de l'enfant.
- L'Institut Pasteur de Bangui abrite le Laboratoire National de Référence (LNR) pour la mycobactériologie. Il s'occupe des formations des laborantins, de l'approvisionnement des laboratoires, de leur supervision et de leur contrôle de qualité ;
- Le Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique (LNBCSP) qui assure aussi le dépistage de la tuberculose est retenu pour devenir dans un proche avenir le laboratoire national de référence (LNR) en complément de l'IPB.
- L'Unité de Cession du Médicament du Fonds Mondial (UCMFM) assure l'achat, la gestion, le stockage et la distribution des médicaments antituberculeux.

---

<sup>4</sup> PNLT Rapport annuel 2018

## **II.6. Situation épidémiologique de la tuberculose**

### **II.6.1. Cibles de la lutte contre la TB**

L'Assemblée mondiale de la santé a adopté une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose après 2015<sup>5</sup>) avec des objectifs ambitieux. Cette stratégie vise la fin de l'épidémie mondiale de tuberculose en réduisant de 95% le nombre de décès dus à la tuberculose et de 90% l'incidence entre 2015 et 2035, et qu'aucune famille ne supporte les coûts catastrophiques liés à la TB. Il fixe des jalons pour réduire la mortalité et l'incidence de 35% et 20% en 2020, de 75% et 50% en 2025 et de 90% et 80% en 2030.

Le plan mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020 fixe les objectifs suivant : atteindre au moins 90% des personnes touchées par la tuberculose ; atteindre au moins 90% des populations clés pour la tuberculose (populations vulnérables, populations mal desservies et populations à risque) ; et atteindre au moins 90% de réussite de traitement.

### **II.6.2. Prévalence de la TB**

La prévalence de la TB n'est plus un indicateur dans la Stratégie de lutte anti-TB post-2015. L'OMS ne publie plus d'estimations de prévalence pour les pays qui n'ont pas réalisé d'enquête de prévalence. A ce jour, la RCA ne prévoit pas d'étude de prévalence de la TB.<sup>6</sup>

### **II.6.3. Mortalité TB**

La mortalité TB se définit comme le nombre de décès dus à la TB chez des personnes VIH-négatives, d'après la dernière classification internationale des malades (CIM-10). La meilleure source de données pour mesurer la mortalité TB est à travers les systèmes d'enregistrement d'état civil qui codent les décès selon cette classification. En l'absence de système d'enregistrement des causes de décès en RCA, la mortalité TB ne peut pas être mesurée directement. Elle est estimée en multipliant l'incidence estimée par le taux de létalité<sup>7</sup>. En 2017, la mortalité TB (toutes formes, excluant VIH+) en RCA était estimée à 68 (39–106) décès pour 100 000 habitants<sup>8</sup>. Cette mortalité a connu un premier pic en 2005 suivi d'une baisse jusqu'en 2009. Elle est repartie à la hausse pour atteindre 75 pour 100 000 habitants en 2011 avant de baisser régulièrement jusqu'en 2014, où la mortalité liée à la tuberculose augmente régulièrement chaque année.<sup>9</sup> L'année 2018 a connu une forte augmentation de cette mortalité avec 103 (60–157) décès pour 100 000 habitants.<sup>10</sup>

<sup>5</sup> [https://www.who.int/tb/post2015\\_strategy/fr/](https://www.who.int/tb/post2015_strategy/fr/)

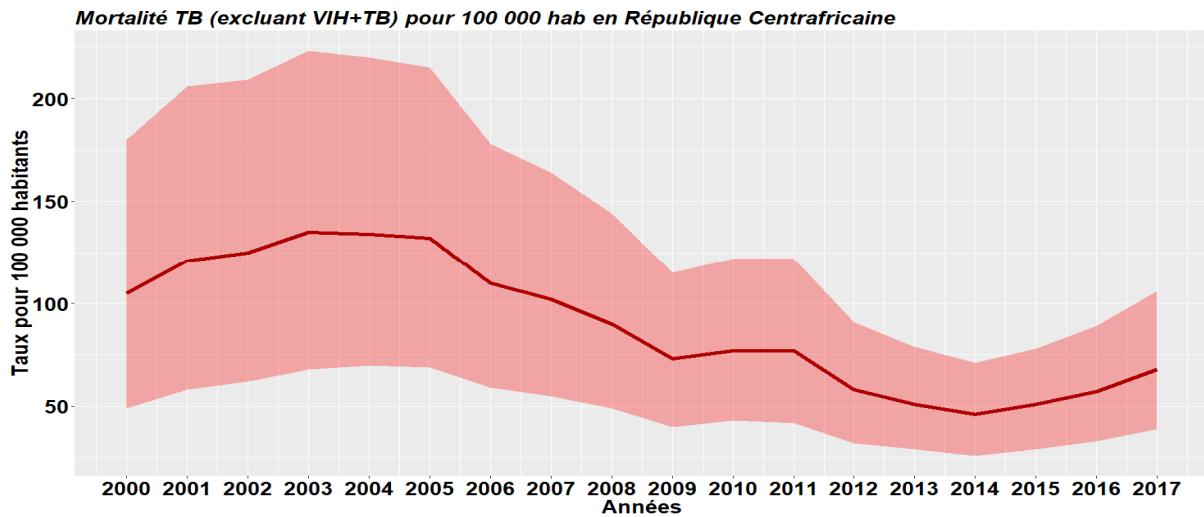
<sup>6</sup> Rapport de la revue épidémiologique TB, 2019

<sup>7</sup> Global TB Report 2018, OMS, appendice technique

<sup>8</sup> [www.who.int/tb/data](http://www.who.int/tb/data)

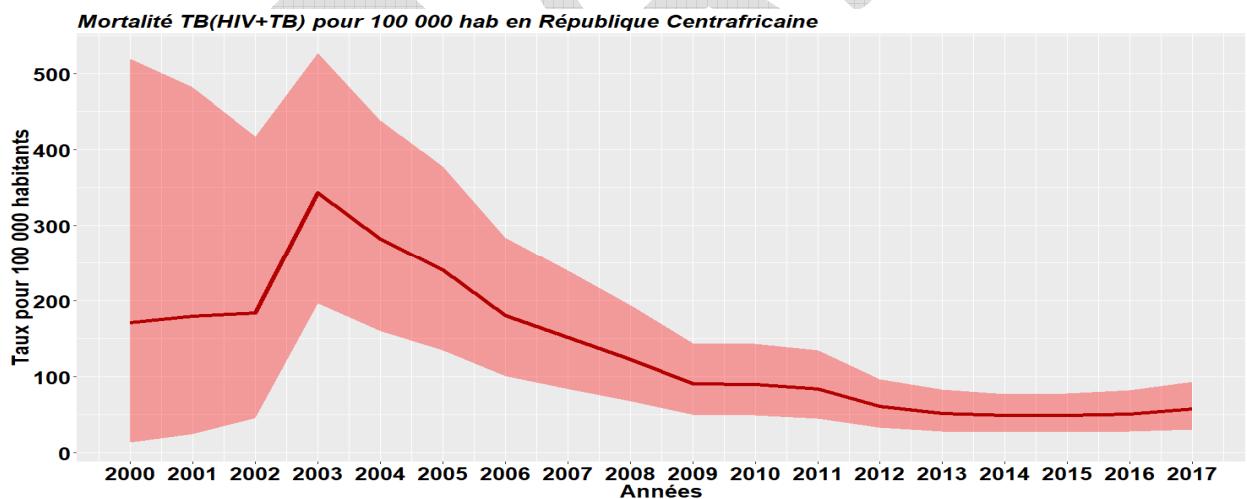
<sup>9</sup> Rapport de la revue épidémiologique TB, 2019

<sup>10</sup> Global TB report 2019, OMS



**Figure 3.** Estimation OMS de la mortalité TB (excluant VIH+TB) avec intervalle d'incertitude en République Centrafricaine, 2000-2017.

En 2017, la mortalité TB (toutes formes) chez les personnes VIH+ en RCA était estimée à 58 (31–93) décès pour 100 000 habitants. Cette mortalité a connu une diminution rapide entre 2003 et 2009. Son évolution est restée quasi-stationnaire de 2009 à 2011. Par la suite, une légère baisse a été observée en 2012. Depuis 2013, la mortalité TB chez les VIH+ est restée stationnaire jusqu'en 2016 avant de repartir à la hausse en 2017. En 2018, la tendance à la hausse est maintenue avec 67 (42-97) décès pour 100 000 habitants. La mortalité des personnes atteintes de tuberculose et co-infectées avec le VIH a diminué de 84% par rapport à celle de l'an 2000 (figure x).



**Figure 3.** Estimation OMS de la mortalité TB chez les VIH+ avec intervalle d'incertitude en République Centrafricaine, 2000-2017

#### II.6.4. Incidence de la TB

Le taux d'incidence estimé de la tuberculose en RCA a fortement diminué entre 2000 et 2013, tombant en dessous de 400 pour 1000 habitants en 2013, date après laquelle le taux a augmenté à nouveau au-dessus de 400 pour 100 000 habitants. L'OMS estime que le pays doit déclarer en moyenne 25 000

(16000-36000)<sup>11</sup> cas de tuberculose chaque année, ce qui n'est pas le cas actuellement. En 2018, le PNLT a déclaré 10 881 cas de tuberculose (nouveaux et rechutes), soit un taux de notification de 207 cas pour 100 000 habitants donc un Gap de 14119 cas. La figure ci-dessous montre le gap entre le taux estimé d'incidence et le taux de notification des cas TB (nouveaux cas et rechutes).

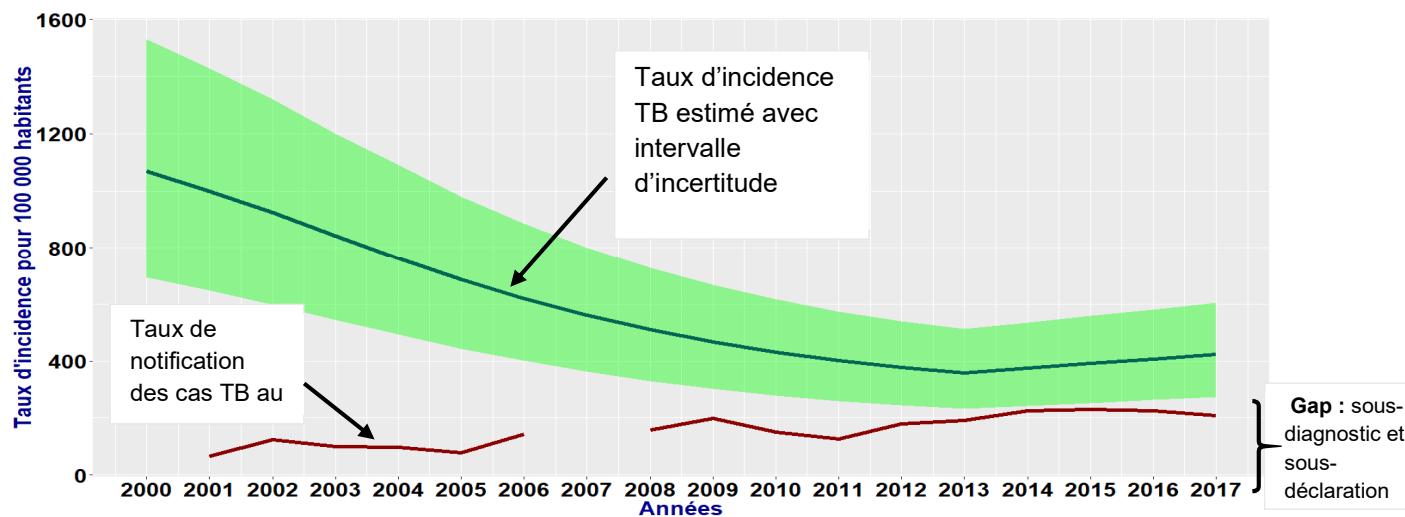


Figure 4. Taux de notification des cas TB (toutes formes, nouveaux cas et rechutes) (ligne rouge) et taux d'incidence estimé par l'OMS (ligne bleue), RCA, 2000-2017

## II.6.5. Distribution temporelle et géographique des cas TB notifiés

Le taux de notification des nouveaux cas et rechutes de TB notifié a connu une forte augmentation entre 2011 et 2012 avec un taux de notification qui a augmenté de 41% (*Figure 5*). Cette notification n'a pratiquement pas varié (1%) entre 2012 et 2013 avant d'augmenter de 17% en 2014. Après 2014, le taux de notification a connu de faibles variations jusqu'en 2018 en se maintenant autour de 210 pour 100000 habitants.

Cette quasi-constance du taux de notification observée depuis plusieurs années pourrait s'expliquer par la faible performance du système de surveillance à détecter les cas de TB maintenue par un contexte sécuritaire défavorable.

<sup>11</sup> Global TB report 2019, OMS

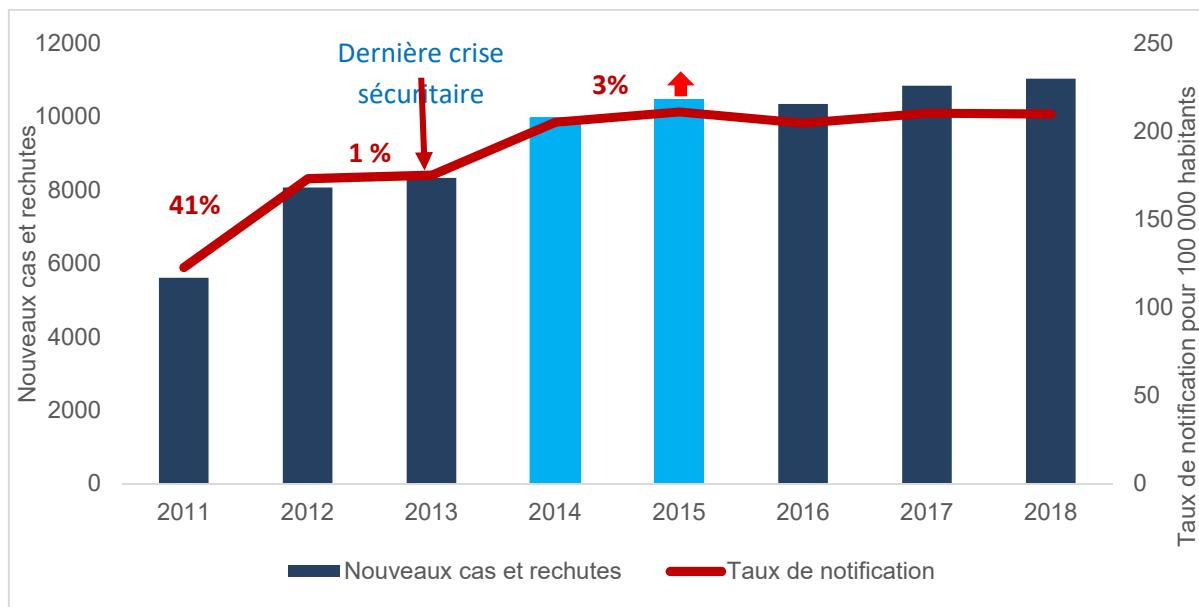


Figure x : Changement annuel du taux de notification des nouveaux cas et rechutes TB, RCA, 2011-2018

La RS7 a enregistré les taux de notification les plus élevés sur l'ensemble de la période de 2011 à 2018. Cette région abrite la plus grande agglomération du pays qui est la capitale Bangui (Figure 6). La RS7 est suivie par les régions RS1 et RS2 en termes de taux de notification les plus élevés. Cette situation pourrait traduire une meilleure mise en œuvre du programme dans ces régions. En effet, le pays est découpé en 3 zones de sécurité et les régions RS7, RS1 et RS2 sont dans la zone sécurisée permettant ainsi une meilleure mise en œuvre des activités du programme. La tendance globale des taux de notification est à la stagnation depuis 2015.

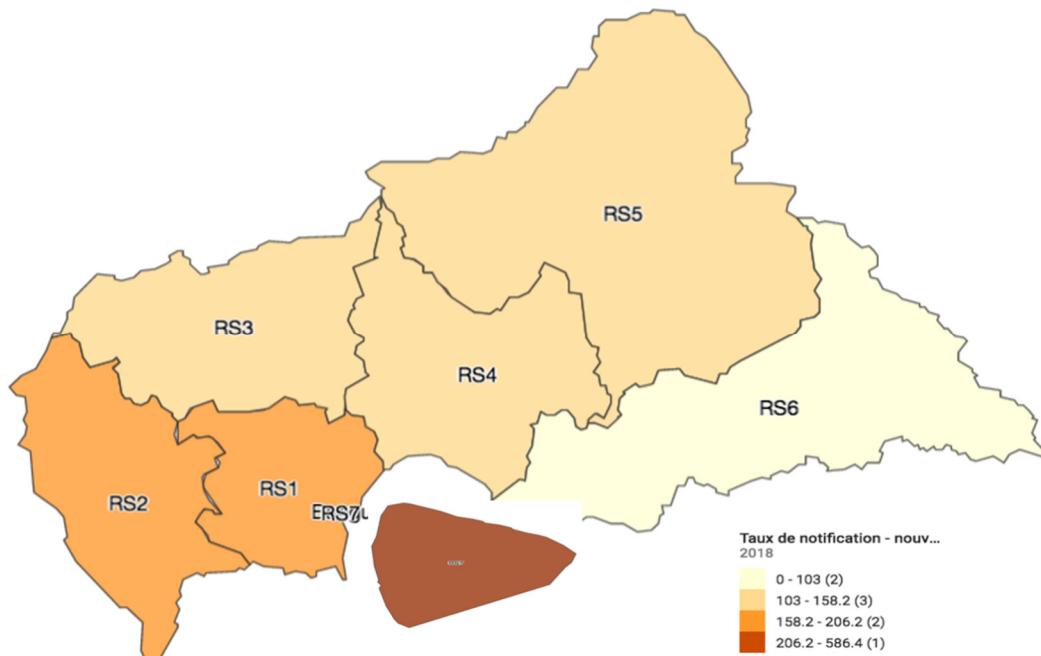
La notification de cas de tuberculose en RCA en 2018 montre un gap important. La répartition de ce gap par régions et par districts sanitaires permet une analyse plus approfondie pour révéler les facteurs sur lesquels il faudra agir pour combler le gap. Le tableau suivant monte la répartition des cas manquant par région :

Tableau xx : Répartition des cas par régions sanitaires en RCA en 2018

Régions	Population	2015	2016	2017	2018	Attendus 2018	Cas manquant 2018	%
RS1	802989	1335	1486	1417	1481	3397	1916	56%
RS2	930619	2025	1600	1455	1511	3937	2426	62%
RS3	1072857	1073	1117	1086	1120	4538	3418	75%
RS4	682392	653	586	634	892	2887	1995	69%
RS5	247177	182	333	288	296	1046	750	72%
RS6	626267	563	506	395	418	2649	2231	84%
RS7	903268	4968	4986	4555	5314	3821	-1493	-39%
	<b>5265569</b>	<b>10799</b>	<b>10618</b>	<b>9830</b>	<b>11032</b>	<b>22273</b>	<b>11241</b>	<b>50%</b>

En se référant aux données de notification de 2018 et de l'incidence TB de la RCA (423 pour 100.000 habitant), il revient de constater que la RCA a un déficit de 50% soit près de 11241 malades non dépistés. La Région 7 ou la capitale Bangui est la seule qui a atteint et dépassé sa notification pour des raisons évidentes (concentration des moyens de diagnostic, sécurité, accessibilité facile...).

La RS7 est celle qui a notifié plus de cas de TB (48% cas notifiés en 2018), et dispose de grands centres hospitaliers universitaires où le diagnostic des formes cliniques est fait par des médecins (*Figure 7*). Cette région est suivie des RS1 et RS2 qui font partie des zones à faible risque du point de vue sécuritaire. Le taux de notification dans ces régions variait de 158 à près de 500 cas pour 100000 habitants. Ces trois régions réunies ont notifié les  $\frac{3}{4}$  de cas de TB du pays. Les autres régions notifiaient peu de cas du fait de la faiblesse de l'offre de soins accentuée par la situation sécuritaire défavorable.



*Figure 7 : Taux de notification de tous les cas de TB, toutes formes par région, RCA, 2018*

Les courbes de taux de notification de tous les cas et celles de taux de notification des nouveaux cas et rechutes suivent les mêmes tendances et sont pratiquement confondues à plusieurs périodes (2011, 2012, 2017, 2018) (Figure 8). Ces taux ont atteint leur pic en 2015 et ont chuté en 2017.

Le taux de notification des formes pulmonaires confirmées bactériologiquement est resté sans variation notable depuis 2013. Le pays est peu couvert en machine GeneXpert et les directives réduisaient l'utilisation de ces tests de diagnostic aux patients déjà traités, ce qui ne permettait pas d'augmenter de manière sensible le taux de notification de cas confirmés bactériologiquement.

Le taux des formes pulmonaires diagnostiquées cliniquement avait la même tendance que celui des nouveaux cas et rechutes toutes formes.

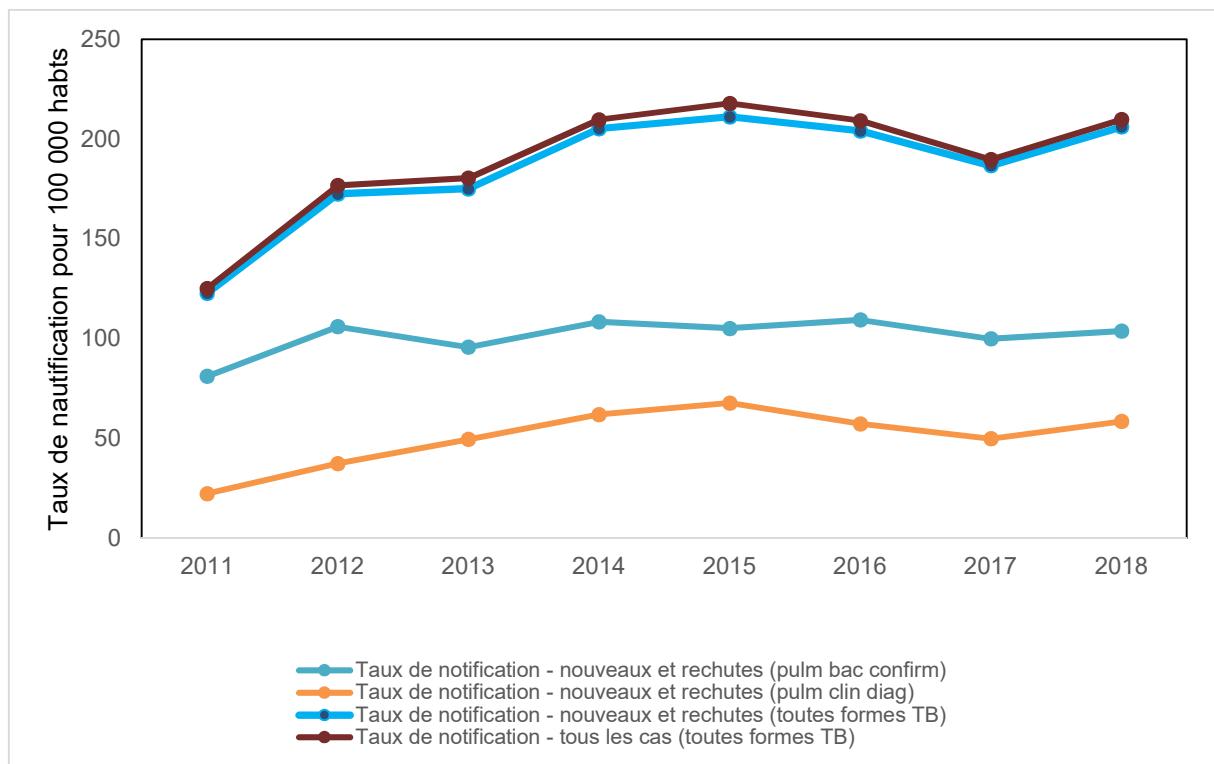


Figure 8. Evolution du taux de déclaration des cas TB notifiés en RCA, 2011-2018

Au niveau infranational, le taux de notification des formes pulmonaires cliniquement diagnostiqués était passé au-dessus du taux des formes pulmonaires confirmées bactériologiquement dans les RS2 (2015) et RS5 (2016) (Figure 9). Ces taux étaient très proches dans la RS3 (2015). Cette situation pourrait s'expliquer par dysfonctionnement des services de laboratoire (rupture en réactifs, manque de personnel) ou encore au fait de rapports manquants. En effet, du fait des troubles sociaux, certaines structures de soins ont vu leurs infrastructures touchées.

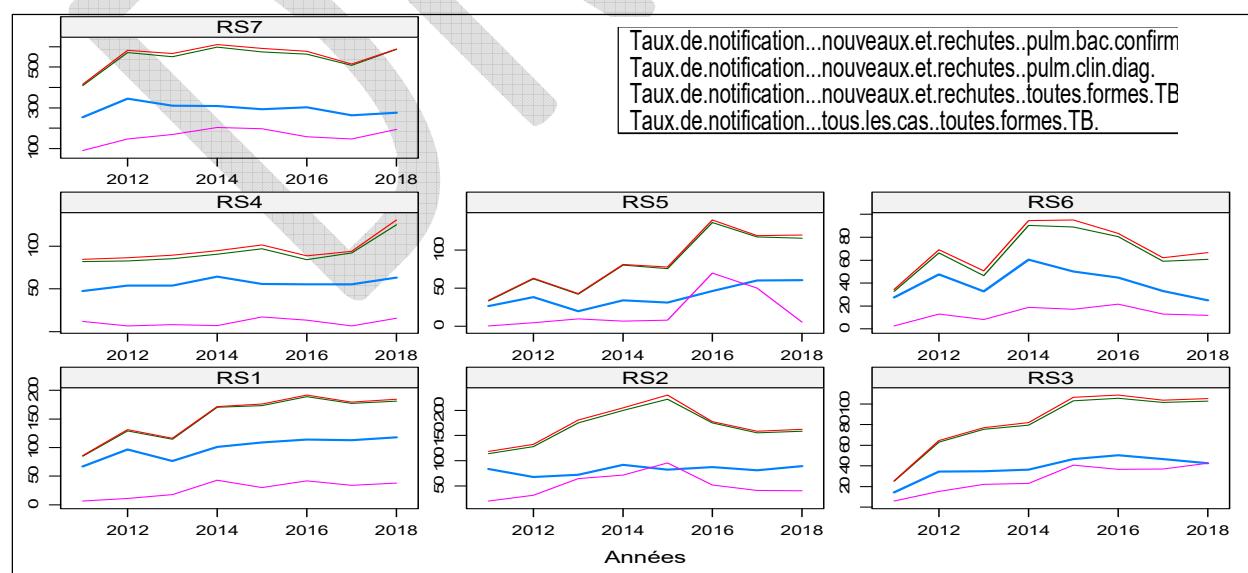
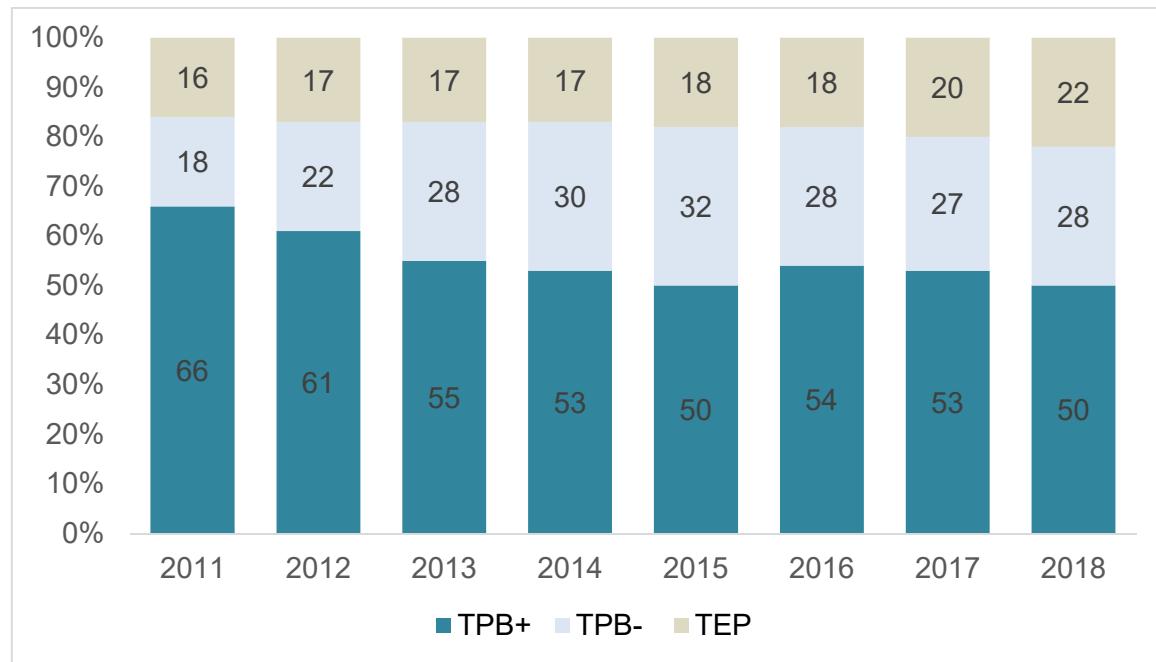


Figure 9. Evolution du taux de déclaration des cas TB notifiés par région, RCA, 2011-2018

La proportion des formes pulmonaires confirmées bactériologiquement a baissé de 2011 à 2015 passant de 66% à 50%. Durant la même période, la proportion des formes pulmonaires cliniquement diagnostiquées augmentait de 18% à 32% et celle des formes extra-pulmonaires restait stable entre 16 et 18%. De 2016 à 2018, les proportions sont restées stables pour les 3 formes.



*Figure 5. Proportion des formes cliniques TB parmi les nouveaux cas , RCA, 2011-2018*

Il existe une forte variabilité entre les régions (*Figure 11*). La proportion de cas de tuberculose pulmonaire diagnostiqués cliniquement (33%) observée dans la RS7 abritant la capitale Bangui, pourrait s'expliquer par la présence de centres hospitaliers où le diagnostic des formes cliniques est fait par des médecins. Globalement, la proportion des cas cliniquement diagnostiqués (TPB- et TEP) est élevée représentant plus de 40% des nouveaux cas et rechutes notifiés pour 6 des 7 régions.

Cela traduirait une faible maîtrise des directives par le personnel prenant en charge la tuberculose sur l'ensemble du territoire. Une grande variabilité est observée entre les différentes régions. Tandis que la RS5 rapportait 5% de cas de tuberculose pulmonaire diagnostiqués cliniquement, la RS3 en rapportait 41%. Cela traduirait une faible compréhension des directives de notification des cas par les acteurs de la prise en charge de la tuberculose.

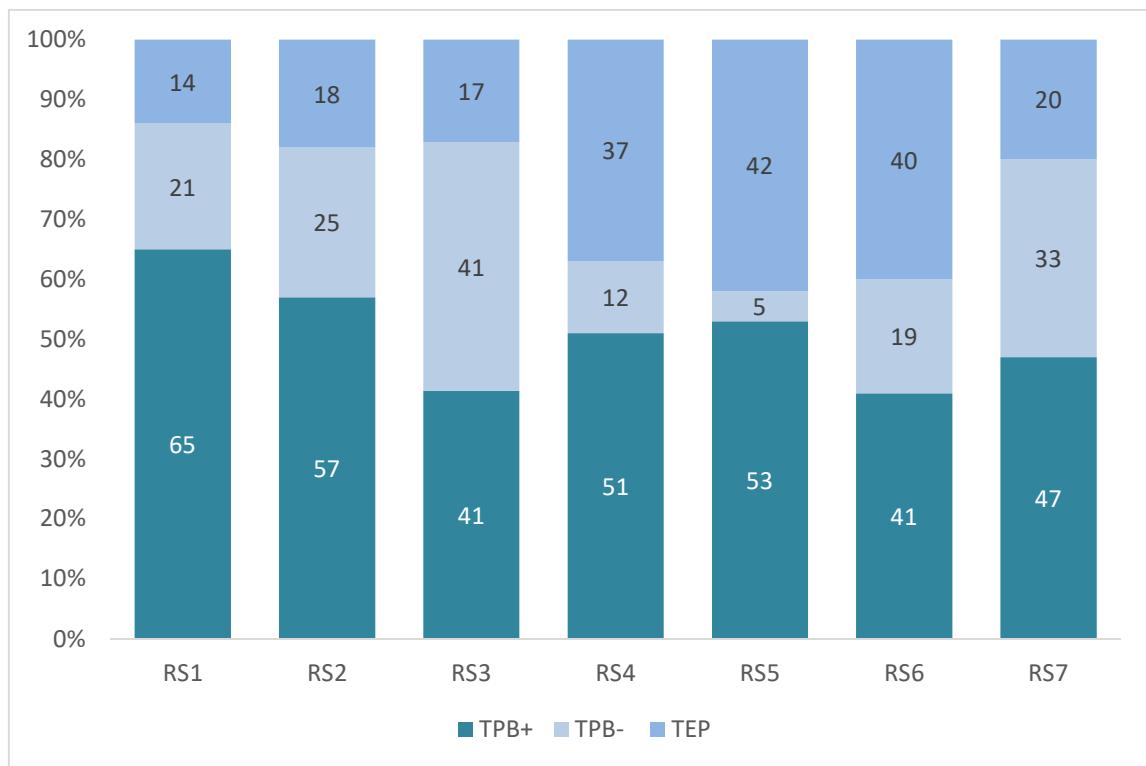


Figure 6. Proportion des formes cliniques TB parmi les nouveaux cas par région, RCA, 2018

La proportion des cas déjà traités a connu une baisse notable depuis 2015 pour l'ensemble du pays (Figure 12). Au niveau infranational, la RS7 a connu la même tendance. Ces proportions pourraient sous-estimer les vraies valeurs. En effet, les outils de rapportage ne distinguent pas les cas de TB cliniquement diagnostiqués et les cas extra pulmonaires en nouveaux, rechutes et déjà traités hors rechutes, ces 2 formes sont enregistrées comme toutes des nouveaux cas.

Aussi, il existe un risque d'enregistrer les cas bactériologiquement confirmés en retraitement comme des nouveaux cas étant donné le taux élevé de perdus de vue et de non évalués.

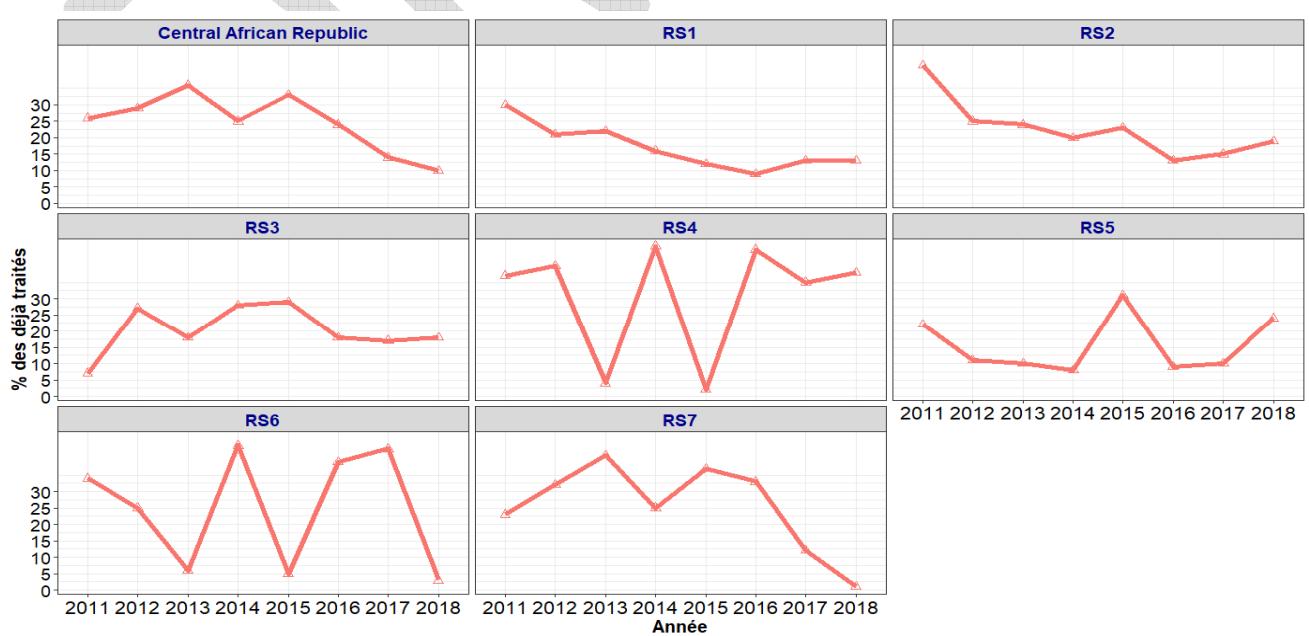


Figure 7. Proportion des cas en retraitement ,RCA, 2011-2018

## II.6.6. Taux de déclaration par sexe et par classe d'âge

Les taux de notifications les plus faibles ont été observées chez les enfants de moins de 5 ans (moins de 9 % de tous les cas) (Figure 13). La charge de la tuberculose est beaucoup plus élevée au niveau de la couche active de population avec un taux allant de 433 pour 100000 habitants pour les patients âgés de 25-34 ans à plus de 500 pour 100000 habitants pour les patients âgés de 35 à 54 ans. Le taux de notification chez les patients âgés de 65+ est 226 pour 100000 habitants, légèrement supérieure à celui du niveau national.

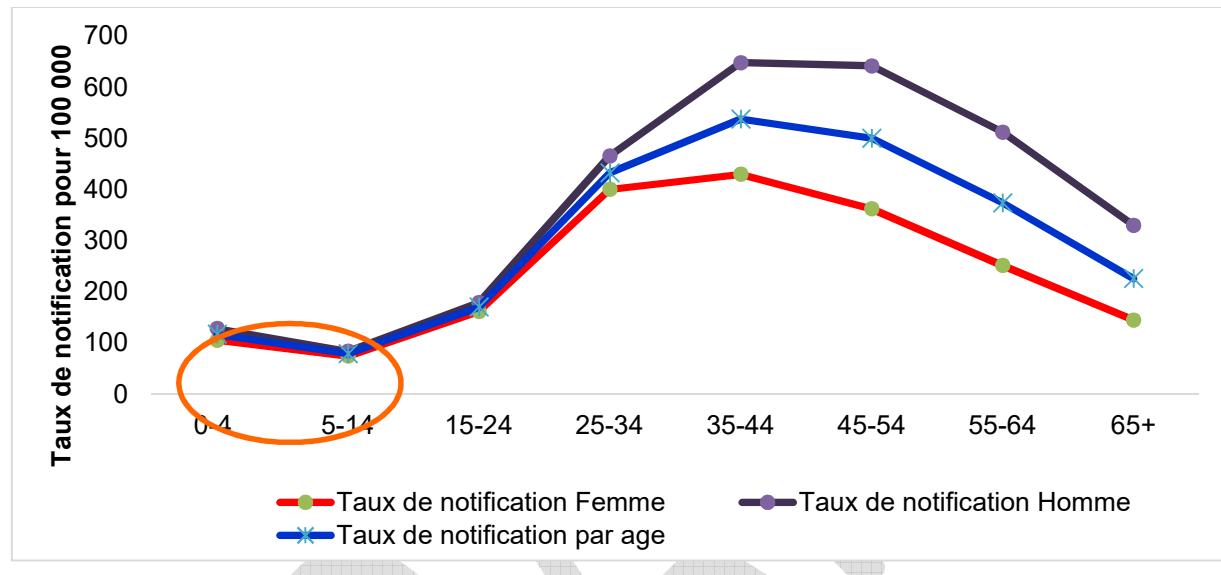
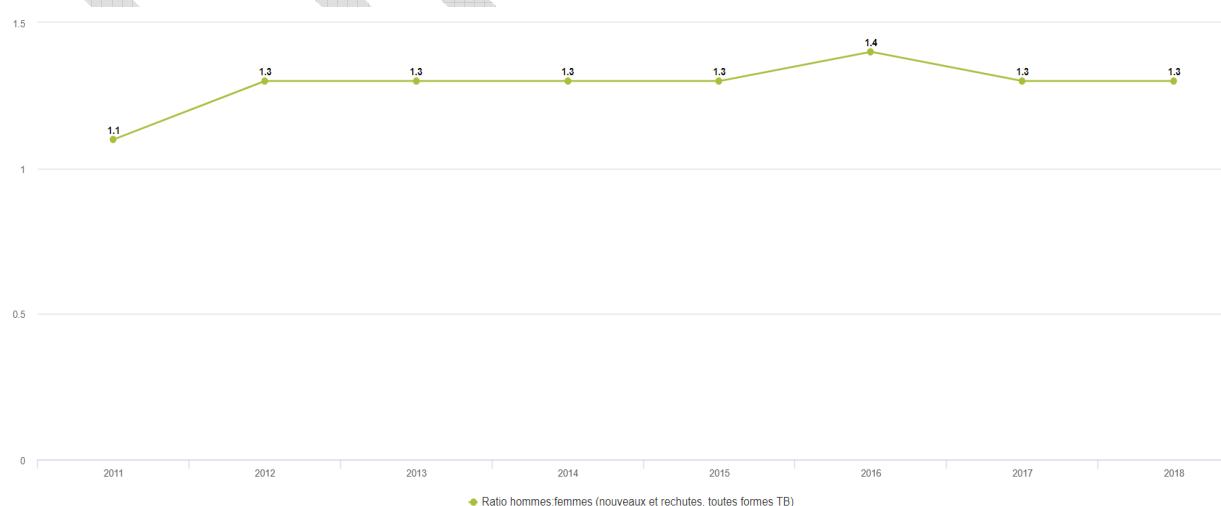


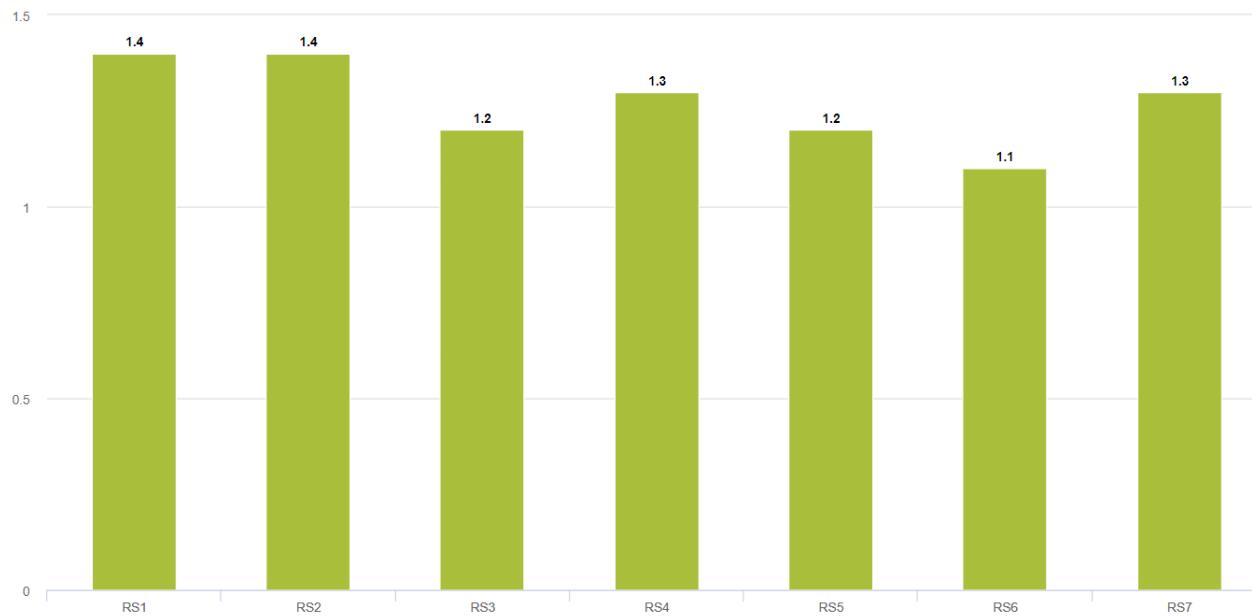
Figure 8.Taux de notification des cas TB (nouveaux cas et rechutes) par classe d'âge et par sexe pour 100000 habitantsm, RCA,2018. (Source population désagréée, Banque Mondiale)



*Figure 14 : sex-ratio homme-femme des nouveaux cas et rechutes de TB (toutes formes), RCA, 2011-2018.*

Le sex-ratio homme-femme des cas TB est resté stable (entre 1,1 et 1,4) depuis 2011.

Au niveau régional, ce ratio variait de 1,1 (RS6) à 1,4 (RS1, RS2) en 2018 (*Figure 15*)



*Figure 15 : sex-ratio homme-femme des nouveaux cas et rechutes de TB (toutes formes) par région, RCA, 2018*

## II.7. Tuberculose chez l'enfant

Les proportions d'enfants de moins de 15 ans parmi les cas de TB (nouveaux et rechutes) ont connu une hausse régulière de 2012 à 2015 entre 7 et 14% (*Figure 16*). Après 2016, cette proportion était passée au-dessus de 15% (borne supérieure de la norme pour les pays à ressources limitées), soit 16% en 2017 et 17% en 2018. Cela traduirait une faible qualité des données. En effet, les outils actuels de rapportage désagrègent l'ensemble des cas de TB notifiés par âge et par sexe et pas seulement les nouveaux cas et rechutes.

Le ratio 0-4/5-14 était faible durant toute la période de 2011 à 2018. Son pic a été observé en 2017 (0,97), tandis qu'il était nul de 2012 à 2015 traduisant le fait qu'aucun enfant de moins de 5 ans n'a été notifié par le programme durant ces 4 années. Le sous-diagnostic chez les enfants est donc plus marqué chez les moins de 5 ans.

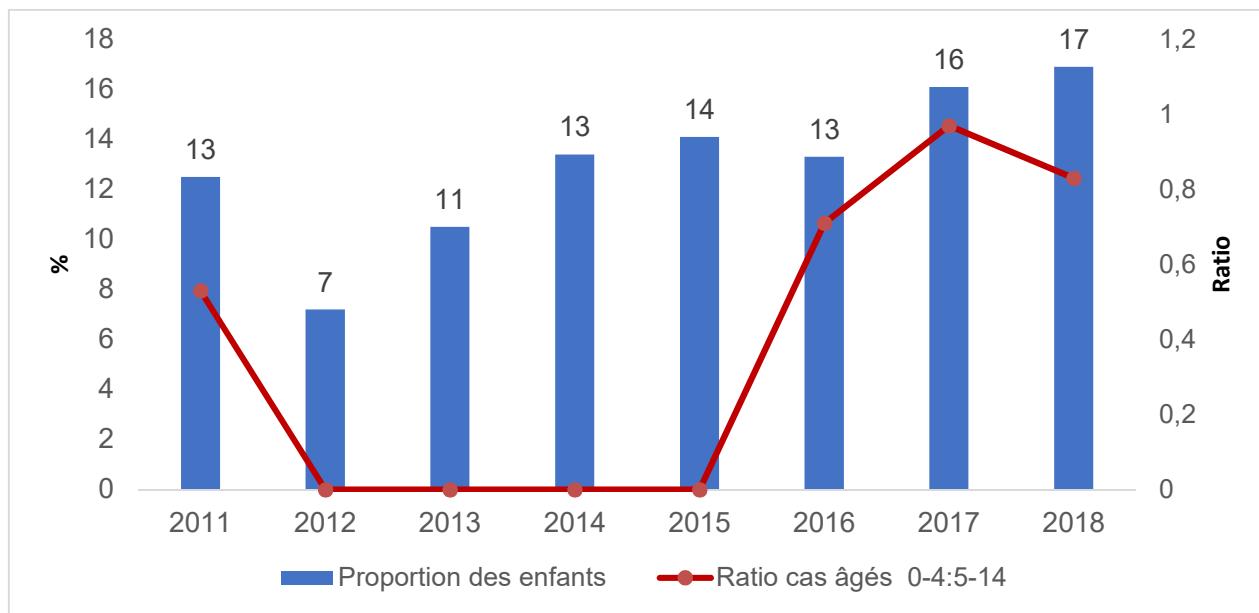


Figure 9. Proportion des enfants de moins de 15 ans parmi tous les cas TB (nouveaux et rechutes) et ratio 0-4 : 5-14 ans 2011-2018

Il existe des disparités régionales dans le dépistage de la tuberculose chez l'enfant (Figure 17). Une cohérence est observée dans les régions 7 et 1 tandis que de fortes variations au fil des années sont notées dans les autres régions. Le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant n'est toujours pas facile et nécessite un approfondissement de l'interrogatoire des parents des enfants et une vigilance accrue de cliniciens pour poser le diagnostic de TB qui ne peut être parfois exclu même en l'absence de preuves bactériologiques.

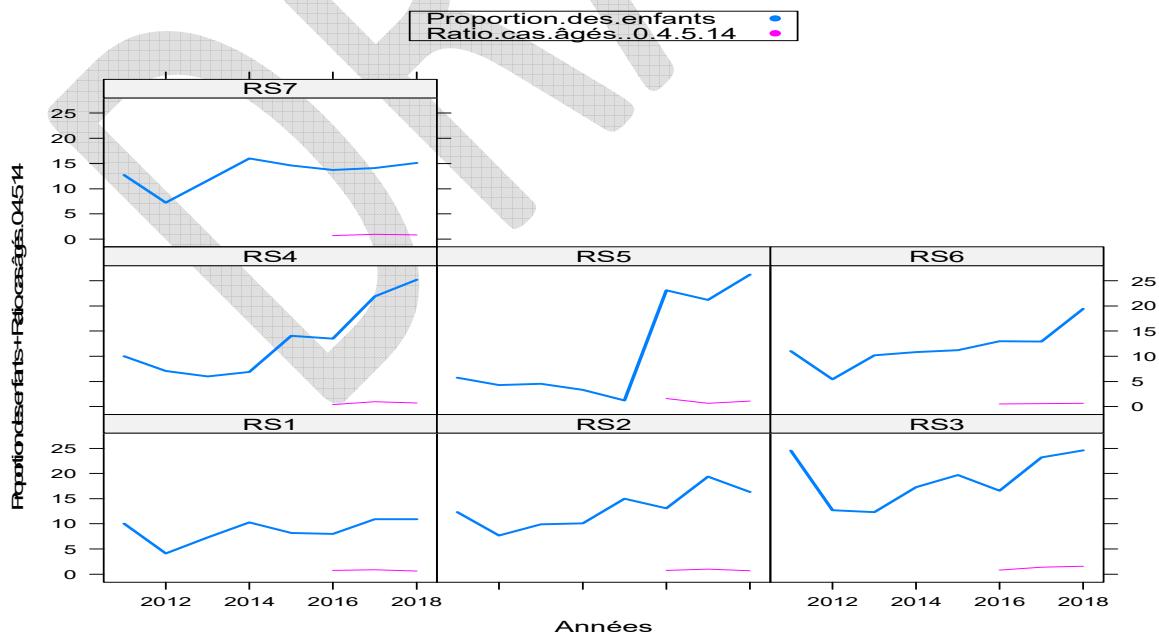


Figure 10. Proportion des enfants de moins de 15 ans parmi tous les cas TB (nouveaux et rechutes) par région en 2018

## **II.8. Populations clés pour la tuberculose**

En RCA, certains membres dans les communautés sont considérés comme des populations clés pour la tuberculose. Ce sont notamment les enfants (0-15 ans), les personnes privées de liberté, le personnel de santé et les personnes vivant avec le VIH, les minorités qui sont les pygmées et les peuhls.

### **II.8.1. Enfants de 0 à 15 ans**

La proportion des cas de tuberculose parmi les enfants de moins de 15 ans est progressivement en augmentation, elle était de 15% en 2016, 16% en 2017 et 17% en 2018. On note une sous notification parmi les enfants, surtout ceux de moins de 5 ans. A cela s'ajoute la faible couverture en capacité de prise en charge de la tuberculose de l'enfant dont la capacité se limite essentiellement au Complexe pédiatrique de Bangui. En dehors du fait que les enfants ne sont pas capables de revendiquer leur droit, le déficit en moyens de diagnostic dans ce groupe de population est criard.

### **II.8.2. Les personnes privées de liberté**

La maison centrale de Ngaragba (Bangui), l'un des plus grands centres de détention du pays, avec une population carcérale d'environ 1 088 personnes en 2019, pour une prison construite pour moins de 500 personnes. Cette prison abrite une infirmerie où sont prises en charge plusieurs maladies qui surviennent chez les détenus. Le personnel de cette infirmerie est composé de deux infirmiers assistés par un agent de santé de la MINUSCA. Un médecin en charge des établissements de santé pénitentiaires dans le pays supervise les infirmiers relevant tous du service de la défense nationale. Une recherche active de la tuberculose à l'entrée de prison est réalisée chez tous les nouveaux détenus à la recherche de symptômes et de signes évocateurs de tuberculose. Outre cette recherche systématique, la recherche de la tuberculose n'est effectuée que si le détenu présente des symptômes. Cependant, les personnes privées de liberté présumés ou confirmés de tuberculose ne sont pas isolées, ces patients vivent dans les mêmes cellules que les autres personnes privées de liberté non malades.

Les échantillons d'expectoration sont acheminés vers le CDT de Saint-Joseph à 2 Km pour recherche de Bacille de Koch. Aucun dispositif de transport des échantillons de crachats n'est en place pour faciliter cette opération. Les cas positifs sont enregistrés dans ce CDT et les médicaments sont envoyés à l'infirmerie de la maison centrale de Ngaragba où le traitement est remis aux malades par le personnel de santé. Aucun traitement n'est directement observé, le traitement couvrant une durée d'une semaine est remis au détenu qui revient après avoir pris ces médicaments pour le ravitaillement. Tous les patients tuberculeux sous traitement antituberculeux et ceux souffrant de malnutrition bénéficient d'un complément alimentaire offert par la Croix rouge (CICR ?).

Le Document de Politique nationale de santé dans les établissements pénitentiaires a noté 8 établissements fonctionnels (Ngaragba, Bimbo, Mbaiki, Bossembélé, Bouar, Berberati, Nola et Bambari) qui comptaient 1228 populations carcérales en 2017. Toutefois, la revue épidémiologique de la TB a noté dans la seule prison de Ngaragba en 2019 une population de 1088 contre 450 notés en 2017. Le nombre de 2167 personnes privées de liberté a été calculé pour l'année 2019 en prenant en compte la proportion de progression du nombre de personnes privées de liberté à la prison de Ngaragba appliquée aux autres maisons carcérales.

Lors de la revue épidémiologique de la tuberculose, une visite à la prison centrale de NGARAGBA a montré que les détenus sont les plus concernés par la tuberculose que toute autre personne au sein de la population centrafricaine. En effet, il a été trouvé parmi eux un taux de notification de 2665 cas pour

100000 habitants, de surcroît les conditions d'incarcération sont plus favorables à la transmission de la maladie, 1088 personnes confinées dans un endroit prévu pour 500 personnes<sup>12</sup>.

Les outils de gestion de la tuberculose dans cette infirmerie consistent en un cahier contenant les éléments Nom, prénom, date d'enregistrement, résultat et carte de traitement de tous les détenus malades. Au total, 29 cas de tuberculose ont été notifiés en 2019 par l'infirmerie de la prison de Ngaragba soit un taux de notification de 2665,4 pour 100 000. Cinq cas de décès liés à la tuberculose ont été enregistrés.

#### **II.8.3. Personnel de santé**

Le personnel de santé constitue aussi des populations clés à la tuberculose. Même si une étude n'est pas faite et que les données le concernant ne sont pas collectées, l'anecdote de la fermeture du laboratoire de microscopie de l'hôpital de District de Bimbo où deux microscopistes ont successivement contracté la tuberculose en dit long.

#### **II.8.4. Personnes vivant avec le VIH**

Pour les personnes vivant avec le VIH, il est évident qu'ils sont plus touchés par la première infection opportuniste avec une prévalence de 26% des tuberculeux co-infectés par le VIH en 2018 et un facteur biologique favorable, car il est prouvé que dans la plupart de cas, les PVVIH font une réactivation endogène de la tuberculose.

#### **II.8.5. Minorités pygmées et peuhls**

Selon la charte des patients élaborée en 2019, célébrée en février 2020, sous l'égide du Ministère de la santé et de la population l'accent est mis sur les principes d'équité, d'égalité, et de la justice en soulignant la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Les minorités ethniques à savoir : les peuhls et les AKA communément appelés pygmées de par leur accessibilité géographique et leur diversité constituent une population d'accès difficile aux soins, pour raison d'éloignement des FOSA. Insérer un paragraphe pour ajouter les pygmées et les peuls.

#### **II.8.6. Miniers**

Insérer le texte

#### **II.8.7. Déplacées internes**

Insérer le texte

### **II.9. Coïnfection tuberculose/VIH et autres comorbidités**

Face à l'ampleur de la coïnfection TB/VIH, l'Organisation mondiale de la Santé a proposé une politique applicable aux activités conjointes TB/VIH pour aider à faire face à la double épidémie de tuberculose et d'infection à VIH. Cette politique s'articule autour de trois axes suivants :

#### **II.9.1. Coordination des activités conjointes TB/VIH et intégration des services**

Un organe de coordination des activités de lutte contre la tuberculose n'est pas mis en place et formalisé à différent niveau du système de santé en RCA. Toutefois, il existe au sein du Ministère de la Santé et

<sup>12</sup> Rapport de la revue épidémiologique de la TB en RCA, 23 septembre au 05 octobre 2019

de la Population, une Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles qui regroupe les deux services de lutte contre la tuberculose et de lutte contre les IST, le VIH et les Hépatites virales. Ceci devrait faciliter la planification et la mise en œuvre commune des activités de collaboration VIH/TB. Le relais de la coordination devrait être assuré au niveau des Régions Sanitaires et de Districts Sanitaires par les Equipes Cadre.

Un plan d'action des activités conjointes Tuberculose/VIH a été développé pour couvrir la période 2017-2021.

L'accès à la prise en charge VIH se fait dans 99 FOSA du pays et la prise en charge de la TB se fait dans 89 FOSA. Sur le plan de l'intégration des services VIH et TB, les FOSA qui font à la fois la prise en charge des deux pathologies sont au nombre de 79. Un total de 20 FOSA ne font que le VIH et 10 FOSA ne font que la TB.

### **II.9.2. Réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH**

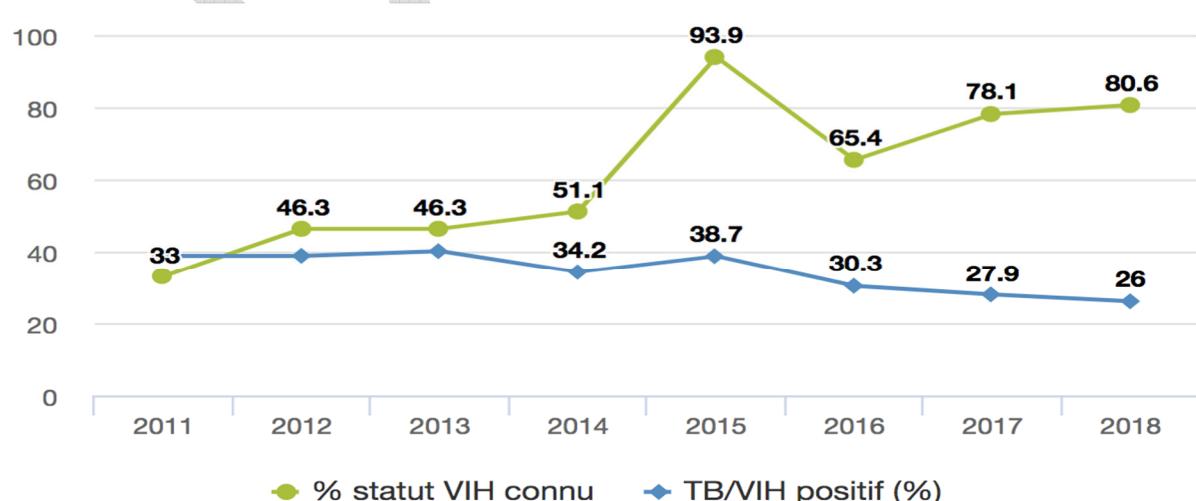
La recherche systématique de la tuberculose chez les PVVIH n'est pas assez mise en œuvre comme le préconise les directives du programme.

Concernant le Traitement Préventif à l'Isoniazide des PVVIH sans signe de tuberculose active, le programme vient de développer les outils et former le personnel pour la mise en œuvre de cette activité qui a commencé en pilote dans trois Formations sanitaires de la ville de Bangui qui développent des activités intégrées TB et VIH (CNRISTAR, CTA de l'HC, Hôpital du jour).

Le programme ne dispose pas encore un plan validé de contrôle de l'infection. Bien que cette problématique soit prise en compte dans les guides de prise en charge de la tuberculose, leur mise en œuvre n'est pas optimale.

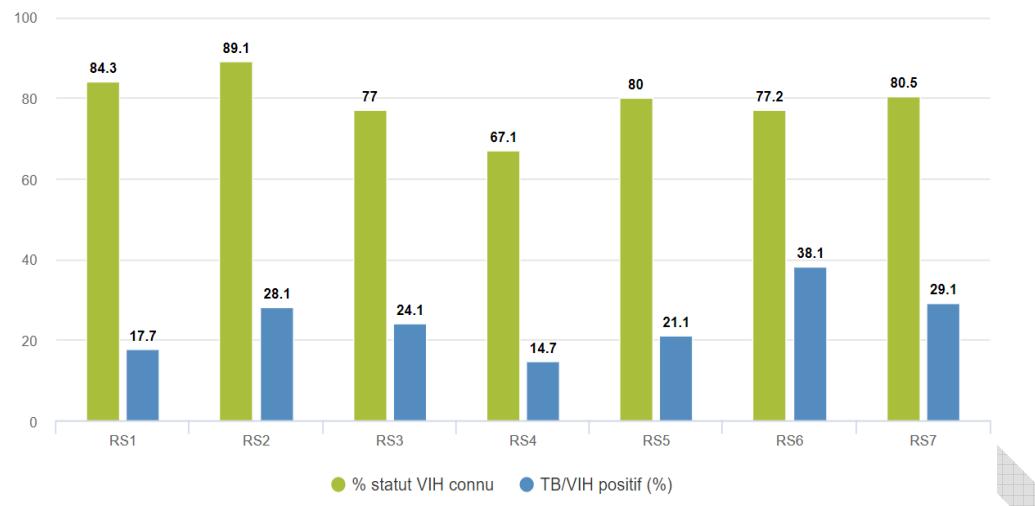
### **II.9.3. Réduction de la charge du VIH chez les patients tuberculeux**

Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux a connu une très forte amélioration entre 2014 et 2015 passant de 51,1% à 94% (*Figure 18*). Après ce pic de 2015, l'activité a chuté en 2016 avant de reprendre progressivement pour atteindre une couverture de 80,6 % en 2018. Durant la même période, la proportion de co-infectés détectés n'a cessé de baisser passant de 38,7% en 2015 à 26% en 2018. Cette situation montre que la recherche du VIH n'est pas systématique chez les patients tuberculeux. Cela pourrait être lié à une faible compétence des agents, mais aussi à une faible disponibilité d'intrants pour le dépistage du VIH.



*Figure 11. Dépistage du VIH chez les cas de TB, RCA, 2011-2018*

Au niveau Infranational, les régions 1, 2, 5 et 7 sont celles pour lesquelles la couverture du dépistage du VIH était supérieure ou égale à 80% en 2018 (*Figure 19*). La région 4, en revanche, présente la plus faible proportion de patients testés pour le VIH (67 %). La prévalence de la co-infection TB/VIH la plus faible (14,7%) a été observée dans la région 4 tandis que la région 6 présentait la plus forte prévalence (38,1%) en 2018.



*Figure 12. Dépistage du VIH chez les cas de TB, par région 2018*

Le pays a été confronté à un problème récurrent de rupture en intrants pour le diagnostic et le traitement du VIH. Les efforts menés pour l'amélioration du dépistage du VIH et l'adoption de la stratégie « test and treat » ont conduit à l'augmentation de la taille des files actives et ainsi la nécessité de rendre disponible plus d'intrants pour la mise sous ARV. Cela expliquerait l'amélioration de la couverture ARV constatée depuis 2016 (*Figure 20*)



*Figure 13. Traitement du VIH chez les cas de TB, RCA, 2014-2018*

En 2018, les régions 1, 2, 3 et 7 ont enregistré les plus fortes couvertures en traitement ARV des patients TB-VIH.

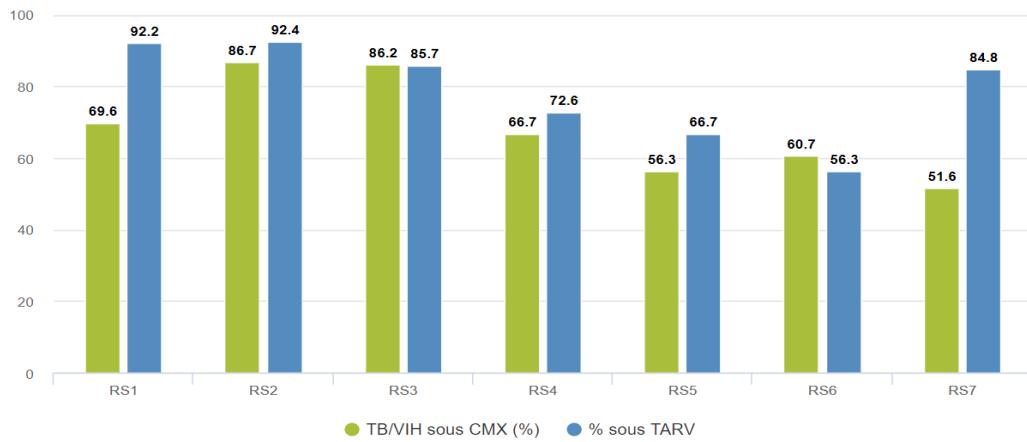


Figure 14. Traitement antiretroviral et au cotrimoxazole par région, RCA, 2018

#### II.9.4. Autres comorbidités

##### Diabète

Les données factuelles disponibles actuellement sur le diabète dérivent de l'analyse de situation sur les maladies non transmissibles à travers les enquêtes (GYTS 2008, STEPS 2010-2011<sup>13</sup>) et la collecte de données de routine dans les formations sanitaires (NCD\_pays 2012, NCD capacity survey AFRO 2013) réalisés en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Fédération Internationale du Diabète. Ces études ont révélé que le pourcentage des adultes ayant des hyperglycémies : 19,6% (17,5-21,7), dont 18,2% (15,3-21,0) chez les hommes et 21,0% (18,3-23,7) chez les femmes. Toutefois le pourcentage des personnes interrogées suivant actuellement un traitement contre l'hyperglycémie est de 0,8% (0,3-1,3) plus proche des statistiques mondiales. Cependant la prévalence estimée du diabète est 5,1% en RCA, dont 5,7% chez les hommes et 5,8% chez les femmes (selon l'OMS 2016)<sup>14</sup>. La prévalence est ainsi parmi les plus élevées de la sous-région.

Il n'y a aucune étude à ce jour orientée vers la tuberculose chez les diabétiques ou la recherche du diabète chez les patients souffrant de la tuberculose.

##### Malnutrition

La prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans était de 23,5% en 2010<sup>15</sup>. Il n'existe pas de données concernant le lien avec la tuberculose en RCA.

##### Tabagisme

Le tabagisme est de plus en plus préoccupant par l'entrée de plusieurs marques de tabac non contrôlées par les autorités compétentes au cours des troubles sociaux survenus dans le pays. L'enquête mondiale sur le tabagisme<sup>16</sup> chez les jeunes a révélé une prévalence du tabagisme de 9% chez les jeunes de moins de 15 ans. Alors que la prévalence chez les adultes âgés de 25 à 64 ans est de 14,1%, dont 22,9% chez

<sup>13</sup> [origin.who.int/entity/chp/steps/2010\\_FactSheet\\_RCA\\_FR](http://origin.who.int/entity/chp/steps/2010_FactSheet_RCA_FR)

<sup>14</sup> [https://www.who.int/diabetes/country-profiles/caf\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/diabetes/country-profiles/caf_en.pdf?ua=1)

<sup>15</sup> Organisation mondiale de la santé, Global Database on Child Growth and Malnutrition, 2010

<sup>16</sup> Global Youth Tobacco Survey, RCA, 2009.

les hommes et 5,5% chez les femmes selon l'enquête STEPS 2010. Toutefois, le PNLT ne dispose pas de données de la tuberculose chez les consommateurs de tabac.

## II.10. Tuberculose pharmaco-résistante

### II.9.1. Taux d'incidence de la TB multi-résistante

Aucune enquête sur la prévalence de la pharmaco résistance aux antituberculeux n'a été réalisée en RCA. En 2018, l'OMS estimait le taux d'incidence de la tuberculose MDR/RR à 3,8 (2.2-5.9) pour 100 000 habitants soit 180 (100-270) cas de MDR/RR ; alors qu'en 2017, ce taux d'incidence était de 3,2. La prévalence de la pharmaco résistance aux antituberculeux était estimée à 0,4% chez les nouveaux cas de TB et 15% chez les cas déjà traités<sup>17</sup>.

### II.9.2. Dépistage et traitement de la tuberculose multi-résistante

Le dépistage systématique de la résistance aux antituberculeux de tous les cas de TB au GeneXpert reste encore limité au niveau de l'Institut Pasteur de Bangui. En effet, en 2019, sur 1368 tests réalisés, 103 ont révélé une résistance à la rifampicine. La mise en œuvre de cette activité est encore difficile à l'intérieur du pays à cause des problèmes de rupture en cartouches GeneXpert pour les régions disposant les machines et la non fonctionnalité des machines GeneXpert dans d'autres régions sanitaires.

Le laboratoire national de référence de mycobactériologie (Institut Pasteur de Bangui) dispose d'une machine GeneXpert et réalise également la culture, l'antibiogramme (ATB) des mycobactéries et assure les activités de la surveillance des résistances aux antituberculeux. Il utilise les techniques de biologie moléculaire notamment le LPA ou le test de Hain pour la détection des gènes de la résistance aux anti-TB de première et deuxième ligne. Le LNR souhaite rendre son plateau technique plus performant en étant capable de réaliser la culture et antibiogramme en milieu liquide avec le MGIT960.

Le laboratoire national de biologie clinique et de santé publique (LNBSP) ne dispose pas de GeneXpert. Il transmet les échantillons au LNR pour le dépistage de la résistance. En 2019, le LNBSP a réalisé 720 microscopies (148 positifs) au 1er trimestre et 515 microscopies (146 positifs) au 2ème trimestre. Aussi, les directives de prise en charge de la TBMR indiquent le test Xpert seulement pour les cas contacts de patient TBMR et les patients déjà traités. Cela explique la faible proportion de patients testés pour la résistance aux antituberculeux qui était de (367 cas) soit 3,3% (figure x). Cette proportion a connu néanmoins une légère hausse passant de 1% en 2015 à 2,7% en 2017. Malgré cette ascension, il a toujours existé un grand gap entre l'incidence estimée par l'OMS et l'incidence notifiée. En 2018, le gap de détection de malades TB-MR est de 120 malades soit 180 contre 60 notifiés.

Au total, 13 appareils Genexpert sont actuellement disponibles dans le pays et répartis comme suit<sup>18</sup> : *(i) 9 appareils sont déjà installés* à savoir 2 appareils à Bangui (LNR/IPB/FM ,Hopital communautaire et 1 à l'hôpital des Castors/MSF Belgique), les autres sont à l'intérieur du pays 2 à Berberati (Fonds Mondial et MSF), 1 à Bambari (Fonds Mondial), 1 à Bouar (St Michel centre de santé confessionnel), 1 à Bossangoa (MSF Hollande), 1 à Batangafo (MSF Espagne), 1 à Bangassou (MSF Belgique). *(ii) 4 autres sont en projet d'installation* par l'OMS (OBO, Mobaye, Grimari/Kouango et Mbaïki à l'intérieur du pays).

Depuis 2012, la RCA dispose d'un protocole de traitement court de 9 mois des cas de la TB-MR dans le cadre d'une étude opérationnelle multicentrique supervisée par l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires. La première édition du guide TB-MR de 2016 a adopté ce régime court pour tout le pays. Le guide a été révisé en 2019 avec l'appui de l'OMS rGLC.

<sup>17</sup> [www.who.int/tb/data](http://www.who.int/tb/data)

<sup>18</sup> Rapport revue épidémiologique TB RCA,2019, OMS.

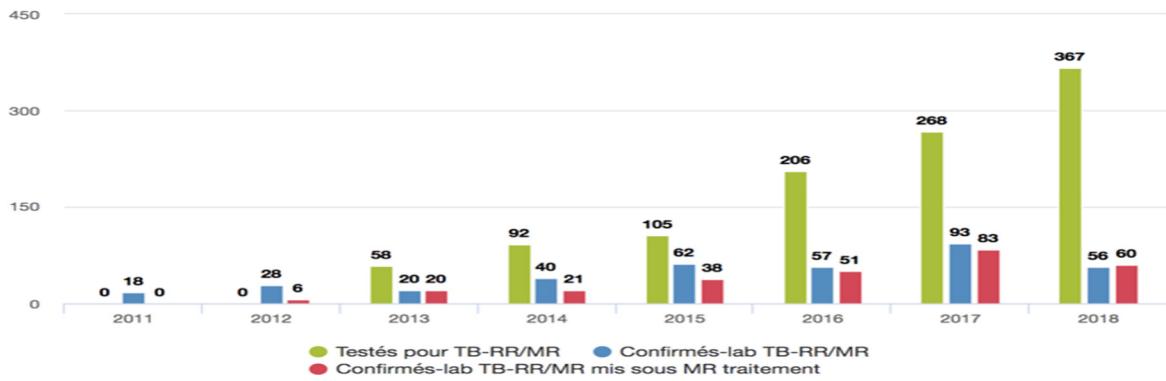


Figure x. Cascade de prise en charge de la TBMR, RCA, 2011-2018

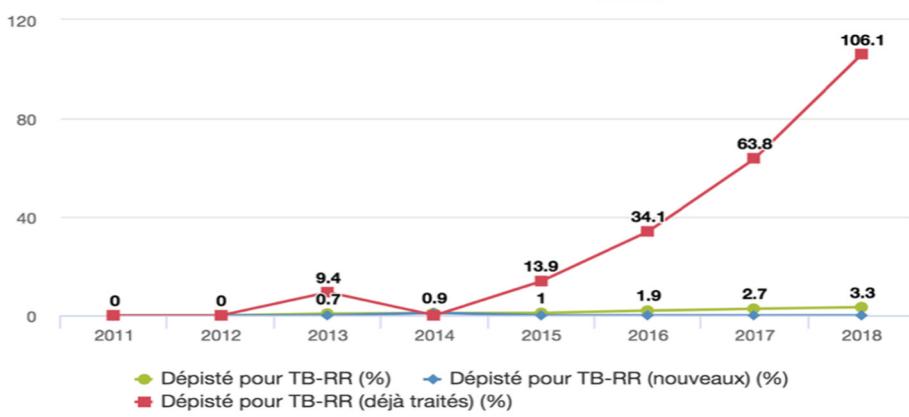


Figure x. Couverture des tests de pharmaco sensibilité parmi les nouveaux, RCA, 2011-2018.

En 2018, tous les cas de TB-PR diagnostiqués ont reçu un traitement de 2ème intention, y compris 4 cas de TBMR confirmés en 2017 qui n'avaient pas été mis sous traitement (Figure 24). La proportion de patients sous traitement de 52,5% en 2014 a augmenté d'année en année pour atteindre 100% en 2018.

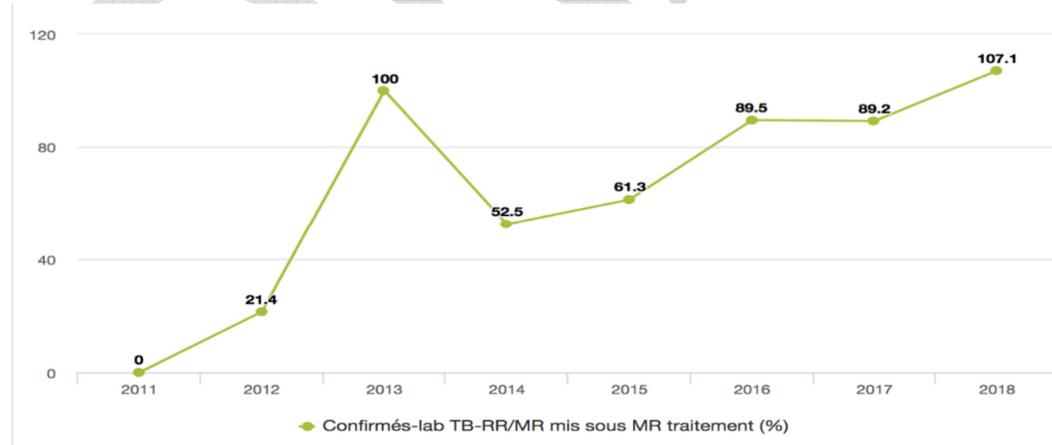


Figure x. Cas TB-MR mis sous traitement de deuxième ligne

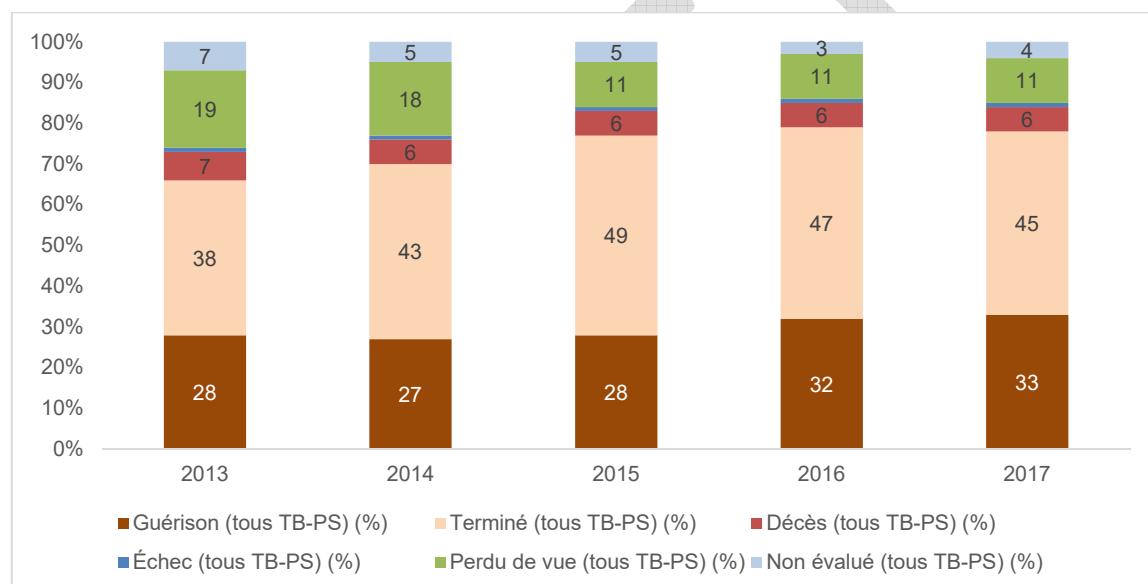
## II.11. Résultats des mises en œuvre

## II.10.1. Résultats thérapeutiques de la Tuberculose pharmaco-sensible (TB-PS)

Au niveau national, le taux de réussite du traitement des cas de TB sensible aux médicaments (nouveaux cas et rechutes) s'est légèrement amélioré au fil du temps pour atteindre un taux de 78% pour les patients mis sous traitement en 2017 ([Figure x](#)). Ce résultat est nettement inférieur à la cible du Plan mondial 2018-2022 de l'OMS pour éliminer la tuberculose (90%). Ceci démontre une prise en charge sous-optimale des patients TB dans le pays. Au cours de cette période, le pourcentage de patients perdus de vue a légèrement diminué, mais est resté très élevé (19% en 2013 à 11% en 2017). La proportion de Malades non évalué a connu aussi une régression passant de 7% en 2013 à 4% en 2017. Ces deux issus thérapeutiques défavorables (Perdus de vue et Non évalué) expliquent la contreperformance du taux de réussite de traitement et méritent des actions correctrices efficaces.

La proportion de décès est restée comprise entre 7% et 6%. Très peu d'échecs ont été enregistrés.

La microscopie n'est pas souvent utilisée pour le contrôle de fin du traitement. Ce qui se traduit par les fortes proportions de patients classés traitement terminé. En effet, de 2013 à 2017, la proportion de patients classés traitement terminé valait le double des patients guéris.



*Figure 15. Résultats de traitement des cas TB-PS diagnostiqués, RCA, 2013-2017*

Au niveau infranational, les meilleurs taux de succès du traitement ont été observés en 2017 dans les 3 régions sanitaires sécurisés (RS7, RS1 et RS2) ([Figure x](#)). Les autres régions ont surtout connu des taux de perdu de vue et de non évalués très élevés. La région RS5 a enregistré le taux de perdu de vue le plus élevé (39%).

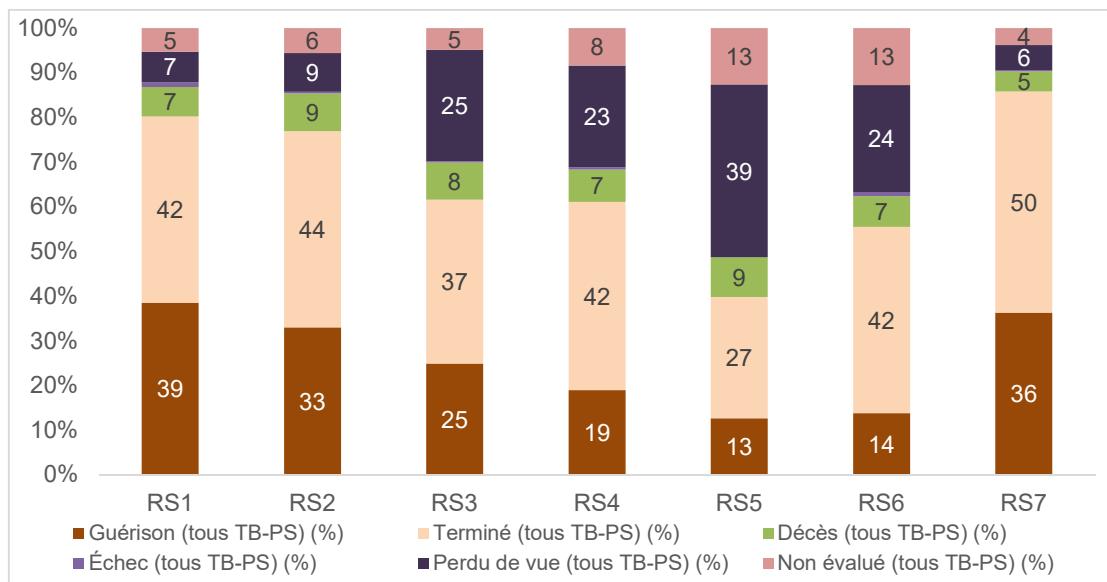


Figure 16. Taux de succès thérapeutique de tous les cas TB-PS par région, RCA, 2013-2017

#### II.10.2. Résultats de traitement des cas de tuberculose déjà traités à l'exclusion des rechutes enregistrés

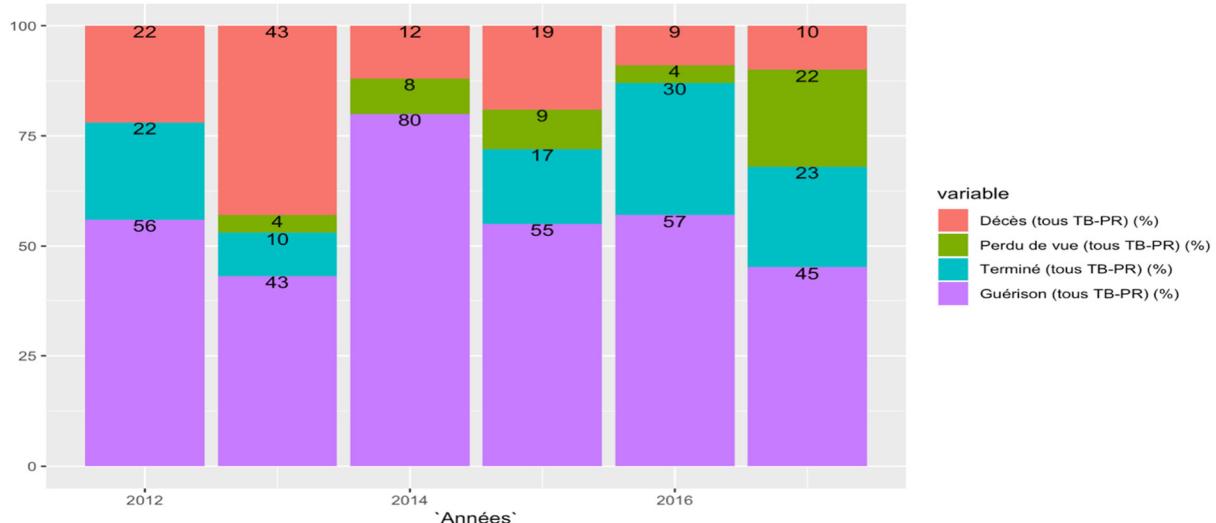
Parmi les cas déjà traités et enregistrés en 2017, le succès thérapeutique était de 73%. Ce taux est aussi faible.

#### II.10.3. Résultats de traitement des cas TB/VIH

Parmi les cas TB/VIH enregistrés en 2017, le succès thérapeutique était de 74% ce taux de succès thérapeutique est encore très faible.

#### II.10.4. Résultats du traitement des cas de la tuberculose Pharmaco-résistante (TB-PR)

Le taux de succès des patients TB-PR a beaucoup baissé en 2017 (68%) comparativement aux années 2016 (87%), 2015 (67%) et 2014 (80%). Comparativement les cultures sont réalisées de façon irrégulière à la fin du traitement, proportion déclarée comme des traitements terminés très élevée (23% en 2017, 30% en 2016, 10% en 2013 et 22% en 2012). Bien que les patients TB-PR bénéficient d'un certain accompagnement durant le traitement pour améliorer l'observance (appui nutritionnel pour les hospitalisés et transport pour les ambulants), la surveillance de ces patients doit être de mise car le nombre augmente depuis la mise en place des appareils GeneXpert dans certains districts.

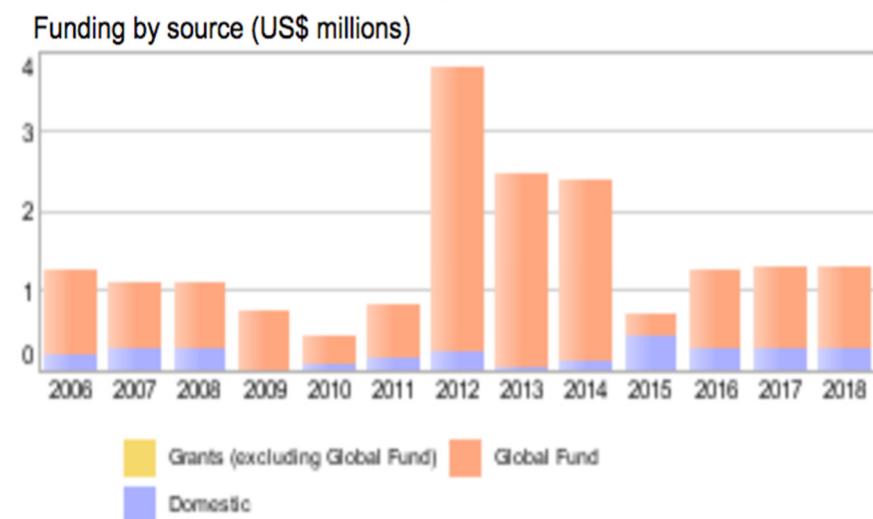


**Figure .** Résultats du traitement des cas de TB-PR, RCA, 2012 et 2017

## II.12. Environnement du programme

### II.11.1. Financement du programme

Le financement de la tuberculose repose principalement sur des contributions extérieures (**Figure 28**). L'État centrafricain paie essentiellement les salaires des fonctionnaires en plus des infrastructures disponibles pour le support des services<sup>19</sup>. Le PNLT bénéficie du soutien technique et financier de certains partenaires de développement, notamment l'OMS, l'Union et le Fonds mondial (FM). Cependant, les contributions financières de ces partenaires restent insuffisantes pour répondre à tous les besoins liés à la lutte contre la tuberculose. En 2018, la tuberculose a été financée à 14% par le budget national, 53% par les fonds internationaux et le GAP financier était de 32%. Le Budget pour la lutte antituberculeuse pour toutes les sources confondues était de 1 285 352 USD en 2018<sup>20</sup>.



<sup>19</sup> Rapport annuel du Programme National de Lutte contre la Tuberculose, 2018.

<sup>20</sup> <https://extranet.who.int/tme/generateCSV.asp?ds=budget>

Figure 28. Financement de la tuberculose (millions de dollars US), 2016-2018<sup>21</sup>

### **II.11.2. Couverture en service de la TB**

La RCA dispose actuellement d'un réseau de 85 CDT dont **15 confessionnels privés** répartis dans tous les Districts sanitaires du pays (voir tableau des CDT en annexe). Le ratio CDT/population est de 1 pour 60000 habitants, ce qui est conforme à la norme de qualité qui est établi à 1 CDT pour 50000 à 150000 habitants. Toutefois, au vu de la faible densité de la population sur le territoire, une partie de la population n'est pas desservie à cause de la distance à parcourir pour accéder à un centre de diagnostic de la tuberculose.

En plus des CDT, le PNLT compte 4 CT et 1 CD (centre de diagnostic).

Les CDT et les CT ne sont pas de centre dédiés uniquement à la tuberculose, mais sont intégrés dans les formations sanitaires (FOSA).

Les ressources humaines de chaque CDT sont constituées d'au moins 2 personnels de santé (soignant et technicien de laboratoire) qui ne font pas que les activités de la lutte antituberculeuse.

### **II.11.3. Implications de la communauté, de la société civile, du secteur privé, confessionnel et ONGs**

Les lois nationales en RCA offrent les facilités de reconnaissance des ONG et OSC. C'est dans cette optique que le Réseau National de Lutte contre la Tuberculose et la Coïnfection TB/VIH dénommé (RNALT) a vu le jour constitué de : CNAVOTUC, Coordination Nationale des Volontaires pour la Lutte contre la Coïnfection TB/VIH, AJLRS Association des Jeunes Refugiées de Lutte contre le VIH, AFDLTV Association des Filles Déplacées de Lutte contre la Tuberculose et le VIH , RNAT Réseau des Anciens Tuberculeux et les organisations des confessions religieuses.

En RCA, le système communautaire est constitué globalement de volontaires communautaires, encadrés par des Associations, les ONG et des structures confessionnelles.

Il existe des modules de formation en IEC/CCC des acteurs communautaires ainsi que le guide d'interventions communautaires qui leur servent à travailler, mais ces documents sont devenus caducs (2012).

La société civile centrafricaine en matière de lutte contre la tuberculose est organisée au sein du Réseau National des Associations de lutte contre la Tuberculose et la coïnfection TB/VIH (RNALT) autrefois nommé Réseau National des Anciens Tuberculeux (RNAT) membre du Conseil National de la Coordination du Fonds mondial CCM/RCA.

Les volontaires communautaires et les associations membres du RNALT participent à la recherche des perdus de vue, à l'orientation des patients, à la sensibilisation de la population, aux visites à domiciles, à l'accompagnement psychosocial, à la mise en œuvre du TDO Communautaire (soutien à l'observance) et à la célébration de la Journée Mondiale de la Tuberculose. La mise en œuvre de ces activités a permis de mener les activités du plan de contingence dans l'enclave du Km5, (site des déplacés des musulmans de Bangui) et la sensibilisation de la population générale dans 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> arrondissement de Bangui. Ces efforts ont permis l'identification et la référence des cas présumés vers les structures de diagnostic parmi lesquels il a été notifié 98 cas de TB et 14 co-infectés TB/VIH.

<sup>21</sup> Rapport de la revue épidémiologique TB,2019

Conformément à l'estimation de l'OMS le pays avec l'aide de tous les acteurs dont la communauté et la société civile doivent dans le cadre d'actions concertées notifier 25000 cas de TB toutes formes chaque année. La réponse nationale n'a notifié que 11032 cas, ce qui donne un gap d'environ 50% de cas manquants. Les autres résultats de la mise en œuvre du programme démontrent encore des insuffisances à travers les indicateurs ci-dessous :

- Un taux de co-infection TB/VIH de 26 % ;
- Un taux de succès au traitement TB pharmaco sensible en 2017 à 78% ;
- Un taux de perdus de vue très élevée (19% en 2013 à 11% en 2017) ;
- Un succès au traitement chez les TB/VIH en 2017 seulement de 74%.

### **Médecine traditionnelle**

La médecine traditionnelle en RCA constitue une branche non négligeable de la santé qui attire une majorité de la population pour les soins. Elle constitue un premier recours pour la plupart des catégories socioculturelles du pays. Ce secteur devra être impliqué dans la mobilisation sociale pour contribuer à l'identification des cas présumés de la tuberculose et leur orientation à temps vers les structures de santé pour une prise en charge correcte.

#### **II.11.4. Gestions de médicaments**

##### **Système du Fonds Mondial (Voir figure)**

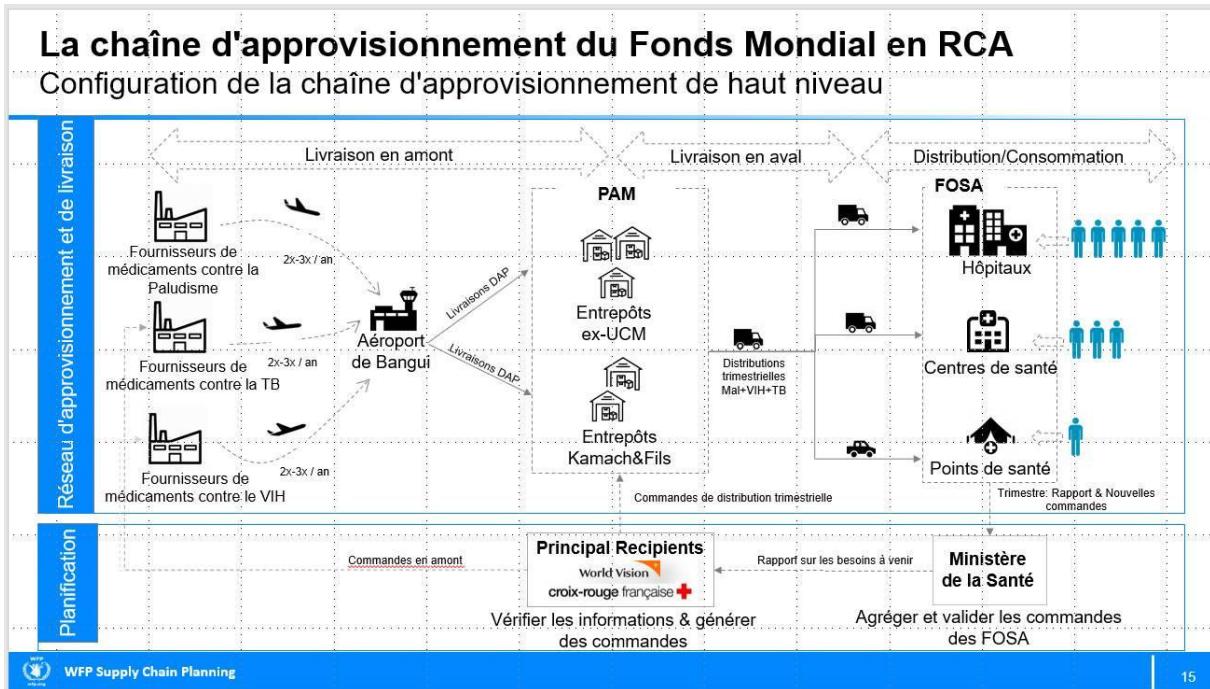
1. Le système Wambo pour les médicaments et intrants de biologie médicale des subventions VIH/SIDA, Tuberculose et paludisme financées par le Fonds Mondial. La distribution à travers le pays se fait suivant les circuits établis, en fonction des axes et proximité des fosas les unes des autres. Ainsi nous avons 5 circuits terrestres et un circuit aérien(UNHAS).
2. L'Association des œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA), dispose d'un dépôt central à Bangui et 14 dépôts périphériques répartis dans les 6 régions.
3. Le réseau des ONG humanitaires où chaque ONG a mis en place son propre circuit d'approvisionnement et de distribution organisé selon son propre fonctionnement, ses procédures internes et sa spécificité en appui au système de santé dans le pays.
4. Les agences du système des Nations Unies (UN) qui gèrent les circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et importent aussi des médicaments à travers leurs propres systèmes d'approvisionnements. Il s'agit notamment de l'UNICEF, l'OMS et UNFPA.
5. Les grossistes répartiteurs (CENTRAPHARM) et dépositaires des firmes privées dont SHALINA.
6. L'UCM, central d'achat des médicaments essentiels, chargée de l'approvisionnement, de la réception, de stockage et de la distribution des médicaments est en état de faillite à ce jour.
7. Mise en place d'un comité de quantification des intrants pour les 3 maladies.

##### **Organismes de mise en œuvre :**

- Bénéficiaires principaux du Fonds Mondial (Croix Rouge Française, World Vision)
- ASSOMESCA

##### **Partenaires financiers**

- Fonds Mondial : Subventions VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme 2018-2020
- SNU (UNICEF, UNFPA, OMS....)
- Union Européenne : Projet Bekou



L’Institut Pasteur de Bangui suit et contrôle la consommation des consommables de laboratoire sur la base des rapports de laboratoire arrivant à l’IPB. L’approvisionnement est dépendant de la disponibilité des fonds chez le PR. L’exploitation des données des rapports est faite par l’IPB ; certains indicateurs pour l’évaluation et la planification ne sont pas disponibles au PNLT.

### II.11.5. Système d’information sanitaire

#### Supports de collecte et circuit des données

Les registres pour la tuberculose sensible sont disponibles dans la plupart des CDT. Bien que ces registres utilisent les nouvelles définitions, les rapports trimestriels ne prévoient pas la désagrégation des cas cliniquement diagnostiqués et extra pulmonaires en nouveaux cas, déjà traités et antécédents de traitement inconnus. Les données concernant les cas présumés ne sont pas disponibles, le registre ne permettant pas de les collecter<sup>22</sup>.

Le laboratoire de référence (Institut Pasteur) ne dispose pas de registre pour rapporter les résultats des examens de GeneXpert et de culture. Ces données sont enregistrées dans un fichier Excel mais les variables minimales ne sont pas conformes à celles des définitions harmonisées de l’OMS.

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

Le PNLT avait déjà bénéficié d’un appui de l’OMS pour la mise en place du DHIS2 (tbhistoric). Il utilise ainsi cette plateforme pour l’enregistrement des données historiques par région sanitaire. Après

<sup>22</sup> Rapport de la revue épidémiologique TB, 2019

la revue épidémiologique de la TB il a été conseillé au PNLT de revoir l'arborescence dans le DHIS2 pour prendre en compte le nouveau découpage du pays en 35 districts sanitaires.

L'adoption du DHIS2 comme plateforme de gestion du SNIS par le pays constitue une opportunité pour le PNLT de passer d'un système de gestion sur fichier Excel à une gestion par le DHIS2.

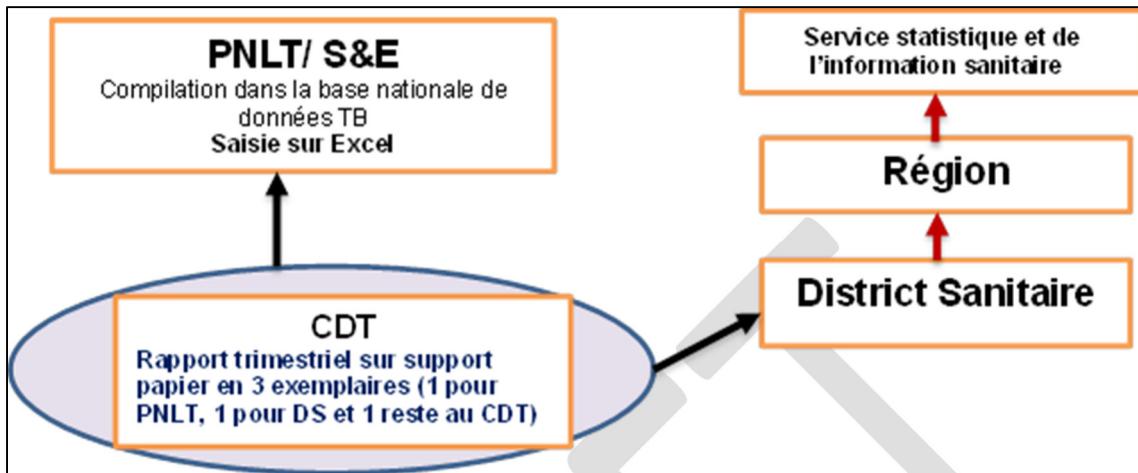


Figure 17. Circuit des données des centres de prise en charge vers le PNLT

#### Contrôle de qualité des données

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

Au niveau des CDT, les rapports trimestriels sont élaborés par le responsable de la prise en charge de la TB et validés par le Médecin/chef du centre avant d'être transmis directement à coordination du PNLT. Une copie du rapport est transmise au niveau du district mais aucun contrôle de qualité n'est effectué à ce niveau. Cela s'explique par le fait que l'organisation sanitaire en district est récente. En effet, les districts n'ont commencé à fonctionner qu'en 2018 et le SNIS n'y est pas encore opérationnel. Pour relever ce défi, il serait nécessaire de renforcer la capacité des membres des équipes cadres des districts.

Une validation des rapports statistiques (dépistage, traitement, laboratoire et médicaments) est réalisée lors des supervisions (équipe de la coordination du PNLT et équipe des directions régionales) en présence des équipes des CDT. Des ateliers de validation des données sont organisés mais de façon irrégulière au niveau central.

Depuis 2015, le taux de complétude des données qui est au-dessus de 90% évolue en dent de scie, il était à 93% en 2015, 98% en 2016, 92% en 2017 et 96% en 2018. Par contre, la promptitude est restée très faible. Les rapports qui devraient parvenir au PNLT 15 jours après la fin du trimestre arrivent souvent très tard.

#### II.11.6. Supervision des activités

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

## **II.11.7. Activités de formations**

Le PNLT ne dispose pas d'un plan de formation ainsi que les modules et guides de formation. Toute fois dans le plan de travail annuel dans la subvention du Fonds Mondial 2018-2020, des séries formations théoriques sur différents thèmes ont été prises en compte à savoir :

- Organiser 1 atelier de recyclage de 3 jours de 25 prestataires de soins infantiles sur la TB de l'enfant (pédiatres, médecins généralistes, infirmiers) de 3 grandes structures sanitaires dans les régions RS 1, 2 et 7 à partir de 2019, organiser 1 atelier/an et par région sanitaire de 25 prestataires
- Organiser 8 sessions de formations de 3 jours de 25 prestataires sur la PEC TB et sur les nouvelles directives pour les régions sanitaires
- Formation/Recycler 250 médiateurs communautaires sur l'approche communautaire de la lutte contre la TB (Recherche enfants, contacts TPB+, Patients irréguliers, détection des tousseurs chroniques, sensibilisation)
- Former les prestataires sur les techniques et méthodes de la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH, conformément aux nouvelles directives de l'utilisation des ARV en RCA version 2017.
- Former en 3 jours 20 infirmiers des 5 établissements pénitentiaires sur la PEC de la TB et VIH en milieu carcéral.

Sur les 11 sessions des formations organisées et dispensées 326 participants en ont bénéficié. Il est à noter qu'en plus de ces formations théoriques, l'on devrait accompagner ces prestataires *in situ* par la mise en œuvre pratiques des connaissances acquises (coaching, tutorat). Or nous constatons toujours certaines insuffisances chez certains prestataires qui ont été formés sur la PEC de la TB. Compte tenu de la faible qualification de nos agents terrain qui sont pour la plupart des agents de santé communautaires, il est important d'adopter la stratégie de coaching/tutorat. Pour cela, il faut élaborer un plan annuel de formation avec des modules adaptés aux différentes catégories des agents.

En ce qui concerne les catégories du personnel cadre (médecins et spécialiste), des séries des formations leur ont été proposées à l'international au niveau national :

- Cours international de l'Union sur la gestion de programme de lutte contre la tuberculose ;
- Cours international de l'union sur la TBMR ;

Jusqu'ici 6 cadres ont pris part à ces formations ce qui reste encore très insuffisant. Pour améliorer la prise en charge de la tuberculose, il est important de favoriser la formation des équipes cadres du district et les responsables des fosas sur la gestion et la PEC de la tuberculose.

## **II.11.8. IEC, CCC**

Pendant l'exercice de la revue des trois programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, des descentes sur le terrain avaient été organisées. Il a été fait le constat d'un déficit des activités d'IEC dans les FOSA et de communication à travers les médias. Des affiches sur la lutte contre la tuberculose n'étaient pas disponibles dans les FOSA et des outils de communication et de sensibilisation n'étaient pas disponibles au niveau du PNLT. Il n'existe pas un plan de communication, ni un personnel dédié à la communication au niveau du programme de lutte contre la tuberculose.

## **II.13. Analyse des forces, des faiblesses par composante de chaque pilier**

## II.11.1. Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient

Tableau : **Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de sensibilité aux médicaments) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque**

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le diagnostic est gratuit pour toutes les formes de la tuberculose dans tous les CDT</li> <li>- La détection des cas de tuberculose a connu une progression entre 2017 et 2018 avec un accroissement de 11% (1-(9819/11032))</li> <li>- Les réactifs et les consommables sont disponibles dans les CDT</li> <li>- Existence d'un laboratoire national de référence pour la mycobactériologie (IPB)</li> <li>- Disponibilité des techniques de la culture/ATB + LPA + GenXpert à l'IPB</li> <li>- Rôle et fonction des laboratoires périphériques et de l'IPB définis</li> <li>- Présence d'un système de contrôle de qualité externe pour l'IPB (IMT Anvers et Afrique du Sud)</li> <li>- Existence d'un plan stratégique de laboratoire pour la TB 2018-2021</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bien que le pays dispose d'un service TB avec un réseau de diagnostic de 85 CDT fonctionnels (1CDT pour 60000 habitants), 4CT, 1 CD, 1 LNR, 8 sites Xpert, l'accès de la population aux moyens de diagnostic reste insuffisant (90% (788/873) des FOSA non impliquées dans la lutte contre la TB).</li> <li>- Seulement environ la moitié des cas de la tuberculose sont dépistés annuellement (en 2018, le PNLT a déclaré 11 032 cas de tuberculose sur 25000 cas estimés par l'OMS).</li> <li>- Connaissance insuffisante de la maladie et de l'offre de service par la population.</li> <li>- Faible accès au diagnostic payant (radiographie 4000FCFA)</li> <li>- Aucune structure n'applique la recherche active de cas de tuberculose qu'il s'agisse des sujet contacts autour des cas index ni auprès des sujets à haut risque tel que les prisonniers, déplacés, miniers, PVVIH</li> <li>- Faiblesse des activités de sensibilisations dans les médias, ni par le système communautaire ni par les affiches</li> <li>- Insuffisance de cartouches de GenXpert pour permettre l'accès universel au diagnostic</li> <li>- Absence de réalisation de TB-LAM pour les PVVIH à un CD4 inférieur à 100</li> <li>- Faible mise en œuvre du système de transport des échantillons des crachats de la périphérie vers un CD, un site GeneXpert et le LNR</li> <li>- Vétustés de certains CDT (bâtiments, locaux, équipements dont les microscopes, biosécurité, place pour archivage...)</li> <li>- Insuffisance d'analyse des données recueillies par le niveau central (IPB)</li> <li>- Le plateau technique du LNBCSP est limité à la bacilloscopie</li> <li>- Absence de cartographie des prestataires privés à but lucratif et humanitaires</li> <li>- Diagnostic de la TB infantile impliquant des frais non couverts (sonde nasogastrique, radiographie, anatomo-pathologie)</li> </ul>

Tableau : **Traitemennt de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients**

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le protocole de traitement est standardisé pour la tuberculose sensible et la tuberculose pharmacorésistante</li> <li>- Gratuité de traitement pour la tuberculose sensible et la tuberculose pharmacorésistante</li> <li>- Disponibilité permanente des médicaments de 1ère et 2ème intention pour la prise en charge thérapeutique des malades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faiblesse dans les résultats de traitement : taux de succès au traitement à 78% contre l'objectif mondial de 90%, taux élevé de PdV (&gt;15%), nombre élevé des non-évalués</li> <li>- Insuffisance du système de soutien aux patients dans le circuit du traitement (effets secondaires, nutrition, déplacement, soutien psychologique, appareils auditifs, TDO)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les malades souffrant de la tuberculose sensible ont bénéfice d'un traitement</li> <li>- Schéma thérapeutique court introduit avec protocole de Pec</li> <li>- Existence de prime de risque/assiduité pour le personnel en charge des patients TB sensibles et TB-MR</li> <li>- Formulations pédiatriques disponibles</li> <li>- Disponibilité de directives du TPI (traitement préventif INH)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prise en charge des effets secondaires et des complications est à la charge du patient (TB-MR).</li> <li>- Décentralisation du traitement insuffisante</li> <li>- Mauvaise tenue des registres de traitement</li> <li>- Faible implication de la communauté (relais communautaires)</li> <li>- Décès de certains malades tuberculeux à bacilles multi résistants avant le traitement</li> <li>- Défaillance de la gestion de stock des intrants</li> <li>- Manque de personnel qualifié pour la prise en charge des patients TB-MR</li> <li>- Les directives de prise en charge de la tuberculose sensible et de la TB-MR ne sont pas mises à jour</li> <li>-</li> </ul>
---	--

Tableau : **Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH et prise en charge des comorbidités**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un plan national 2017-2021 de collaboration TB/VIH</li> <li>- Existence des directives nationales en matière de prise en charge par les ARV prenant en compte la coïnfection VIH/TB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mécanisme de coordination des deux maladies non formalisé et non opérationnel</li> <li>- Insuffisance des moyens de diagnostic et de suivi pour les patients co-infectés VIH/TB (radiographie pulmonaire, GeneXpert, TB-LAM etc.)</li> <li>- Rupture fréquente de tests de dépistage du VIH pour les patients tuberculeux</li> <li>- Faiblesse dans la recherche systématique de la TB chez les PVVIH</li> <li>- Discordance entre les données de la co-infection TB/VIH issues des deux programmes</li> <li>- Pas de plan de contrôle de l'infection dans les formations sanitaires</li> </ul>

Tableau : **Traitemen préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- BCG intégré dans le Programme Elargi de Vaccination et gratuit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de mise en œuvre de la prophylaxie à l'INH chez les PVVIH</li> <li>- Faible mise en œuvre du TPI chez les enfants de moins de 5 ans contacts des cas contaminants</li> </ul>

### II.11.2. Politiques audacieuses et systèmes de soutien

Tableau : **Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement politique</li> <li>- Existence d'un programme national de lutte contre la tuberculose bien structuré</li> <li>- Existence d'un point focal chargé de la coïnfection TB/VIH et de la TBMR au SLT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non mise à jour des outils de gestion du programme : guides techniques, manuel de procédure, cahier des charges, existence de politiques, directives et stratégies de lutte définies dans différents guides techniques (TB sensible chez l'adulte, TB sensible enfant, TB-MR),</li> <li>- Insuffisance dans le mécanisme de motivation (primes) du personnel impliqué dans la mise en œuvre de la subvention</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organigramme non adapté à un organigramme type du PNLT avec descriptions de postes, tâches, cahiers de charges.</li> <li>- Insuffisance des ressources humaines au niveau de la coordination du PNLT (Pas de suivi et évaluation, pas de data manager, pas de répondant de TB de l'enfant, répondant laboratoire...)</li> <li>- Faible contribution financière de l'état</li> <li>- Insuffisance de moyens logistiques pour les supervisions au niveau central et en périphérie</li> <li>-</li> </ul>
--	--

Tableau : **Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés**

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un réseau d'anciens tuberculeux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaboration faible entre le PNLT et les ONGs humanitaires</li> <li>- Faiblesse de l'implication communautaire dans la lutte contre la tuberculose (RENALT, plateforme de la société civile PECOS, organisations à base communautaire, société civile)</li> <li>- Insuffisance de coordination des interventions des acteurs communautaires dans le cadre de la lutte contre la tuberculose/VIH/Paludisme</li> </ul>

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

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence des outils de notification des données</li> <li>- Existence d'une base Excel de saisie des rapports</li> <li>- Disponibilité des outils standardisés de collecte des données</li> <li>- Existence d'un plan de contingence TB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de la mise en œuvre du plan de contingence de la TB pour les cas d'urgence par manque de financement</li> <li>- Insuffisance dans le contrôle de la qualité des données (irrégularité du contrôle)</li> <li>- Insuffisance des activités de supervision</li> <li>- Absence de documentations des activités de dépistage dans les populations à risque (déplacés, personnes privées de liberté, Miniers, PvVIH, le personnel de santé etc.)</li> <li>- Absence d'un registre de laboratoire pour le recueil des données des tests GeneXpert ; culture et test de sensibilité</li> <li>- Arborescence des données du DHIS2 non conforme à la carte sanitaire du pays (région, district et CDT)</li> <li>- Absence de plan stratégique de suivi évaluation et de recherche opérationnelle</li> <li>- Faiblesse dans la distribution des intrants de laboratoire</li> <li>- Absence des données sur les interventions communautaires</li> <li>- Les modules de formation en IEC/CCC sur la PEC de la tuberculose et de la co-infection TB/VIH ne sont pas à jour (2012)</li> <li>- Absence du plan de formation</li> <li>- Absence de manuel de formation</li> <li>- Pas de document sur l'évaluation des formations</li> </ul>

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

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gratuité de la prise en charge</li> <li>- Décret présidentiel sur la gratuité ciblée des soins intégrant la tuberculose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'estimation des coûts supportés par les patients tuberculeux (coûts catastrophiques)</li> <li>- Absence d'assurance maladie ou de mutuel de santé</li> </ul>

### II.11.3. Intensification de la recherche et de l'innovation

Tableau : **Adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduction des GeneXpert dans les moyens de diagnostiques</li> <li>- Révision en cours des directives de prise en charge de la tuberculose pharmaco-résistante avec adoption des nouveaux médicaments (Bédaquiline et Delamanide)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faiblesse dans la maintenance et le recalibrage des appareils GeneXpert</li> <li>- Insuffisance dans le maintien de la source d'énergie</li> <li>- Insuffisance dans les infrastructures</li> <li>- Absence d'un plan de transition pour l'introduction des nouveaux médicaments dans les régimes de traitement de la TB-pharmaco-résistante</li> <li>- Non utilisation du TB-LAM</li> </ul>

Tableau : **Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude TITI (TPI chez l'enfant)</li> <li>- Existence d'une taskforce pour la recherche opérationnelle/recherche implémentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de financement pour la recherche</li> </ul>

### II.14. Analyse opportunités et des menaces pour tous les trois piliers

<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importance accordée au niveau international à l'amélioration des systèmes d'assurance qualité dans les laboratoires (WHO, GLI, CDC, EEQ)</li> <li>- Disponibilité des appareils Xpert MTB/RIF au niveau des partenaires (MSF) et pour d'autres programmes EBOLA</li> <li>- La politique de la gratuité ciblée du gouvernement</li> <li>- Subventions du Fonds mondial</li> <li>- Subvention de l'USAID</li> <li>- Appuis des partenaires OMS, Union</li> <li>- Appuis à la mise en œuvre par MSF</li> <li>- Existence d'une plateforme nationale des organisations de la société civile (mais qui n'intègre pas encore les organisations communautaires de lutte contre la tuberculose)</li> <li>- Existence d'un cluster santé fonctionnel avec une forte présence des humanitaires sur le terrain</li> <li>- Existence d'une politique nationale de santé dans les établissements pénitentiaires</li> <li>- Existence d'un réseau régional des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (CARN-WARN-TB)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insécurité</li> <li>- Dépendance du financement extérieur pour la lutte contre la tuberculose</li> <li>- Existence des zones enclavées d'accès difficile</li> </ul>

### **III. Analyse des lacunes du programme**

Après l'analyse FFOM faite ci-dessus, il ressort 11 principales lacunes identifiées dans le cadre de l'analyse de la situation. Chacune de ces lacunes programmatiques sont analysées ci-dessous pour mettre en exergue les insuffisances et les limites des stratégies qui avaient été utilisées et identifier celles qui pourront être maintenues ou renforcées ou abandonnées ou encore d'autres nouvelles qui pourraient être utilisées au vu de leurs pertinences.

#### **1. Sous notification et sous diagnostic des cas de Tuberculose dans la population générale**

Le constat fait dans les données épidémiologiques de la TB en RCA montre une sous notification des cas de la tuberculose. Le programme ne notifie qu'environ la moitié des cas estimés.

Les stratégies de dépistage et de diagnostic des cas de la TB jusqu'alors utilisées reposent uniquement sur le dépistage passif qui consiste à rechercher la tuberculose chez les personnes qui viennent de manière spontanée dans les FOSAs et qui présentent des signes évocateurs de la tuberculose. Cette stratégie de dépistage passif ne permettait pas d'atteindre tous les cas présumés dans les communautés. En plus, ce diagnostic passif est souvent retardé par une insuffisance de connaissances sur la tuberculose par le personnel de santé et un accès limité au service de laboratoire. Cette stratégie doit être renforcée par d'autres plus productifs qui n'ont pas été prise en compte. Il s'agit notamment du transport des échantillons de crachats des zones éloignées vers les centres de microscopies ou GeneXpert et de la recherche active des cas de la tuberculose dans les groupes à risque, surtout les enfants de moins de 5 ans contacts des cracheurs de bacilles et les personnes privées de liberté. Les cibles d'utilisation de GeneXpert étaient limitées au présumés de la TBMR. De nouveaux algorithmes sont élaborés par le PNLT pour élargir les cibles qui seront prises en compte dans toutes les zones dont les laboratoires disposent de cette technologie.

En outre, certains patients dont la situation nécessitait des examens autres que la microscopie/GeneXpert ou des procédures particulières de prélèvement pour le diagnostic de la TB (Radiographie, le tubage gastrique, la biopsie pour l'examen anatomopathologique), n'ont pas été diagnostiqués. Dans le passé, la stratégie utilisée a été la subvention de ces examens par le financement du Fonds mondial. Deux appareils (Bangui et Berberati) de radiographie pulmonaire ont été achetés sur la subvention Round 9 du Fonds mondial, mais sont malheureusement tous en panne. A cela s'ajoute le faible accès aux nouveaux tests de diagnostic de la tuberculose dont l'appareil Xpert MTB/Rif et TB-LAM.

L'augmentation de la capacité des laboratoires du PNLT en machines GeneXpert supplémentaires et en TB-LAM devrait contribuer à résoudre le problème de sous diagnostic de la TB sensible et de la TB-MR. Les locaux abritant les laboratoires devraient aussi être réhabilités/construits afin de garder les équipements dans de meilleures conditions de fonctionnement et d'utilisation.

Enfin, certains patients diagnostiqués ne sont pas déclarés par les CDT qui n'envoient pas leur rapport de déclaration au PNLT (**3% en 2018**).

#### **2. Faible taux de succès thérapeutiques**

Le taux de succès au traitement n'était que de 78% en 2018 contre l'objectif mondial de 90%. Ces résultats s'expliquent par plusieurs causes dont les plus importantes sont : un taux élevé de perdus de vue de plus de 15%, un taux élevé des non-évalués à 4%, des patients éloignés des CDT qui initient le traitement et l'abandonnent ; des soutiens qui permettent de fidéliser les patients sont soit insuffisants soit absents (disponibilité des médicaments pour les effets secondaires, appui nutritionnel, remboursement de transport, soutien psychologique, renforcement de traitement directement observé) ; une insuffisance d'appui pour le TDO aux patients ; une insuffisance d'information du patient par les prestataires de soins et l'insuffisance/l'absence de relai communautaire en appui au PNLT.

La réponse du PNLT pour adresser ces différentes causes sont décrites ci-dessous avec des mesures qui pourraient améliorer la situation :

- Des crédits de communication octroyés aux responsables des CDT pour le rappel des patients irréguliers. Un système plus performant pour la recherche des patients perdus de vue n'est pas en place. On pourrait préconiser des échéanciers pour se rendre compte rapidement d'un patient irrégulier sous traitement, l'implication des familles et des membres de la communauté dans le système de rappel aux patients pour suppléer au cas des patients qui n'ont pas de téléphone.
- Des efforts doivent être déployés par les CDT pour classer les non-évalués qui peuvent être des perdus de vue pour des transférés dans d'autres CDT ( ??? rayés du registre ou bien résultat notifiés dans le CDT qui reçoit ?).
- La stratégie du PNLT de faire de toutes les autres formations sanitaires du pays des sites satellites pour administrer le traitement afin de rapprocher le traitement du patient n'est pas effective à ce jour. Pour une meilleure mise en œuvre de cette stratégie, au moins une personne par FOSA devrait être formée pour l'administration et le suivi de traitement chez un patient tuberculeux. Sur les 1008 FOSA du pays, seules 89 offrent le traitement antituberculeux.
- Soutiens aux patients
- TDO
- Information du patient

### **3. Faible détection et prise en charge insuffisante des cas TB-MR**

La détection de la TB-MR reste encore faible par rapport à l'estimation de l'OMS. En 2018, le gap de détection de malades TB-MR est de 120 malades soit 180 contre 60 notifiés.

Au total, 13 appareils GeneXpert sont actuellement disponibles dans le pays (voir P 24). Ce qui est insuffisant pour contribuer à la stratégie End-TB. Et l'utilisation des Xpert MTB/Rif existant est limitée par manque de cartouches dans le pays.

Le nombre de centres de traitement des malades TB-MR est limité à 4 à la fin 2019 (CNHU de Bangui, HRU de Berberati, HRU de Bouar et HRU Bambari). Ces centres qui viennent de commencer la prise en charge des cas de TBMR doivent être renforcés pour être aux normes de prise en charge de la TB pharmaco résistante et des mesures de contrôle de l'infection. La majeure partie de malades diagnostiqués et traités sont dans la capitale ; liée aux plateaux techniques et disponibilité de personnel soignant expérimenté. Les cas de patients TB-MR venant de l'intérieur du pays, posent un problème de logement, de transport, de nutrition qui nécessite des appuis.

### **4. Faiblesse dans la mise en œuvre des activités de collaboration TB-VIH**

Dans la mise en œuvre, les programmes VIH et TB n'ont mis en place un cadre de coordination fonctionnel. Un plan conjoint a été faiblement mis en œuvre.

Il n'existe pas de cadre de concertation régulier entre les programmes TB et VIH. L'accès à la prise en charge VIH se fait dans 99 FOSA du pays. Pour la prise en charge de la tuberculose se fait dans 89 FOSA. Les FOSA qui font à la fois la prise en charge du VIH et de la TB sont au nombre de 79, ce qui veut dire que 20 FOSA ne font que le VIH et 10 FOSA ne font que la TB.

Les tests de détection de l'infection à VIH prévus pour le dépistage des patients tuberculeux sont utilisés aussi pour d'autres cibles, ce qui explique de fréquentes ruptures. Le screening systématique de la TB chez les PvVIH a seulement commencé depuis novembre 2019 dans trois sites pilotes CNRISTTAR CTA de l'Hôpital Communautaire et CNHUB de Bangui.

### **5. Mode de distribution des médicaments et des fournitures de laboratoire pas organisée de façon pérenne**

Il existe une ligne budgétaire sur le budget de l'état pour le financement des médicaments antituberculeux mais qui n'a jamais été décaissée. Les médicaments de première et deuxième ligne sont achetés avec la subvention du Fonds Mondial. La coordination/partage d'information (gestion des stocks) pour le suivi des approvisionnements n'est pas suffisante. Toutes les régions ne rapportent pas les niveaux de stock dans les rapports trimestriels ce qui ne permet pas de suivre réellement les besoins en médicaments.

## 6. Faible capacité de gestion du programme

L'équipe de l'unité centrale du programme est **composée de X personnels et X postes vacants**. Ce qui nécessite le renforcement en quantité et des capacités de ce personnel. Les directeurs régionaux et des médecins chefs des districts sont peu impliqués dans la lutte contre la tuberculose qui traditionnellement était organisée par le niveau central en lien direct avec les CDT. Les seules supervisions des CDT sont donc réalisées par le niveau central à intervalle espacé et ne permet pas un suivi régulier des activités. Depuis les deux dernières années que le ministère essaie la mise en place de l'approche district en organisant des missions de supervisions stratégiques avec l'appui de l'OMS pour le renforcement des capacités des cadres des districts ; aussi avec la subvention du Fonds Mondial en cours 2018-2020 l'organisation des supervisions décentralisées des programmes prioritaires (TB/VIH/Paludisme).

## 7. Faiblesse de l'IEC, CCC

On note une insuffisance de connaissance sur la maladie et l'offre de service de communication dans la population.

Les seules occasions saisies tous les ans pour parler de la tuberculose sont les Journées mondiales de lutte contre la tuberculose chaque 24 mars.

Le PNLT ne dispose ni d'un plan de communication, ni d'une ressource humaine dédiée à cette activité. Il existe au sein du Ministère de la santé, une Direction chargée de la communication, mais il n'existe pas un cadre de collaboration pouvant faciliter la prise en compte de la tuberculose dans la communication efficace. Des messages en faveur de la lutte contre la tuberculose devraient être diffusés dans les médias du pays, des outils de communication et de sensibilisation comme des affiches, des dépliants devraient être conçus et diffusés.

## 8. Faiblesse dans le système d'information sanitaire de la tuberculose

Les constats faits dans l'analyse de la situation font ressortir plusieurs causes de la faiblesse du système d'information de la tuberculose. La promptitude et la complétude des données sont encore faibles à cause de la stratégie de la remontée des données basée essentiellement sur l'envoi des supports papiers sachant que dans le contexte du pays, le transport public est presque inexistant.. La collecte et le rapportage des données utilisent encore les supports papiers. Il est aussi utilisé l'envoi des rapports par téléphonie mobile, mais il se pose un problème de la couverture insuffisante en réseau téléphonique sur tout le territoire et aussi un problème de la qualité des données communiquées. Vu que les réseaux de téléphonie permettent presque toujours une possibilité de connexion internet, la fourniture des téléphones androïdes avec la possibilité de filmer les rapports et de les envoyer au programme résoudrait les problèmes de la promptitude et de la mauvaise transcription des données communiquées. Les réunions de contrôle de qualité des données à différents niveaux à savoir dans les CDT, les Districts, les Régions sanitaires et au niveau central résoudrait le problème de la qualité des données. L'implantation du système DHIS2 au niveau du pays renforcerait le stockage, la sécurisation et l'analyse de données du programme TB dans le temps et dans l'espace.

## **9. Faible implication des organisations communautaires, de la société civile et des ONG**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN TB 2017-2021, les activités visant à faciliter l’implication des organisations communautaires, de la société civile et des ONG n’ont pas été mise en œuvre. Ceci pourrait s’expliquer en partie par l’absence de financement de ces activités, la faible coordination des actions communautaires en appui aux 3 programmes et l’inadaptation des activités communautaires.

Au regard de la faiblesse des stratégies précédemment utilisées, les associations communautaires et la société civile préconisent de renforcer la recherche active des cas dans la communauté (cas contacts adultes et enfants, miniers, diabétiques, détenus, PVVIH, PDI) ; de renforcer la recherche active des cas dans les services hospitaliers non TB de renforcer l’appui à l’observance des patients TB, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, de renforcer la protection sociale des patients TB (appui alimentaire, transport, soins d’urgence etc...), de renforcer en IEC/CCC en approche multi-maladie (TB, VIH) en stratégie avancée, à travers les mass média, les réseaux sociaux TIC, de promouvoir la prophylaxie à l’Isoniazide chez les enfants des cas contact, de promouvoir la vaccination des enfants contre la TB.

## **10. Faiblesse dans les activités de la prévention**

Les stratégies de prévention de la tuberculose dans le pays se basent sur la vaccination, le traitement préventif de la TB chez les PVVIH et les enfants contacts des cas contagieux et le contrôle de l’infection.

La vaccination à la naissance des enfants de 0 à 15 jours par le BCG pendant le PEV de routine et aussi en stratégie avancée.

Le PNLT a préconisé l’utilisation du RH en prophylaxie chez les enfants de moins de 5 ans contacts des cas contaminants de tuberculose. Cette intervention a commencé à Bangui dans le cadre du projet TITI dont l’évaluation a donné de bons résultats. Elle devra être étendue dans tous CDT du pays.

La prophylaxie par l’INH est préconisée chez les PVVIH chez qui le screening systématique n’a pas mis en évidence des signes d’une tuberculose évolutive. Cette stratégie vient juste de commencer en pilote dans trois sites de la ville de Bangui. Les leçons apprises de cette mise en œuvre devra être capitalisées pour faciliter l’extension de cette intervention dans les sites de prise en charge par les ARV de tous les Districts sanitaires du pays.

Les mesures de contrôle de l’infection ne sont pas mises en œuvre de façon optimales dans le pays à cause de l’absence d’un plan opérationnel de contrôle de l’infection.

## **11. Faiblesse du financement des activités de la TB**

Le Plan stratégique élaboré pour la période de 2017 à 2021 avait un budget total de xxx. Le montant mobilisé pour la mise en œuvre de ce plan à ce jour est de xxx, ce qui donne un pourcentage de mobilisation de xxx% pour la période de 2017 à 2019 et un pourcentage de xxx% sur le total du montant global du budget du PSN.

Un plan de mobilisation de ressource n’a pas été élaboré pour guider les actions de mobilisation des ressources. Essentiellement le financement du Fonds mondial a été mobilisé. Les activités qui devraient être mise en œuvre dans le cadre d’un plan de mobilisation des ressources telle qu’une table ronde de mobilisation des ressources domestiques n’ont pas été mise en œuvre. De même, le plan de contingence

élaboré comme un document opérationnel du PSN n'a pas été mis en œuvre faute de financement mobilisé.



## **IV. Planification stratégique 2021-2023**

### **IV.1. Principes directeurs**

La République Centrafricaine est une nation où toutes les personnes atteintes de tuberculose bénéficient d'un accès universel aux services de diagnostic et de prise en charge de la maladie sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec une pleine implication des populations. Le PSN prend pour point de départ une approche de la riposte à la TB centrée sur la personne et les droits de l'homme, afin d'en garantir le caractère universel, équitable, participatif, responsable : la gratuité des soins, l'implication des bénéficiaires, la promotion des droits humains, la prise en compte des populations clés, l'équité, genre et solidarité, la décentralisation autant que possible, la multi-sectorialité, la bonne gouvernance et gestion axée sur les résultats, la tutelle des pouvoirs publics, obligation de rendre des comptes, suivi et évaluation.

### **IV.2. Vision**

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

### **IV.3. Mission**

La mission assignée à ce PSN est l'offre d'activités de prévention, de diagnostic et de soins de qualité accessibles à toute la population, grâce tout d'abord à la consolidation du Programme contre la tuberculose dans un système de santé en difficulté et ensuite à l'expansion effective et appuyé par la communauté.

### **IV.4. But**

Réduire le nombre de décès liés à la tuberculose de 2200 en 2015 à 902 en 2023

**Impact 1 :** D'ici 2023 le nombre de décès liés à la TB est réduit de 35% par rapport à 2015

**Impact 2 :** D'ici à 2023 réduire de 20% le taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015 (estimation OMS)

### **IV.5. Objectifs et interventions**

<b>Objectif 1 :</b> Atteindre au moins 25000 cas de tuberculose toutes formes confondues notifiés en 2023 avec un taux de succès thérapeutique au moins à 90%	<b>Intervention 1.1 :</b> Notification et diagnostic de la tuberculose <b>Intervention 1.2 :</b> Amélioration du succès au traitement <b>Intervention 1.3 :</b> Populations clés-enfants <b>Intervention 1.4 :</b> Populations clés-Personnes privées de liberté <b>Intervention 1.5 :</b> Populations clés-populations mobiles (Pygmées, Peuhls, réfugiés et déplacés internes) <b>Intervention 1.6 :</b> Comorbidités
<b>Objectif 2 :</b> Augmenter en 2023 à 181 le nombre de malades mis sous traitement pour une tuberculose multi-résistante ou résistante à la	<b>Intervention 2.1 :</b> Amélioration de la détection, de la prévention et de la prise en charge de la TB-MR

rifampicine et atteindre un taux de succès thérapeutique d'au moins 90%	
<b>Objectif 3 :</b> Renforcer la prise en charge des patients co-infectés tuberculose/VIH par le dépistage systématique de l'infection VIH chez 90% des malades tuberculeux notifiés, la mise sous traitement antirétroviral et le cotrimoxazole chez >95% des patients co-infectés tuberculose/VIH en 2023	<b>Intervention 3.1 :</b> Renforcement des activités de la collaboration TB/VIH
<b>Objectif 4 :</b> Accroître les financements pour la lutte contre la TB et améliorer les capacités de gestion du PNLT	<b>Intervention 4.1 :</b> Amélioration de la gestion du programme <b>Intervention 4.2 :</b> Mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose <b>Intervention 4.3 :</b> Amélioration de la connaissance de la population sur la lutte contre la tuberculose <b>Intervention 4.4 :</b> Gestion des médicaments et des intrants de laboratoire <b>Intervention 4.5 :</b> Surveillance, suivi et évaluation et recherches opérationnelles
<b>Objectif 5 :</b> Améliorer la collaboration avec les communautés, les organisations de la société civile et humanitaires pour la prévention, le diagnostic et le suivi du traitement de la tuberculose (TB)	<b>Intervention 5.1 :</b> Renforcement des activités communautaires, de la société civile et des ONGs en appui au programme

Les interventions stratégiques prioritaires ci-dessous ont été retenues en se basant sur le contexte socio-sécuritaire, l'analyse épidémiologique, les insuffisances, les contraintes, les recommandations d'évaluation du réseau de laboratoires de mai 2015, de la revue des trois programmes en août 2019 et la revue épidémiologique du 23 septembre-05 octobre 2019.

#### IV.6. Cadre logique des objectifs, interventions, cibles et activités

Tableau : Cadre logique des objectifs, des interventions, des cibles et des activités

## V. Plan opérationnel

### Sous forme de tableau

Activité 1.1.4. Soutenir l'accès des patients aux moyens de diagnostic																
Intervention 1.2 : Amélioration du succès au traitement																
Activité 1.2.1. Mettre à niveau les formations sanitaires satellites pour la décentralisation du traitement de la tuberculose plus près des patients diagnostiqués tuberculeux																
Activité 1.2.2. Soutenir les patients sous traitement de la tuberculose sensible à accéder au traitement de la tuberculose pharmacosensible et à l'observance du traitement et le respect du suivi																
Activité 1.2.3. Implication de tous les prestataires (PPM)																
Intervention 1.3 : Populations clés-enfants																
Activité 1.3.1. Assurer le dépistage et le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant																
Activité 1.3.2. Assurer le traitement de la tuberculose chez l'enfant																
Activité 1.3.3. Assurer la prévention de la tuberculose chez l'enfant																

Intervention 1.4 : Populations clés-Personnes privées de liberté														
Activité 1.4.1. Renforcement des capacités des agents pénitentiaires sur la prévention, la détection et la prise en charge des personnes privées de liberté en matière de la tuberculose														
Intervention 1.5 : Populations clés- populations mobiles (Pygmées, Peuhls, réfugiés et déplacés internes)														
Activité 1.5.1. Prise en charge de la tuberculose parmi les Pygmées, Peuhls, réfugiés et déplacés internes et les réfugiés, colonies de pêche, ramassage des chenilles														
Intervention 1.6 : Comorbidités														
Activité 1.6.1 Dépistage, détection et prise en charge des comorbidités														
Objectif 2 : Augmenter en 2023 à 165 le nombre de malades mis sous traitement pour une tuberculose multi-résistante ou résistante à la rifampicine et atteindre un taux de succès thérapeutique d'au moins 90%														
Intervention 2.1 : Amélioration de la détection, de la prévention et de la prise en charge de la TB-MR														

Activité 2.1.1. Renforcer les actions de détection précoce des cas de tuberculose pharmaco-résistante, notamment à l'aide d'outils de diagnostic moléculaire rapide (GeneXpert, LPA, les tests de sensibilité pour les antituberculeux de première et deuxième intention) dans des structures de diagnostic y compris aux niveaux décentralisés													
Activité 2.1.2. Mettre en œuvre les activités de transport des échantillons de crachats des patients TB/RR pour la mise en culture et tests de sensibilité aux médicaments au Laboratoire national de référence de la mycobactériologie (Institut Pasteur de Bangui)													
Activité 2.1.3. Rechercher les personnes contact des patients atteints de tuberculose pharmaco-résistante													

Activité 2.1.4. Faire l'extension de la TB-MR dans tous les hôpitaux régionaux pour la décentralisation de la prise en charge des patients MDR														
Activité 2.1.5. Renforcer les capacités des prestataires de soins à la prise en charge de la tuberculose pharmaco-résistante														
Activité 2.1.6. Soutenir les patients tuberculeux pharmaco-résistants, y compris non médical pour la régularité de traitement et le suivi (SMS, échiquier etc.)														
Activité 2.1.8. Soutenir les activités de suivi de la réponse aux traitements de la tuberculose pharmaco-résistante par les examens cliniques et de laboratoires														
Objectif 3: Renforcer la prise en charge des patients co-infectés tuberculose/VIH par le dépistage systématique de l'infection VIH chez 90% des malades tuberculeux notifiés, la mise sous traitement antirétroviral et le cotrimoxazole chez >95% des patients co-infectés tuberculose/VIH en 2023														
Intervention 3.1. Renforcement des activités de la collaboration TB/VIH														

Activité 3.1.1. Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation intégrée de soins de santé TB et VIH														
Activité 3.1.2. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH et débuter précocement les TARs (les 3 Is contre le VIH/TB)														
Activité 3.1.3. Réduire la charge de morbidité due à l'infection au VIH chez les patients tuberculeux et ceux suspects de TB														
Objectif 4: Accroître les financements pour la lutte contre la TB et améliorer les capacités de gestion du PNLT														
Intervention 4.1. Amélioration de la gestion du programme														
Activité 4.1.1. Le suivi, l'assistance technique et la supervision du niveau national au niveau infranational														
Activité 4.1.2. La planification des ressources humaines/effectifs et la formation à la gestion du programme														

Activité 4.1.3. La coordination avec les autorités locales et du district														
Activité 4.1.4. L'équipement informatique/bureautique														
Activité 4.1.5 Les procédures d'établissement de partenariats, y compris plaidoyer et sensibilisation du public ainsi que la communication des partenaires et programme national, y compris la mobilisation des dirigeants en vue de soutenir la mise en œuvre et la pérennité du programme														
Intervention 4.2. Mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose														
Activité 4.2.1. Mettre en œuvre le plan de contingence														
Activité 4.2.2. Plaider pour l'achat de médicaments pour la tuberculose sensible pour 10% de la cible de 2021 à 2023 sur le budget national														
Intervention 4.3. Amélioration de la connaissance de la population sur la lutte contre la tuberculose														

Activité 4.3.1. Mener les activités d'IEC, CCC															
<b>Intervention 4.4. Gestion des médicaments et des intrants de laboratoire</b>															
Activité 4.4.1. L'intégration de la gestion des produits de santé de lutte contre la tuberculose dans le système national															
<b>Intervention 4.5. Surveillance, suivi et évaluation et recherches opérationnelles</b>															
Activité 4.5.1. Revues du Programme															
Activité 4.5.2. Qualité des données															
Activité 4.5.3. Supervision															
Activité 4.5.4. Formation															
Activité 4.5.5. Recherche opérationnelle															
<b>Objectif 5 : Améliorer la collaboration avec les communautés, les organisations de la société civile et humanitaires pour la prévention, le diagnostic et le suivi du traitement de la tuberculose (TB)</b>															
<b>Intervention 5.1 : Renforcement des activités communautaires, de la société civile et des ONG en appui au programme</b>															
Activité 5.1.1. Renforcer les capacités structurelles, institutionnelles et juridiques des organisations communautaires pour des appuis de coordination des acteurs communautaires dans la vision de la stratégie ENGAGE-TB															

Activité 5.1.2. Renforcer les capacités des acteurs communautaires pour la mise en œuvre des activités de la recherche active des cas, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients tuberculeux													
Activité 5.1.3. Réviser le module de formation en IEC/CCC Valider en 2 jours avec 25 participants et multiplier en 1500 exemplaires ; former en 30 sessions de 3 jours, 30 relais en 2021. Hypothèse coût d'1 atelier/ formation non locale et locale													
Activité 5.1.4. Soutenir les actions de plaidoyer et de communication communautaire en faveurs de la lutte contre la discrimination et de l'éducation aux droits des patients visant à s'attaquer aux normes et stéréotypes de genre néfastes et autres obstacles liés aux droits humains													

Activité 5.1.5. Soutenir y compris financièrement les interventions et les services de proximité communautaires pour les patients atteints de tuberculose, notamment aux activités d'éducation juridique et d'éducation aux droits dans le contexte centrafricain													
Activité 5.1.6. Soutenir les activités de surveillance communautaire de la qualité des services, notamment en ce qui concerne la stigmatisation, la discrimination, la confidentialité et le respect de la vie privée, et le consentement éclairé des patients													
Activité 5.1.7 Mobiliser les groupes de patients et renforcer leurs capacités, les soutenir pour la mise en œuvre des actions de plaidoyer menées par la communauté													

## VI. Plan de suivi et évaluation

N°	Indicateurs	Type	Données de base			Périodicité	Cibles								Commentaires/Hypothèses
			Valeur	Année	Source		2017	2018	2019	2020	2021	2021	2022	2023	
I1	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	Impact	376	2015	OMS	Annuel	376	373	370	367	364	540	540	540	Il est prévu l'optimisation du dépistage de la tuberculose au sein des populations clés ou groupes à risque au cours des 5 ans tout en augmentant le taux de succès thérapeutique à 80% puis au moins 90%. Ces efforts pourront permettre de réduire en moyenne de 3% l'an l'incidence de la tuberculose.
I2	Taux de mortalité par tuberculose pour 100 000 Habitants	Impact	103	2018	Global TB reports	Annuel						103	103	103	
E1	Taux de notification des cas de tuberculose toutes formes (nouveaux et rechutes) pour 100 000 hbts	Effet	95	2016	Rapport Annuel 2016 PNT	Annuel	95	95	97	98	100	60%	65%	70%	En dépit de la progression démographique de 2,5% l'an, il est envisagé de porter le taux de notification de la tuberculose toutes formes et rechutes de 95 cas/ 100 000 hbts en 2016 à 100 cas pour 100 000 habitants en 2019.
E2	Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés	Effet	90%	2015	Rapport Annuel 2016 PNT	Annuel	80%	80%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Augmenter à 80% en 2018 puis au moins 90% le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas bactériologiquement confirmés jusqu'en 2021
E3	Taux de guérison des cas de TB-MR mis sous le régime court de 9 mois	Effet	81%	2016	Rapport Annuel 2016 PNT	Annuel	85%	85%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Atteindre 85% le taux de guérison des cas de TB-MR pris en charge en 2018 puis augmenter ce taux à 90% en 2019

C1	Nombre de nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues et rechutes notifiés (bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués)	Couverture/Produit	9940	2016	Rapport Annuel 2016 PNT	Annuel	10437	10959	12054	13259	14585	17000	21000	25000	L'hypothèse d'une augmentation du taux de notification au cours des 5 ans a été faite. Selon cette hypothèse, le nombre de cas de tuberculose toutes formes et rechutes devrait augmenter de 5% en 2017 et 2018 puis de 10% jusqu'en 2021.
C2	Nombre de cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés (nouveau et rechute)	Couverture/Produit	4839	2016	Rapport Annuel 2016 PNT	Annuel	5081	5335	5868	6454	7099	10880	13440	16000	L'hypothèse d'une augmentation du taux de notification au cours des 5 ans a été faite. Selon cette hypothèse, le nombre de cas de tuberculose toutes formes et rechutes devrait augmenter de 5% en 2017 et 2018 puis de 10% jusqu'en 2021.
C3	Proportion de patients tuberculeux toutes formes testés pour le VIH	Couverture/Produit	66%	2016	Rapport Annuel 2016 PNT	Annuel	70%	80%	90%	90%	90%	90%	92%	95%	L'intégration des soins VIH dans les CDT devrait améliorer les performances de la coïnfection TB/VIH. Accroître à 80% en 2018 et >90% à partir de 2019 le pourcentage de patients tuberculeux testés au VIH
C4	Proportion de patients co-infectés TB/VIH mis sous ARV	Couverture/Produit	77% %	2016	Rapport annuel (depistage) 2016 PNT	Annuel	90%	90%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	L'intégration des soins VIH dans les CDT devrait améliorer les performances de la coïnfection TB/VIH. Accroître la proportion de co-infectés TB/VIH mis sous ARV à au moins 90% en 2017 puis >95% à partir de 2019
C5	Pourcentage de PVVIH ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose documentée sur les sites de prise en charge par les ARV	Couverture/Produit	0%	2015	Rapport de monitoring du PNLS	Semestriel	5%	10%	15%	20%	25%	25%	50%	75%	Accroître de 5% chaque année le pourcentage des PVVIH ayant fait l'objet d'une recherche documentée de la tuberculose dans les sites de prise en charge par les ARV

C6	Nombre de patients TB-MR diagnostiqués RR	Couverture/Produit	62	2015	Rapport Annuel 2015 PNT	Annuel	68	75	82	90	100	163	172	181	Avec l'extension du GeneXpert et l'extension des groupes à risque élevé de résistance, il est envisagé de diagnostiquer plus de cas environ 10% d'augmentation par an. L'enrôlement dans le traitement sera au moins de 90%
	Nombre de présumés TB ayant bénéficié de tests Xperts		Inf à 1%	à 2018	Global TB reports	Annuel									
C7	Nombre de patients TB-MR bénéficiant de test LPA	Couverture/Produit										100%	100%	100%	Tout cas de TB-RR doit bénéficier d'un test LPA mais cela ne doit pas retarder la mise sous traitement
C8	Nombre de patients TB-MR ayant commencé le traitement de 2ème ligne	Couverture/Produit										100%	100%	100%	
C9	Nombre/Proportion de cas de tuberculose toutes formes confondues notifiés parmi les populations clés	Couverture/Produit	21	2016	Rapport annuel PNLT	Annuel	2%	3%	5%	7%	10%	2%			La proportion des cas de tuberculose diagnostiqués parmi les populations clés (seulement les prisonniers, miniers et déplacés internes) est supposée de 10% de l'ensemble des cas de tuberculose toutes formes dépistées.
C10	Nombre/proportion d'enfants parmi les nouveaux cas et rechutes de la tuberculose											3060 (18%)	3990 (19%)	5000 (20%)	Tenant compte de l'estimation de l'OMS dans la proportion de TB de l'enfant dans les pays à forte charge entre 10 à 20% de cas de TB toutes formes. Le rapport mondial sur la tuberculose de 2019 indique pour la RCA, une proportion de 17% des enfants parmi les nouveaux cas et rechutes. Nous avons pris une

														progression de 1% annuel pour atteindre 20% en 2023.	
C11	Pourcentage d'enfants de < 5ans contact des cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés adultes qui bénéficient effectivement d'un traitement préventif à l'INH ou RH	Couverture/Produit	0	2016	Rapport annuel PNLT	Annuel	2%	10%	15%	25%	33%	16320	20160	24000	La mise en œuvre du projet TITI amis en évidence que 2 enfants de moins de 5 ans par cas index TB. Pour le calcul de la cible il été multiplié le nombre de TB bactériologiquement confirmé par 2. Nous savons aussi que 25% de ces enfants contacts font la tuberculose active. Ce qui nous amène à multiplier le nombre d'enfants contacts par 75%.
C12	Pourcentage de PVVIH mis sous un traitement préventif à l'INH ou RH	Couverture/Produit	0	2015	Rapport PNLS	semestriel	5%	10%	15%	20%	25%	3225	2925	5366	L'estimation des nouvelles infections à VIH par le spectrum nous donne 4300 en 2021, 3900 en 2022 et 3500 en 2023 . Pour le calcul de la cible il été multiplié le nombre des nouvelles infections par 75%, sachant que 25% d'entre eux feront la tuberculose active. On a ajouté à la cible de la troisième année celle de la première qui doit remise sous INH 2 ans après en prenant en compte le taux d'attrition (Perdus de vue, décédés, cas de tuberculose active).

C13	Pourcentage de laboratoires de microscopie participant au contrôle de qualité externe organisé par le LNR/IPB et présentant une performance satisfaisante	Couverture/Produit	70%	2016	Rapport LNR/IPB CQ avril 2016	Semestriel	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Un laboratoire a une performance satisfaisante lorsque le pourcentage de lames lues sans erreur majeure est d'au moins 80%. Il est envisagé de maintenir à au moins 90% le pourcentage de laboratoires de microscopie performants dans le réseau.
C14	Pourcentage de CDT n'ayant rapporté aucune rupture de stocks de médicaments pour les 04 molécules essentielles (ERHZ, RH, ERH, S) de 1ère ligne.	Couverture/Produit	98%	2016	Fiche de supervision des CDT	Semestriel	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Il est souhaité d'obtenir 0% de rupture de stock de médicament de 1ère ligne dans tous les CDT.
C15	Pourcentage de patients tuberculeux multi-résistants recevant l'appui alimentaire durant leur traitement	Couverture/Produit	0	2016	Rapport annuel PNLT	Annuel	0%	10%	10%	20%	30%	100%	100%	100%	100%	Il est envisagé de plaider pour la PEC nutritionnelle des patients TB (de concert avec le programme VIH) en ciblant les 5 grands CDT (en nombre) des régions 1, 2 et 7
C16	Pourcentage des CDT de zones insécurisées ayant mis en œuvre un plan de contingence	Couverture/Produit	0	2016	Rapport trimestriel PNLT	Trimestriel	30%	50%	75%	90%	90%					Il est envisagé un plan de contingence dans ce PSN qui sera focalisé pour les CDT situées dans des zones d'insécurité ou d'instabilité
C14	Nombre/Proportion de cas TB toutes formes référés par la communauté		98	2019	Rapport activité RNALT Bangui	à annuel			1%			5%	10%	15%		La donnée de base pour cet indicateur est issue d'un travail réalisé par 4 associations membres de RNALT: dans le 3ème par la communauté islamique (CICA); Association des jeunes réfugiés de lutte contre le sida (AJRLS); association des filles déplacées internes de lutte contre la tuberculose et le VIH (AFDILTV) et dans

													le 4ème, 5ème, 7ème et 8ème arrondissement par la CNAVOTUC (Coordination National des Volontaires pour la Lutte contre la co infection TB/VIH)	
C15	Nombre/Pourcentage de patients TB en succès thérapeutiques ayant bénéficié d'un TDO communautaire										5%	10%	15%	Les données de base ne sont pas disponibles.
C16	Nombre de perdus de vue retrouvés et reorientés dans le circuit de soins.													Les données de base ne sont pas disponibles.

DRH

## VII. Plan d'assistance technique



## VIII. Plan budgétaire

Tableau xxx :

Budget par objectifs, interventions et activités	2 021	2 022	2 023	Total sur 3 ans en euro	%
Objectif 1 : Atteindre au moins 25000 cas de cas de tuberculose toutes formes confondues notifiés en 2023 avec un taux de succès thérapeutique au moins à 90%	2 497 602	2 972 189	3 253 792	8 723 582	<b>65,01%</b>
Intervention 1.1. Détection des cas et diagnostic	749 716	863 141	804 926	2 417 782	<b>18,02%</b>
Activité 1.1.1. Renforcer le plateau technique des laboratoires de diagnostic de la tuberculose sensible	330 452	337 149	400 285	1 067 885	<b>7,96%</b>
Activité 1.1.2. Renforcer le diagnostic de la tuberculose chez les patients présumés par l'utilisation des tests moléculaire, la mise en culture et les tests de sensibilité aux antituberculeux de première intention	9 147	17 471	9 147	35 765	<b>0,27%</b>
Activité 1.1.3. Faire l'extension des laboratoires de diagnostic de la tuberculose dans les Districts et localités dépourvues	378 912	366 300	366 300	1 111 512	<b>8,28%</b>
Activité 1.1.4. Soutenir l'accès des patients aux moyens de diagnostic	31 205	142 222	29 194	202 621	<b>1,51%</b>
Intervention 1.2 : Amélioration du succès au traitement	1 233 506	1 514 416	1 747 434	4 495 355	<b>33,50%</b>
Activité 1.2.1. Mettre à niveau les formations sanitaires satellites pour la décentralisation du traitement de la tuberculose plus près des patients diagnostiqués tuberculeux	32 309	27 771	27 144	87 224	<b>0,65%</b>
Activité 1.2.2. Soutenir les patients sous traitement de la tuberculose sensible à accéder au traitement de la tuberculose pharmaco-sensible et à l'observance du traitement et le respect du suivi	1 184 832	1 455 005	1 707 683	4 347 520	<b>32,40%</b>
Activité 1.2.3. Implication de tous les prestataires (PPM)	16 365	31 639	12 607	60 612	<b>0,45%</b>
Intervention 1.3 : Populations clés-enfants	438 570	533 109	642 441	1 614 120	<b>12,03%</b>
Activité 1.3.1. Assurer le dépistage et le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant	267 831	329 748	394 272	991 851	<b>7,39%</b>
Activité 1.3.2. Assurer le traitement de la tuberculose chez l'enfant	170 739	203 361	248 168	622 269	<b>4,64%</b>
Activité 1.3.3. Assurer la prévention de la tuberculose chez l'enfant	0	0	0	0	<b>0,00%</b>
Intervention 1.4 : Populations clés-Personnes privées de liberté	4 254	2 482	2 482	9 218	<b>0,07%</b>
Activité 1.4.1. Renforcement des capacités des agents pénitentiaires sur la prévention, la détection et la prise en charge des personnes privées de liberté en matière de la tuberculose	4 254	2 482	2 482	9 218	<b>0,07%</b>
Intervention 1.5 : Populations clés-populations mobiles (Pygmées, Peuhls, réfugiés et déplacés internes)	25 737	18 398	18 398	62 532	<b>0,47%</b>

Activité 1.5.1. Prise en charge de la tuberculose parmi les Pygmées, Peuhls, réfugiés et déplacés internes et les réfugiés, colonies de pêche, ramassage des chenilles	25 737	18 398	18 398	62 532	<b>0,47%</b>
<b>Intervention 1.6 : Comorbidités</b>	<b>45 819</b>	<b>40 643</b>	<b>38 112</b>	<b>124 574</b>	<b>0,93%</b>
Activité 1.6.1 Dépistage, détection et prise en charge des comorbidités	45 819	40 643	38 112	124 574	<b>0,93%</b>
Objectif 2: Augmenter en 2023 à 165 le nombre de malades mis sous traitement pour une tuberculose multi-résistante ou résistante à la rifampicine et atteindre un taux de succès thérapeutique d'au moins 90%	587 195	584 075	593 279	1 764 549	<b>13,15%</b>
Intervention 2.1 : Amélioration de la détection, de la prévention et de la prise en charge de la TB-MR	587 195	584 075	593 279	1 764 549	<b>13,15%</b>
Activité 2.1.1. Renforcer les actions de détection précoce des cas de tuberculose pharmaco-résistante, notamment à l'aide d'outils de diagnostic moléculaire rapide (GeneXpert, LPA, les tests de sensibilité pour les antituberculeux de première et deuxième intention) dans des structures de diagnostic y compris aux niveaux décentralisés	82 408	84 009	88 582	254 999	<b>1,90%</b>
Activité 2.1.2. Mettre en œuvre les activités de transport des échantillons de crachats des patients TB/RR pour la mise en culture et tests de sensibilité aux médicaments au Laboratoire national de référence de la mycobactériologie (Institut Pasteur de Bangui)	279 396	279 091	279 091	837 579	<b>6,24%</b>
Activité 2.1.3. Rechercher les personnes contact des patients atteints de tuberculose pharmaco-résistante	9 731	5 500	5 500	20 732	<b>0,15%</b>
Activité 2.1.4. Faire l'extension de la TB-MR dans tous les hôpitaux régionaux pour la décentralisation de la prise en charge des patients MDR	0	5 257	0	5 257	<b>0,04%</b>
Activité 2.1.5. Renforcer les capacités des prestataires de soins à la prise en charge de la tuberculose pharmaco-résistante	20 887	20 887	20 887	62 662	<b>0,47%</b>
Activité 2.1.6. Soutenir les patients tuberculeux pharmaco-résistants, y compris non médical pour la régularité de traitement et le suivi (SMS, échiquier etc.)	179 527	189 330	199 217	568 074	<b>4,23%</b>
Activité 2.1.8. Soutenir les activités de suivi de la réponse aux traitements de la tuberculose pharmaco-résistante par les examens cliniques et de laboratoires	15 245	0	0	15 245	<b>0,11%</b>
Objectif 3: Renforcer la prise en charge des patients co-infectés tuberculose/VIH par le dépistage systématique de l'infection VIH chez 90% des malades tuberculeux notifiés, la mise sous traitement antirétroviral et le cotrimoxazole chez >95% des patients co-infectés tuberculose/VIH en 2023	113 112	88 403	72 049	273 564	<b>2,04%</b>
<b>Intervention 3.1. Renforcement des activités de la collaboration TB/VIH</b>	<b>113 112</b>	<b>88 403</b>	<b>72 049</b>	<b>273 564</b>	<b>2,04%</b>
Activité 3.1.1. Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation intégrée de soins de santé TB et VIH	51 736	48 231	48 231	148 197	<b>1,10%</b>

Activité 3.1.2. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH et débuter précocement les TARs (les 3 Is contre le VIH/TB)	27 721	35 858	19 504	83 083	<b>0,62%</b>
Activité 3.1.3. Réduire la charge de morbidité due à l'infection au VIH chez les patients tuberculeux et ceux suspects de TB	33 655	4 314	4 314	42 284	<b>0,32%</b>
Objectif 4: Accroître les financements pour la lutte contre la TB et améliorer les capacités de gestion du PNLT	1 029 550	479 834	470 458	1 979 842	<b>14,75%</b>
Intervention 4.1. Amélioration de la gestion du programme	403 125	123 836	123 836	650 796	<b>4,85%</b>
Activité 4.1.1. Le suivi, l'assistance technique et la supervision du niveau national au niveau infranational	7 622	7 622	7 622	22 867	<b>0,17%</b>
Activité 4.1.2. La planification des ressources humaines/effectifs et la formation à la gestion du programme	16 693	0	0	16 693	<b>0,12%</b>
Activité 4.1.3. La coordination avec les autorités locales et du district	73 370	73 370	73 370	220 111	<b>1,64%</b>
Activité 4.1.4. L'équipement informatique/bureautique	297 484	34 887	34 887	367 258	<b>2,74%</b>
Activité 4.1.5 Les procédures d'établissement de partenariats, y compris plaider et sensibilisation du public ainsi que la communication des partenaires et programme national, y compris la mobilisation des dirigeants en vue de soutenir la mise en œuvre et la pérennité du programme	7 956	7 956	7 956	23 867	<b>0,18%</b>
Intervention 4.2. Mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose	10 152	0	0	10 152	<b>0,08%</b>
Activité 4.2.1. Mettre en œuvre le plan de contingence	10 152	0	0	10 152	<b>0,08%</b>
Activité 4.2.2. Plaider pour l'achat de médicaments pour la tuberculose sensible pour 10% de la cible de 2021 à 2023 sur le budget national	0	0	0	0	<b>0,00%</b>
Intervention 4.3. Amélioration de la connaissance de la population sur la lutte contre la tuberculose	203 640	50 914	50 914	305 468	<b>2,28%</b>
Activité 4.3.1. Mener les activités d'IEC, CCC	203 640	50 914	50 914	305 468	<b>2,28%</b>
Intervention 4.4. Gestion des médicaments et des intrants de laboratoire	43 820	37 655	37 655	119 130	<b>0,89%</b>
Activité 4.4.1. L'intégration de la gestion des produits de santé de lutte contre la tuberculose dans le système national	6 165	0	0	6 165	<b>0,05%</b>
Intervention 4.5. Surveillance, suivi et évaluation et recherches opérationnelles	368 813	267 430	258 054	894 297	<b>6,66%</b>
Activité 4.5.1. Revues du Programme	6 165	6 165	6 165	18 495	<b>0,14%</b>
Activité 4.5.2. Qualité des données	103 642	103 642	103 642	310 927	<b>2,32%</b>
Activité 4.5.3. Supervision	115 102	113 106	113 106	341 315	<b>2,54%</b>
Activité 4.5.4. Formation	45 354	44 516	35 140	125 010	<b>0,93%</b>
Activité 4.5.5. Recherche opérationnelle	98 549	0	0	98 549	<b>0,73%</b>

Objectif 5: Améliorer la collaboration avec les communautés, les organisations de la société civile et humanitaires pour la prévention, le diagnostic et le suivi du traitement de la tuberculose (TB)	390 466	143 330	143 330	677 126	<b>5,05%</b>
Intervention 5.1 : Renforcement des activités communautaires, de la société civile et des ONG en appui au programme	390 466	143 330	143 330	677 126	<b>5,05%</b>
Activité 5.1.1. Renforcer les capacités structurelles, institutionnelles et juridiques des organisations communautaires pour des appuis de coordination des acteurs communautaires dans la vision de la stratégie ENGAGE-TB	153 588	9 757	9 757	173 101	<b>1,29%</b>
Activité 5.1.2. Renforcer les capacités des acteurs communautaires pour la mise en œuvre des activités de la recherche active des cas, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients tuberculeux	97 761	77 932	77 932	253 625	<b>1,89%</b>
Activité 5.1.3. Réviser le module de formation en IEC/CCC Valider en 2 jours avec 25 participants et multiplier en 1500 exemplaires ; former en 30 sessions de 3 jours, 30 relais en 2021. Hypothèse coût d'1 atelier/ formation non locale et locale	49 126	0	0	49 126	<b>0,37%</b>
Activité 5.1.4. Soutenir les actions de plaidoyer et de communication communautaire en faveurs de la lutte contre la discrimination et de l'éducation aux droits des patients visant à s'attaquer aux normes et stéréotypes de genre néfastes et autres obstacles liés aux droits humains	47 337	14 538	14 538	76 412	<b>0,57%</b>
Activité 5.1.5. Soutenir y compris financièrement les interventions et les services de proximité communautaires pour les patients atteints de tuberculose, notamment aux activités d'éducation juridique et d'éducation aux droits dans le contexte centrafricain	10 094	10 094	10 094	30 281	<b>0,23%</b>
Activité 5.1.6. Soutenir les activités de surveillance communautaire de la qualité des services, notamment en ce qui concerne la stigmatisation, la discrimination, la confidentialité et le respect de la vie privée, et le consentement éclairé des patients	31 010	31 010	31 010	93 031	<b>0,69%</b>
Activité 5.1.7 Mobiliser les groupes de patients et renforcer leurs capacités, les soutenir pour la mise en œuvre des actions de plaidoyer menées par la communauté	0	0	0	0	<b>0,00%</b>
<b>Total</b>	<b>4 578 718</b>	<b>4 230 176</b>	<b>4 495 253</b>	<b>13 304 147</b>	<b>99,15%</b>

## **IX. Plan de préparation aux situations d'urgence**



## Bibliographie



**Annexes**

