



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LA TUBERCULOSE 2016-2020**

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE
(PNLT)**

CÔTE D'IVOIRE

JANVIER 2015

PREFACE

En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait l'incidence de la tuberculose toutes formes confondues à 172 cas pour 100 000 habitants en Côte d'Ivoire. Depuis sa création en 2001, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) n'a cessé de dépister un nombre croissant de malades tuberculeux. Les cas notifiés sont passés de 15 541 en 2000 à 25 299 en 2013, soit une hausse annuelle moyenne de 4,0%. De sorte que La tuberculose reste un problème de santé publique en Côte d'Ivoire, malgré les interventions mise en œuvre visant à la contrôler.

Toutefois, les indicateurs de Performance du programme ont atteint un niveau relativement satisfaisant grâce à l'effort du Gouvernement, des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et des autres acteurs engagés dans la lutte contre la tuberculose. En effet, le taux de succès thérapeutique pour la cohorte de 2012 est de 81% chez les nouveaux cas à microscopie positive pour une cible mondiale de 90% à l'horizon 2015.

Malgré une progression satisfaisante vers l'atteinte des OMD, des faiblesses subsistent et méritent une synergie d'actions entre les différents acteurs et partenaires engagés dans cette lutte pour y remédier. A cet effet, le présent plan stratégique 2016-2020 est élaboré avec l'appui des partenaires. Ce plan s'inscrit dans le cadre de la poursuite de l'extension et du renforcement de la stratégie "Halte à la Tuberculose", et de la mise en place progressive des stratégies post-2015. Il concourt ainsi à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la tuberculose et des cibles post-2015 du partenariat "Halte à la Tuberculose". Enfin, ce plan répond à la volonté de mettre en œuvre l'approche ENGAGE-TB recommandée par l'OMS et qui consiste notamment à renforcer et formaliser la collaboration avec les acteurs de la société civile dans la lutte contre la tuberculose.

Le Ministre en charge de la Santé, par la présente, remercie vivement tous les acteurs engagés dans la lutte contre l'endémie tuberculeuse et les partenaires qui interviennent dans le domaine de la santé pour leur appui technique et financier. Il en profite pour solliciter la poursuite de cet appui dans la mise en œuvre du présent plan stratégique.

Abidjan, le 2015

Le Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida

Dr. Raymonde GOUDOU-COFFIE

REMERCIEMENTS

Ce plan stratégique 2016-2020 a été élaboré sous la direction du Dr. Jacquemin KOUAKOU, Directeur-Coordonnateur du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) de Côte d'Ivoire.

Le comité de rédaction était composé des structures suivantes : PNLT, Caritas, PNLIS, Alliance, DIPE, COLTMR.

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida à travers la coordination du Programme et le comité de rédaction tiennent à exprimer leurs remerciements au Fonds Mondial, à l'Union et à Stop TB Partnership, pour leur contribution à la finalisation du plan stratégique de lutte contre la tuberculose de Côte d'Ivoire.

Les remerciements vont également :

- ✓ à tous les membres des parties prenantes ayant participé aux différents processus notamment la réunion de mobilisation et à l'atelier de validation,
- ✓ à l'OMS, au PEPFAR, au CCM pour leur appui technique et/ou financier au cours des différentes étapes du processus d'élaboration du plan stratégique.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABREVIATIONS	5
I- ANALYSE SITUATIONNELLE	9
1.1- Présentation de la Côte d'Ivoire	9
II)- POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ET PRIORITES SANITAIRES DU PAYS	11
III)- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	11
✓ Système communautaire pour la santé	15
✓ Médecine traditionnelle	15
1.3.1- Poids de la tuberculose en Côte d'ivoire	18
1.3.2- Réponse nationale	18
1.4- Analyse stratégique (SWOT)	27
1.4.1- Forces	27
1.4.2- Faiblesses	33
1.4.3- Opportunités et menaces	40
1.6- Vision, but, objectifs, populations cibles, interventions et activités du plan stratégique 2016-2020	42
• POPULATIONS CIBLES DU PROGRAMME :	43
II- BUDGET ET FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE	61
III- PLAN DE SUIVI-EVALUATION	62
IV- PLAN OPERATIONNEL	63
V- PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE	64

LISTE DES ABREVIATIONS

APSR	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
BAAR	Bacille Alcoolo Acido Résistant
CADA	Centre de Diabétologie d'Abidjan
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
Caritas CI	Caritas Côte d'Ivoire
CAT	Centre Antituberculeux
CC	Conseiller Communautaire
CCM	Country Coordination Mechanism
CDC	Center for Disease Control
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CECI	Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CNACI	Comité National Antituberculeux de Côte d'Ivoire
COGES	Comité de Gestion
COLTMR	Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
CSE	Chargé de Surveillance Epidémiologique
CT	Centre de Traitement
CTM	Cotrimoxazole
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DDS	Direction Départementale de la Santé
DEPS	Direction des Etablissements et Professions Sanitaires
DFR	Direction de la Formation et de la Recherche
DHIS2	Data Health Information System 2
DIEM	Direction des infrastructures, de l'Equipeement et de la Maintenance
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DMOSS	Direction de la Mutualité, des Œuvres sociales et Sanitaires
DOTS	Traitement Directement Observé de courte durée
DQA	Data Quality Assesment
DRS	Direction Régionale de la Santé
E	Ethambutol
ECD	Equipe Cadre du District
EDS	Enquête Démographique de Santé
EEQ	Evaluation Externe de la Qualité
ENV	Enquête de niveau de Vie des ménages
EPN	Etablissement Public National
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
FM	Fonds Mondial
GDF	Global Drug Facility
GLC	Green Light Committee
GSA	Groupe Scientifique d'Appui
GTT	Groupe Technique de Travail
H	Isoniazide
HG	Hôpital Général
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Intervalle de Confiance
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDR	Intra Dermo Réaction à la tuberculine
INFAS	Institut national de Formation des Agents de Santé

INFS	Institut national de Formation Sociale
INH	Isoniazide
INS	Institut National de Statistiques
IPCI	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
LED	Light Emitting Diode
LNR	Laboratoire National de Référence
LPA	Line Probe Assay
LSR	Laboratoire Supra national de Référence
Union	Union Internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires
MAC	Maison d'Arrêt et de Correction
MACA	Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan
MGIT	Bactec MGIT 960 System
MR	Multirésistante
N	Nombre
ND	Non Disponible
NPSP-CI	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations unies pour le Sida
OSC	Organisation de Santé Communautaire
PCR	Polymérase Chain Réaction
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (Plan d'Urgence du Président Américain pour la lutte contre le Sida)
PNB	Produit National Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNPEC	Programme National de Prise en Charge des PVVIH
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSSU	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPH	Pneumo- Phtisiologie Humaine
PPM	<i>Partenariat Public Mixte</i>
PTTE	Pays Pauvre Très Endetté
PTF	Partenaires techniques et Financiers
PVVIH	Personnes Vivants avec le VIH
R	Rifampicine
RC	Relais Communautaires
RDQA	Rapid Data Quality Assesment
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMDHD	Rapport Mondial sur le Développement Humain Durable
RP	Réceptiendaire Principal
RR	Rifampicine Résistant
S	Streptomycine
SARA	Service Availability and Readness Assessment
SIG	Système d'Information et de Gestion
SF	Sage-Femme
SMIT	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose Multirésistante
TB-RR	Tuberculose Rifampicine Résistante
TB-UR	Tuberculose Ultra Résistante
TDO	Traitement Directement Observé
TEP	Tuberculose Extra Pulmonaire

TL	Technicien de Laboratoire
TPI	Traitement Préventif à l'Isoniazide
TRx	Technicien de Radiographie
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UFR-SM	Unité de Formation et de Recherche en Sciences Médicales
UFR-SPB	Unité de Formation et de Recherche en Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
TPM-	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Négative
TPS	Tradipraticiens de santé
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
XDR	Ultra Résistant

RESUME EXECUTIF

La tuberculose reste un problème de santé publique en Côte d'ivoire. En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait l'incidence de la tuberculose toutes formes confondues à 172 cas pour 100 000 habitants en Côte d'ivoire. Depuis sa création en 2001, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) n'a cessé de dépister un nombre croissant de malades tuberculeux. Les cas notifiés sont passés de 15 541 en 2000 à 25 299 en 2013, soit une hausse annuelle moyenne de 4,0%.

Malgré une progression satisfaisante vers l'atteinte des OMD, des faiblesses subsistent et méritent une synergie d'actions entre les différents acteurs et partenaires engagés dans cette lutte pour y remédier. A cet effet, le présent plan stratégique 2016-2020 est élaboré avec l'appui des partenaires et met un accent sur les déterminants de la santé ignorés lors de la précédente stratégie y compris les inégalités genres et les questions de droits humains qui sont des barrières à l'accès aux services pour les groupes les plus vulnérables.

Le présent plan 2016-2020 vise à terme une Côte d'ivoire sans tuberculose (zéro décès, aucune morbidité ni souffrance dues à la tuberculose).

Le but visé est de réduire le taux de mortalité liée à la tuberculose de 20% à l'horizon 2020 par rapport à l'année 2015.

Les objectifs fixés dans le cadre de ce plan stratégique sont :

Objectif 1. Accroître la notification des cas de tuberculose toutes formes de 25 299 en 2013 à 27 156 en 2020

Objectif 2. Atteindre **85%** de taux de succès thérapeutique chez les cas de tuberculose bactériologiquement confirmés d'ici 2020

Objectif 3. Augmenter la proportion de patients TB/VIH bénéficiant du traitement ARV de 55% en 2012 à au moins 90% en 2020

Objectif 4. Atteindre **80%** de taux de succès thérapeutique chez les malades multi-résistants mis sous traitement de 2^{ème} ligne d'ici 2020

Objectif 5. Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme et des acteurs communautaires à tous les niveaux.

Résultats attendus:

- Notification de la tuberculose améliorée,
- Succès thérapeutique des malades de la tuberculose amélioré,
- Prise en charge de personnes coinfectedes TB/VIH améliorée,
- Prise en charge des malades avec tuberculose multi résistante améliorée,
- Riposte médicale des enfants avec la TB améliorée,
- Plaidoyer, communication, mobilisation sociale et pérennisation des interventions communautaires,
- Capacités institutionnelles renforcées.

Le budget total prévu est de **110 515 740,91 EUROS soit 72 493 573 860 Francs CFA.**

1.1.2- Contexte politique et socio-économique

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

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

L'économie nationale a connu une légère amélioration depuis 2004 grâce aux ressources engendrées par l'extraction pétrolière, le développement du secteur des télécommunications et le commerce. Le taux de croissance économique était respectivement de 9.8% et 8.8% en 2012 et 2013¹.

Néanmoins, elle est classée au 168^{ème} rang sur 187 pays pour son Indice de Développement Humain avec un Produit National Brut (PNB) de 1 593 \$US par habitant la situant parmi les pays à faible revenu selon le RMDHD 2013 du PNUD

La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté était évaluée à 38,4% en 2002, selon une enquête menée par l'INS. Ce taux était de 48,9% en 2008 selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV 2008). Cette proportion est estimée actuellement à de 42,7% (seuil de pauvreté nationale) selon le RMDHD de 2013.

1.1.3- Contexte sanitaire

i)- Profil sanitaire

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

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

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

La situation des trois maladies prioritaires se présente comme suit :

- En 2008, l'incidence du paludisme en population générale est de 84,16‰ et de 217,31‰ chez les enfants de moins de 5 ans. Il a été la première cause de consultation (42,3% des cas) et d'hospitalisation (28,9%) en 2012 selon l'annuaire statistique 2012 du Ministère de la santé.

¹ Source database worldbank 2013

- Selon l'Enquête Démographique de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011-2012, la prévalence du VIH chez les 15-49 ans est de 3,7%. Elle est de 4,6% chez les femmes et de 2,7% chez les hommes pour la même tranche d'âge. Elle est en diminution par rapport à son niveau de 2005 où elle s'était à 4,7%.
- L'incidence notifiée des nouveaux cas de tuberculose contagieuse est de 64 cas pour 100 000 habitants en 2013. Cette incidence est de 106 cas pour 100 000 habitants pour tous les cas de tuberculose.

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

L'enquête a également donné un aperçu de la situation de l'hypercholestérolémie, de l'obésité, de l'alimentation déséquilibrée et de l'inactivité physique.

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

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

ii)- Politique nationale de santé et priorités sanitaires du pays

Le Gouvernement, à travers le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida a élaboré la Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015. Le PNDS 2012-2015 vise à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations.

Pour le renforcement de la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales, six (6) résultats ont été retenus :

- l'efficacité de la réponse nationale face au VIH/Sida est renforcée,
- la lutte contre le paludisme est renforcée,
- la lutte contre la tuberculose est renforcée,
- la lutte contre la malnutrition est renforcée,
- la lutte contre les infections nosocomiales est renforcée,
- la lutte contre les autres maladies est renforcée.

iii)- Organisation du système de santé

L'organisation du système sanitaire ivoirien est de type pyramidal avec deux versants: un versant administratif et un versant de l'offre de soins. Chaque versant comprend trois niveaux comme représenté ci-dessous :

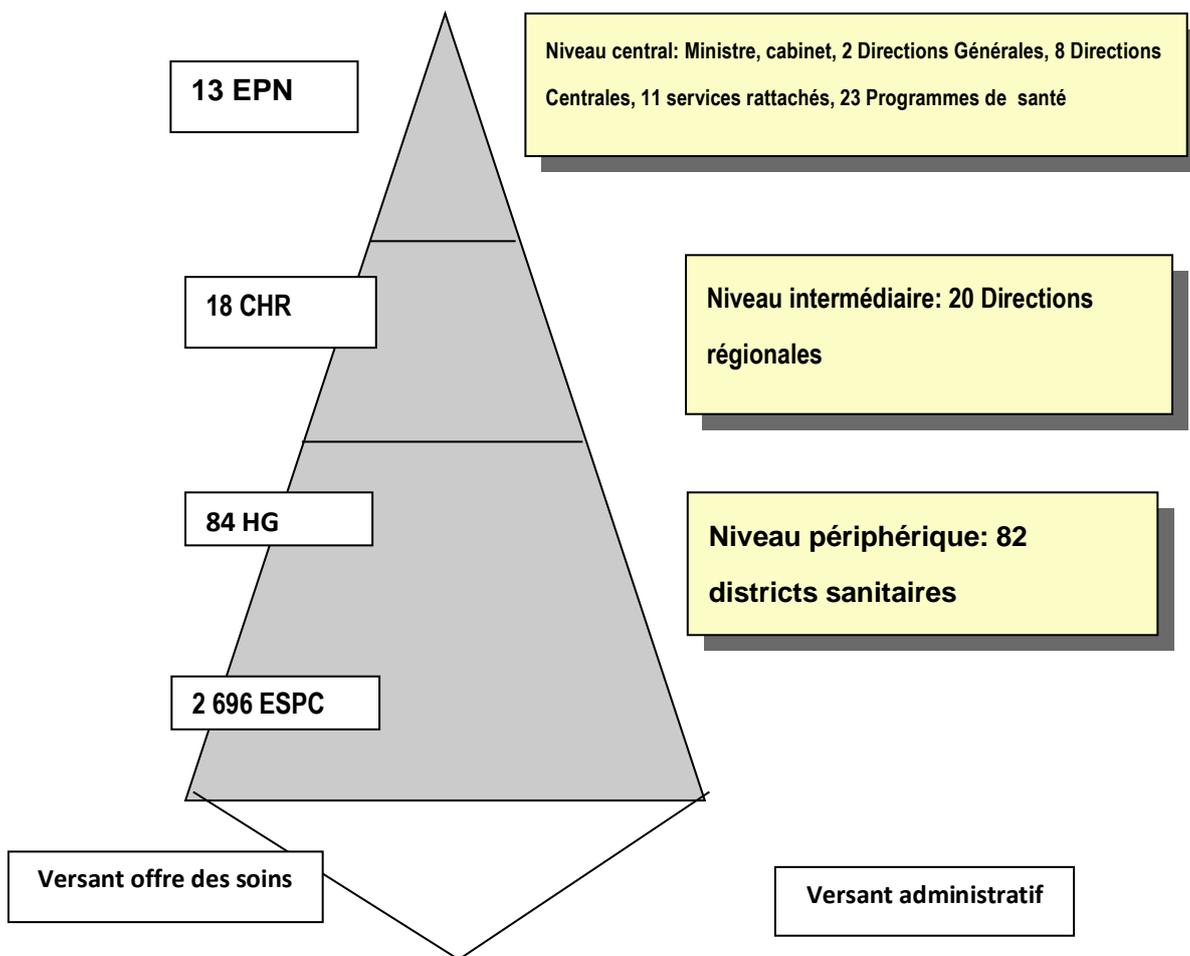


Figure 1: Description de la pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire en 2013

✓ **Versant administratif:**

- *Le niveau central ou national* comporte le Cabinet avec 9 directions et services rattachés, 1 Direction Générale, 7 Directions centrales, 13 Établissements Publics Nationaux (EPN) et 23 Directions de Coordination des programmes de santé prioritaires dont le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) chargé de définir la politique nationale et les grandes orientations stratégiques en matière de lutte contre la tuberculose.
- *Le niveau intermédiaire* est représenté par les Directions Régionales de Santé : elles sont chargées de coordonner les actions des districts sanitaires et les activités des structures du niveau régional. Elles sont au nombre de 20 et couvrent l'ensemble des directions départementales du pays.
- *Le niveau périphérique* comporte les directions départementales de la santé dont le nombre est passé de 102 en 2011 à 82 depuis 2012. Chaque district sanitaire est administré par une Équipe Cadre de District (ECD) dirigée par un Médecin-chef de district ou Directeur départemental. Les ECD ont la responsabilité d'opérationnaliser la politique nationale de santé. A ce titre, chaque

district sanitaire comprend un hôpital de référence auquel sont rattachées les structures sanitaires de premier niveau.

✓ ***Versant offre de soins***

- *Le niveau tertiaire* comprend les établissements sanitaires pour le deuxième niveau de référence. Il est constitué des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et des instituts spécialisés.
- *Le niveau intermédiaire* est constitué par les établissements sanitaires pour le premier niveau de référence représenté par les hôpitaux généraux (HG), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les centres hospitaliers spécialisés.
- *Le niveau périphérique* est le point d'entrée dans le système de santé. Le district est l'unité opérationnelle du système avec à la périphérie l'établissement sanitaire de premier contact (ESPC) que sont les centres de santé urbains et ruraux et les formations sanitaires urbaines. L'ESPC est dirigé par un médecin, un Infirmier Diplômé d'État ou une Sage-femme Diplômée d'État et est géré par un Comité de Gestion (COGES) qui est une émanation des populations.

✓ ***Système national d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques et autres intrants***

La Côte d'Ivoire s'est dotée d'un plan national stratégique de la chaîne d'approvisionnement pour la période 2012-2015 dont le but est de renforcer le système d'approvisionnement en vue d'assurer la couverture des besoins en médicaments et autres intrants y compris les antituberculeux.

En fonction des besoins exprimés la centrale d'achat dénommée la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI) approvisionne les établissements sanitaires publics selon un chronogramme préétabli permettant d'assurer la disponibilité de tous les médicaments et autres intrants appartenant à la liste nationale des médicaments essentiels

✓ ***Système national de suivi/évaluation et de Recherche en Système de Santé***

❖ ***Système national de suivi/évaluation***

Le Système d'Information et de Gestion (SIG) mis en place en 1995 est géré par la Direction de Prospective de la Planification et de l'Évaluation et de l'information sanitaire (DPPEIS). Il s'occupe de la collecte, le traitement, l'analyse, la production et la diffusion des données en provenance des structures sanitaires publiques, confessionnelles, privées et entreprises du pays. L'objectif principal de ce système est de rendre disponible des données de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Afin d'atteindre cet objectif, un mécanisme de gestion de l'information sanitaire a été mis en place. Il repose sur un circuit de l'information décrivant les différents niveaux de collecte des données avec des outils standardisés

❖ **Recherche en Système de Santé**

Plusieurs instituts de recherche nationale et internationale sont opérationnels en Côte d'Ivoire. Parmi ceux-ci on peut citer : l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), l'Institut Pierre Richet de Bouaké (IPR), le Projet de Recherches Cliniques sur la Trypanosomiase de Daloa (PRCT), le Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire de Bouaké (CEMV).

L'Institut Raoul Follereau d'Adzopé (IRF), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le CRESARCI, le projet Retro-CI, le Centre Suisse de Recherche scientifique (CSRS), le centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida (CeDReS). Certaines unités de formation et de recherche telles que l'UFR-SPB, l'UFR-SM, l'UFR-Biosciences et l'UFR sociologie sont également des pôles de recherche en santé.

✓ **Ressources humaines pour la santé**

En 2012, on comptait 1 médecin pour 12025 habitants, 1 infirmier pour 5232 habitants, 1 sage-femme pour 2856 femmes en âge de procréer. Les normes OMS sont respectivement 1 médecin pour 10000 habitants, 1 infirmier pour 5000 habitants et 1 sage-femme pour 2000 femmes en âge de procréer.

✓ **Financement de la santé**

Le financement de la santé en Côte d'Ivoire est principalement assuré par l'Etat, les partenaires au développement et les ménages. L'Etat consacre en moyenne 5% de son budget au Ministère de la santé.

✓ **Partenariat pour la santé**

Les partenaires au développement, au nombre desquels figurent les agences de coopération internationale bilatérale et multilatérale, les agences du système des Nations Unies, les organisations non gouvernementales internationales, les représentations des initiatives mondiales visant des objectifs de santé, les personnalités ou agences agissant dans le domaine de la philanthropie ou considérés comme telle, sont parties prenantes de la réalisation des objectifs du PNDS.

Dans la mise en œuvre des projets ou programmes qu'ils financent et/ou coordonnent, ils bénéficient souvent du concours opérationnel d'associations désignées sous les vocables de « partenaires de mise en œuvre (PMO) » ou de « (sous) sous-récepteurs (S/SR) ».

✓ **Système de santé privé**

Selon une étude réalisée dans la zone Sud du pays en 2008, sur 1 242 établissements privés recensés, 847 ne possédaient aucune autorisation d'ouverture. La plupart de ces établissements étaient des centres de soins infirmiers dont 591 fonctionnaient dans l'illégalité sur les 854, soit 69% du total. Par ailleurs, on note une faible collaboration entre le secteur privé et le secteur public en partie due à une insuffisance de la réglementation de ce secteur.

Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Mais l'absence d'une politique de

contractualisation et l'insuffisance organisationnelle des ONG constituent une entrave à l'expansion du secteur associatif.

✓ **Systeme communautaire pour la santé**

Les interventions à base communautaire consistent à charger des personnes issues de la communauté, d'offrir directement des services de santé bien définis à d'autres membres de la communauté sous la supervision du responsable de centre de santé, après avoir reçu une formation appropriée. Elles permettent ainsi aux individus et aux familles d'avoir accès à des soins de santé essentiels acceptables et abordables dans leur communauté, tout en les associant totalement au processus. Les interventions à base communautaire constituent une forme de décentralisation des services de santé. Elles permettent également d'assurer la continuité des soins de santé fournies dans les formations sanitaires au sein des communautés, tout en privilégiant l'environnement socioculturel.

En Côte d'Ivoire, ces interventions se font à travers la mise en place de structures communautaires d'appui à la santé et la contribution des relais communautaires. C'est ainsi que, les Comités de Gestion (COGES) des établissements sanitaires, les comités de santé, les mutuelles de santé, les groupes de soutien, les conseillers communautaires, les accoucheuses traditionnelles (AT), les agents de santé communautaire (ASC) ont vu le jour. Cependant, de nombreux problèmes minent leur fonctionnement notamment les dysfonctionnements des COGES, la démotivation des relais communautaires, etc.

Par ailleurs, la promotion de la participation communautaire qui est partie intégrante du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires est négligée. Alors, la population à laquelle est destinée cette promotion, ne se sentant pas suffisamment impliquée, contribue très peu aux actions de santé.

Le cadre de mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire vient d'être élaboré par le MSLS en collaboration avec ICAP.

Ledit cadre a pour but l'optimisation des services et des soins aux populations dans le cadre de l'accès universel aux services de santé.

Son objectif général est de contribuer à la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires en rendant disponibles, accessibles géographiquement et financièrement des soins et des services de bonne qualité au sein de la communauté.

Ses objectifs spécifiques sont les suivants :

- définir les soins et services à mener au niveau communautaire ;
- mettre à disposition les textes réglementaires régissant la mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire ;
- assurer les soins et services de qualité aux communautés par des relais/Agents de Santé Communautaires qualifiés ;
- définir un système de motivation pérenne des Agents de Santé Communautaires ;
- optimiser la collecte de l'information sanitaire communautaire ;
- développer des mécanismes efficaces de mise en œuvre, de coordination et de pérennisation des Interventions à Base Communautaires

✓ **Médecine traditionnelle**

En 2007, plus de 8500 tradithérapeutes (tradipraticiens de santé (TPS)) ont été recensés et regroupés par spécialité. 689 d'entre eux ont été formés à l'anatomie, à l'hygiène conventionnelle ; 60 d'entre eux ont également droit de propriété intellectuelle. Pour de nombreux ivoiriens, les tradithérapeutes constituent le premier personnel de santé de référence. Les infrastructures sanitaires publiques constituent un second recours, vers lequel ils se tournent parfois quand leur état clinique devient préoccupant. Cependant, la médecine traditionnelle souffre de plusieurs faiblesses dans sa structuration.

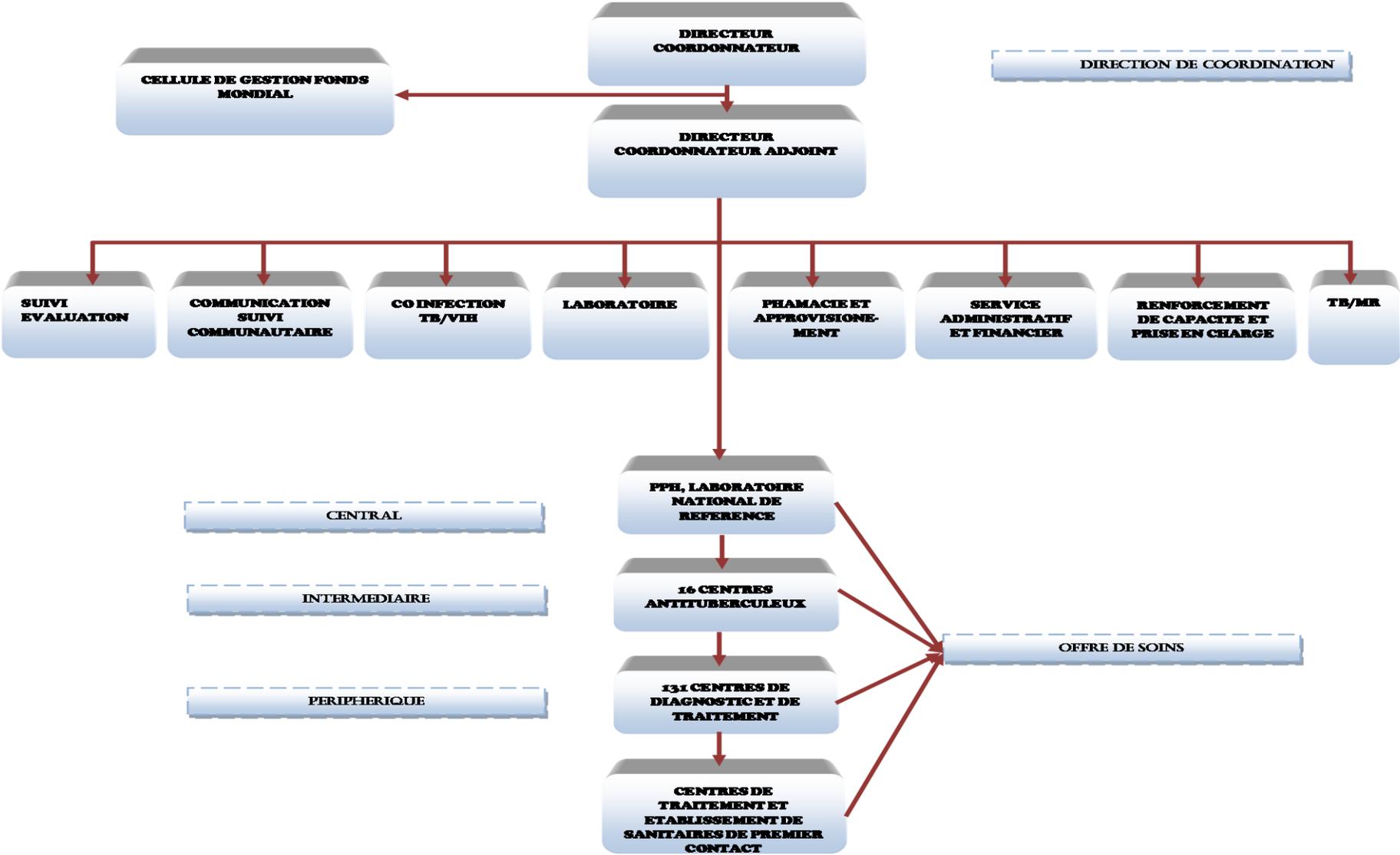
1.2- Organisation de la lutte contre la tuberculose

La lutte antituberculeuse s'articule autour de 3 niveaux opérationnels à savoir :

- **Le niveau central** comprenant 3 PPH (CHU de BOUAKE, CHU de TREICHVILLE, CHU de COCODY) et le Laboratoire National de Référence logé à l'Institut Pasteur – Côte d'Ivoire (IPCI) qui appuient la formation, la supervision et le contrôle de qualité du réseau de laboratoires de microscopie,
- **Le niveau intermédiaire** compte 16 centres anti-tuberculeux (CAT) qui constituent des centres de référence au niveau régional dans le cadre de la lutte antituberculeuse. Les CAT sont constitués d'un laboratoire pour les examens et d'un centre spécialisé de prise en charge des cas de tuberculose. Ils sont chargés de l'appui technique des centres de diagnostic et de traitement (CDT) et des centres de traitement (CT) de la Région et sont dirigés par un Médecin-Chef,
- **Le niveau périphérique** se compose de 164 CDT qui sont intégrés soit (i) dans la direction du district sanitaire, (ii) dans l'Hôpital Général, (iii) ou dans une formation sanitaire. A côté de ces unités de prise en charge, il existe des CT représentés par les établissements de premier contact qui jouent le rôle de relais des CDT pour le suivi du traitement des malades de la tuberculose. Le programme est intégré dans les soins de santé primaires avec, comme entité opérationnelle, le district sanitaire. Un CDT couvre en moyenne une population de 147.000 habitants.

La lutte antituberculeuse implique le secteur public, le secteur privé et la société civile. La prise en charge de la tuberculose est offerte à tous les patients présentant des symptômes présomptifs de la tuberculose selon des algorithmes de diagnostic et des schémas thérapeutiques standardisés. Elle se fait conformément à la Stratégie DOTS depuis 1995 et à la Stratégie « Halte à la tuberculose » depuis 2006.

Organigramme du PNLT



1.3-Epidémiologie de la tuberculose

Les données de surveillance recueillies dans le cadre du PNLT ont été les principales données utilisées pour l'analyse épidémiologique. On disposait de données agrégées suivantes :

- cas notifiés au niveau national depuis 1985, et en distinguant à partir de 1990 les nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive (TPM+) et les autres cas ;
- cas notifiés dans chaque centre de dépistage et de traitement (CDT) répartis :
 - o depuis l'année 2000 par forme parmi les nouveaux cas : TPM+, tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-), tuberculose extra-pulmonaire (TEP), par type de retraitement (rechute, échec, reprise) et par sexe et classes d'âges (parmi les nouveaux cas de TPM+ uniquement) ;
 - o depuis 2008 par statut vis-à-vis de l'infection à VIH, et par 2 classes d'âges (0-14, 15 ans et plus) et par forme parmi les nouveaux cas ;
 - o depuis 2013 par 3 classes d'âges (0-4, 5-14 et 15 ans et plus) et par forme parmi les nouveaux cas.
- résultats de traitement parmi les cas notifiés depuis 2001 pour chaque CDT, séparément pour 3 catégories : nouveaux cas de TPM+, retraitement, autres cas.

Les données des deux laboratoires de culture : l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) et le Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida et d'autres maladies infectieuses (CeDReS) ont été utilisées pour l'analyse de la résistance et de la multirésistance. L'IPCI qui est le Laboratoire National de Référence (LNR) du pays compile ces données pour le PNLT.

1.3.1- Poids de la tuberculose en Côte d'Ivoire

En 2013, l'OMS a estimé le taux de mortalité dû à la tuberculose (hors VIH) de la Côte d'Ivoire à 20 [12-28] pour 100 000 habitants et le taux de prévalence à 215 cas [115-346] pour 100 000 habitants. Le taux d'incidence a été estimé à 170 cas [157-188] pour 100 000 habitants, dont 39 cas [36-44] pour 100 000 habitants co-infectés par le VIH. Ces taux auraient globalement baissé depuis 1990. Cependant, il existe une grande marge d'incertitude autour de ces estimations en raison du fait qu'elles soient basées sur des modélisations

1.3.2- Réponse nationale

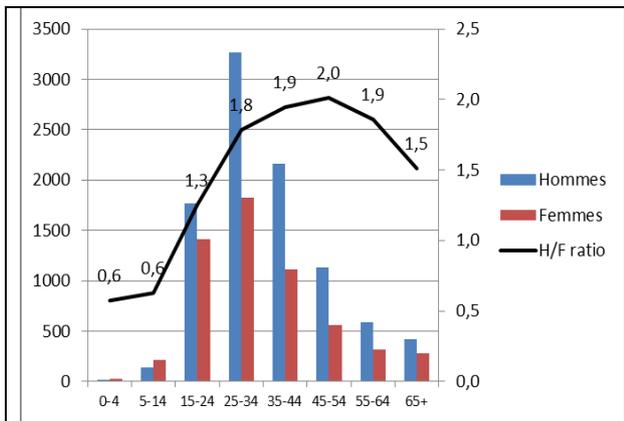
i) Ampleur et caractéristiques de la tuberculose

En 2013 :

- **Cas présumés de tuberculose** : le nombre total de cas présumés examinés dans le réseau de microscopie en Côte d'Ivoire était d'environ 90 000 personnes avec un taux de positivité chez ces dernières de 16,8%. En effet, le nombre annuel de frottis de dépistage effectués, bien que recueilli régulièrement à partir des rapports de laboratoire, n'était pas disponible avant 2012 au niveau national, et les chiffres pour 2013 n'étaient pas complets. A partir du nombre total de frottis faits en 2012 (161 211), il a été possible d'estimer le nombre de cas suspects

examinés énoncé ci-dessus en faisant l'hypothèse d'un nombre moyen de 1,8 lames examinées par personne.

- **Notification des cas** : le nombre total de cas notifiés était de 25 292 cas dont 60,2% de nouveaux cas TPM+ et 12,3% de TPM-. Parmi ces cas, on a observé 5,9% de retraitement (3,8% de rechutes, 1,6% d'échecs et 0,6% de reprises après abandon). Le taux de notification était de 106 cas pour 100 000 habitants pour tous les cas et de 64 cas pour 100 000 habitants pour les nouveaux cas TPM+.
- **Age et sexe** : La répartition par âge des nouveaux cas TPM+ a montré des caractéristiques habituelles aux pays à forte endémie tuberculeuse.



Graphique 1: Nombre de nouveaux cas de TPM+ notifiés par classes d'âge et sexe, Côte d'Ivoire, 2013

Dans les deux sexes, le nombre de cas est le plus élevé chez les 25-34 ans puis baisse ensuite avec l'âge, de façon plus rapide chez les femmes que chez les hommes.

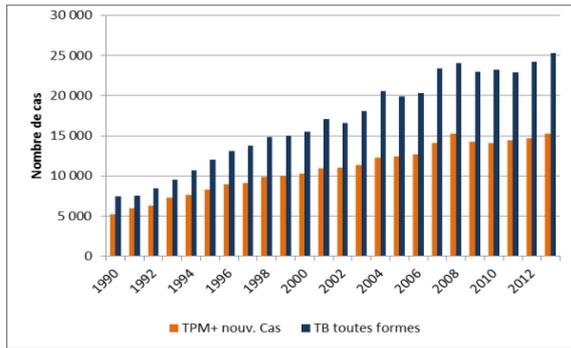
La répartition des nouveaux cas TPM+ par sexe montre la prédominance habituelle des cas chez les hommes, avec un ratio Homme/Femme de 1,6. La prédominance masculine s'accroît donc avec l'âge, avec un ratio H/F le plus élevé dans la classe des 45-54 ans, puis diminue au-delà de 55 ans.

En outre, les taux de notification suivent la même tendance que la répartition des cas par tranche d'âge.

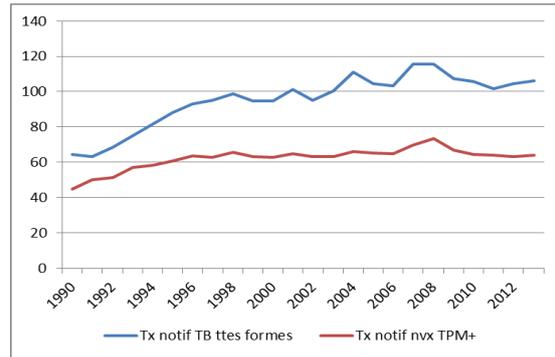
- **Répartition géographique** : La répartition de la notification par région a montré que les régions telles que Zanzan et N'zi Comoé au Nord-Est et Denguele-Bafing au Nord-Ouest, mais aussi la région côtière du Sud Bandama ont des taux de notification nettement plus faibles que la moyenne. Plus de la moitié des cas sont notifiés dans la région Lagunes, où se trouve la ville d'Abidjan, alors que la population estimée de cette région représenterait un quart de la population totale du pays. Cependant, la répartition est inverse en ce qui concerne les nouveaux cas de TPM+ avec moins de 50% des cas notifiés en région Lagunes, ce qui indique que ce sont les cas de TPM- et surtout de TEP qui sont plus fréquemment dépistés dans cette région.

ii) Tendances globales

❖ Notification des cas



Graphique 2 : Nombre de cas de TB toutes formes et des nouveaux cas de TPM+, Côte d'Ivoire, 1990-2013



Graphique 3 : Taux de notification des TB toutes et de nouveaux cas de TPM+, Côte d'Ivoire,

Le nombre total de cas notifiés en Côte d'Ivoire est passé de 7 500 cas en 1990 à plus de 25 000 cas en 2013. L'augmentation n'a pas été régulière. Il est possible de distinguer 3 périodes (Graphique 2):

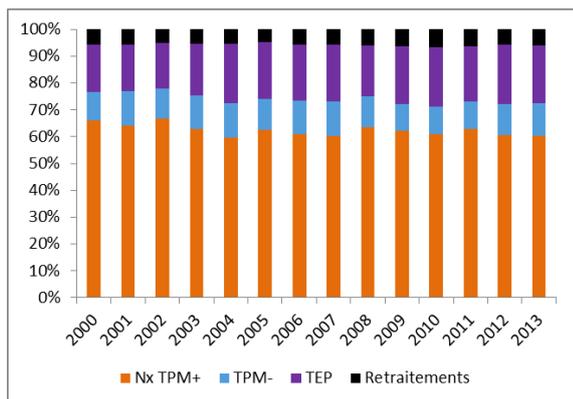
- entre 1990 et 2001 : +7,9% pour les TB, +7,2% pour les nouveaux cas TPM+ ;
- de 2001 à 2008 : 5,2% pour les TB, +4,9% pour les nouveaux cas TPM+
- depuis 2008 : +1,1% pour les TB, 0% pour les nouveaux cas de TPM+.

On a observé une hausse du taux de notification des TB toutes formes (Graphique 3) entre 1990 et 2001, de 64/100 000 à 101/100 000, puis une hausse moins rapide jusqu'en 2008 (116/100 000) mais fluctuante avec un pic en 2004 et en 2008. Le taux a légèrement augmenté en 2013 par rapport à 2012, mais il est en diminution par rapport à 2008 (106/100 000 en 2013). Il est probablement trop tôt pour observer l'impact potentiel de l'ouverture de nouveaux CDT en 2013,

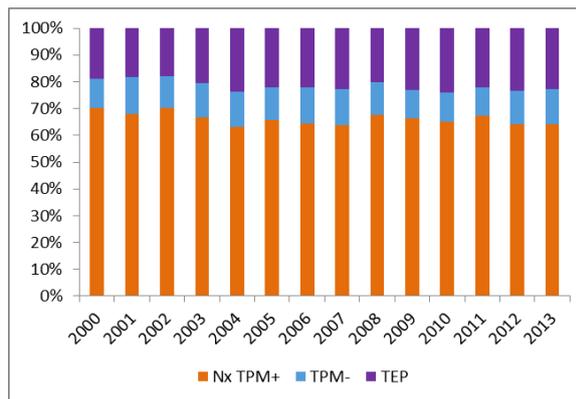
Le taux de notification des nouveaux cas de TPM+ (Graphique 3) suit les mêmes tendances :

❖ **Type de cas et forme de maladie**

Le nombre de nouveaux cas de TPM+ a dépassé les 15 000 en 2013 (15 236). La proportion des nouveaux cas de TPM+ parmi l'ensemble des cas, qui était proche de 70% en 1990, a progressivement baissé depuis cette date, passant à environ 65% en 2000, et à 60% en 2013 (graphique 4). La proportion de TPM+ parmi les nouveaux cas a aussi baissé, passant de 70% en 2000 à 64% en 2013, alors que la proportion de TEP augmentait, passant de 19% à 23% entre 2000 et 2004, et restant autour de 23% depuis 2004, et que la proportion de TPM- restait quasiment stable autour de 11%-13% (graphique 5). Parmi les seuls nouveaux cas de tuberculose pulmonaire, la proportion est stable autour de 85% depuis 2000 (83% en 2013), et donc la proportion de TPM- est restée aussi autour de 15%.



Graphique 4 Répartition par forme de l'ensemble des cas de TB notifiés, Côte d'Ivoire, 2000-2013

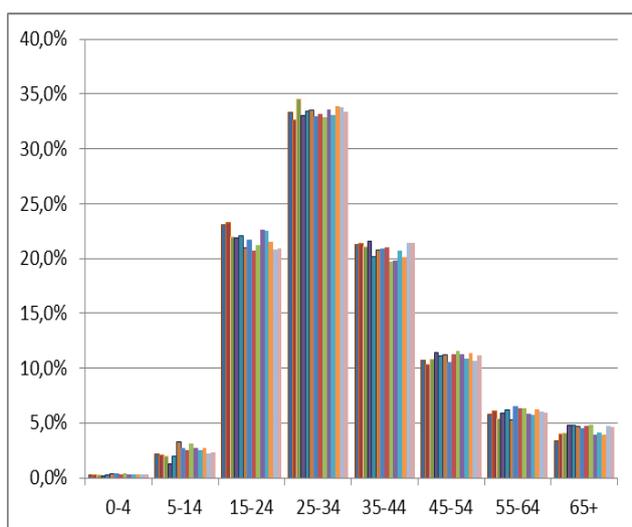


Graphique 5 Répartition par forme des nouveaux cas de TB notifiés, Côte d'Ivoire, 2000-2013

Le nombre de cas de retraitement est proche de 1 500 cas en 2013 (1 513). Parmi les cas de retraitement, la répartition entre rechutes, échecs et reprises après abandon est relativement stable depuis 2000.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la forte proportion de TEP parmi les nouveaux cas notifiés, notamment l'infection à VIH, mais il peut y avoir également des sur-diagnostic car ces cas ne sont en général pas confirmés bactériologiquement. La proportion relativement faible de TPM- parmi les TB pulmonaires n'est pas nécessairement incohérente, car beaucoup de pays qui rapportent de fortes proportions de TPM- ont en réalité des problèmes de sur-diagnostic, mais il reflète aussi probablement la difficulté du diagnostic de ces formes qui est basé sur la clinique et la radiologie.

❖ **Age et sexe**



Graphique 8: Evolution de la répartition des nouveaux cas TPM+ par classes d'âges, Côte d'Ivoire, 2000-2013

L'évolution de la répartition par âge des nouveaux cas de TPM+ a très peu varié depuis 2000. On observe cependant une amorce de diminution de la proportion des 15-24 ans depuis 2008 (graphique 8).

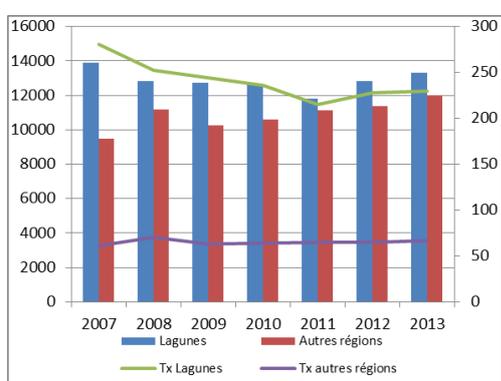
Les taux de notification ont évolué légèrement différemment selon le sexe. Chez les hommes, les taux ont augmenté pour les 25-34 ans et les 35-44 ans depuis 2000, et semblent stables dans les autres classes, alors que chez les femmes, les taux semblent diminuer dans les classes d'âge les plus jeunes (15-24, 25-34 et 35-44, 45-54 ans)

et les tendances sont peu claires avec d'assez grandes fluctuations chez les plus âgées. Cette absence de tendance franche et généralisée à la diminution des proportions de cas et des taux de notification dans les tranches d'âges jeunes n'est pas en faveur d'une baisse de la transmission de l'infection tuberculeuse dans la communauté.

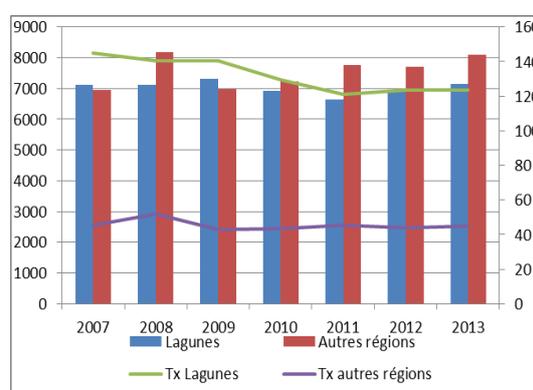
❖ Répartition géographique

On a observé des fluctuations importantes d'une année sur l'autre, fréquemment supérieures à 20%. Du fait de ces fluctuations et des petits nombres de cas dans certaines régions, il est difficile d'interpréter les tendances. Ces fluctuations sont fortement dépendantes de l'ouverture et du fonctionnement des CDT dans les régions : l'ouverture d'un nouveau CDT peut par exemple modifier la répartition des cas par région d'une année sur l'autre. On note cependant que les nombres sont en augmentation dans la majorité des régions, avec une tendance à la stabilisation dans certaines d'entre elles.

Depuis 2007, l'écart entre la région Lagune et les autres a eu tendance à se réduire mais depuis 2011, il reste quasiment constant et le nombre total de cas notifiés en région Lagunes est toujours supérieur à 50% (Graphique 9). Cependant, la répartition est inverse en ce qui concerne les nouveaux cas de TPM+ avec moins de 50% des cas notifiés en région Lagunes, ce qui indique que ce sont les cas de TPM- et surtout de TEP qui sont plus fréquemment dépistés dans cette région (Graphique 10).



Graphique 9 : Nombre et taux de notification des TB toutes formes, Lagunes et autres régions, 2007-2013

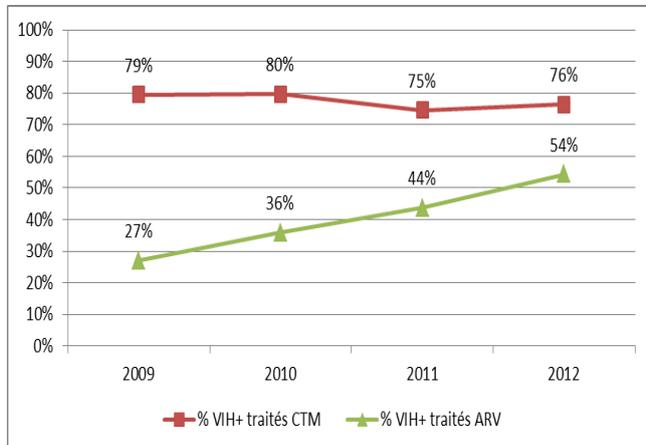


Graphique 10 : Nombre et taux de notification des nouveaux cas de TPM+, Lagunes et autres régions, 2007-2013

iii) Co-infection TB/VIH,

Entre 1994 et 2003, la surveillance de l'infection à VIH chez les tuberculeux a été conduite par surveillance sentinelle dans les 8 CAT du pays. Le dépistage systématique du VIH a été introduit à partir de 2004. On a considéré que les données de ce dépistage étaient exhaustives et fiables à partir de 2008. Cependant, les prévalences sont peu interprétables avant 2011 où la proportion de patients testés était inférieure à 80%.

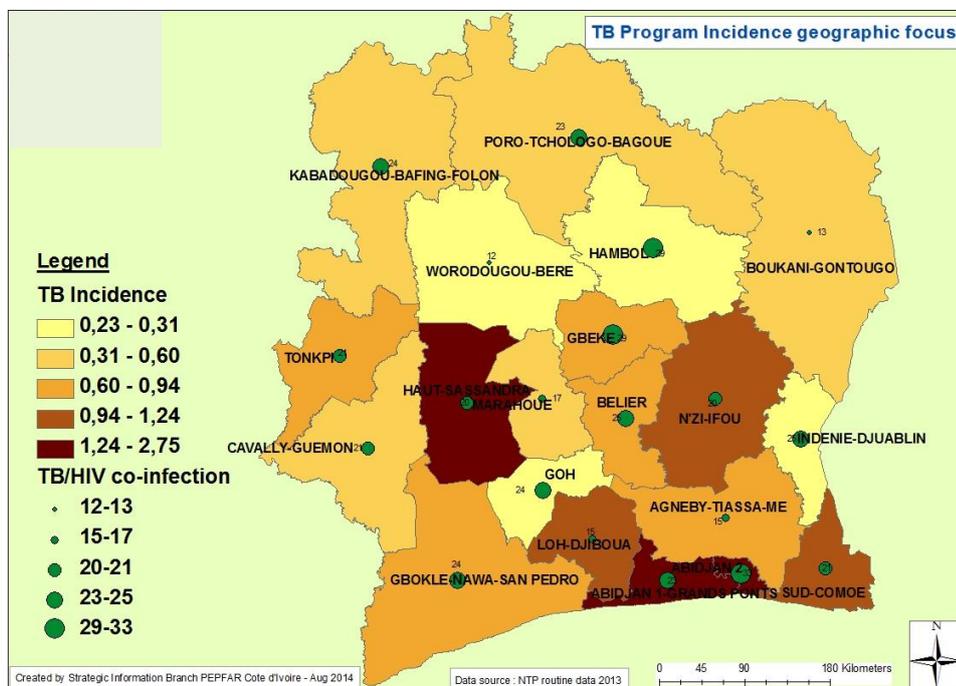
La proportion de patients testés a augmenté depuis 2008 pour atteindre 89% en 2013. La prévalence du VIH parmi l'ensemble des cas notifiés testés était de 25% en 2013, et a légèrement baissé ces 3 dernières années. La prévalence a baissé de 21% à 18% parmi les nouveaux cas de TPM+ entre 2011 et 2013.



La prise en charge des patients co-infectés par le VIH par les anti-rétroviraux (ARV) a progressé de 27% à 54% entre 2009 et 2012, et les résultats préliminaires pour 2013 indiquent une proportion supérieure à 54%. En revanche pour le cotrimoxazole (CTM), la proportion de patients traités a diminué de 79% en 2009 à 76% en 2012

Graphique 11 : Proportion de patients TB traités par CTM et ARV, Côte d'Ivoire, 2009-2012

La répartition géographique du taux de co-infection TB/VIH montre une forte prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux dans les régions d'Abidjan Grand – ponts, Gbèke et Hambol (29-33%) et une faible prévalence dans la région de Boucani Gontougou (12-13%)



Repartition géographique de l'incidence de la TB et du Taux de co-infection TB/HIV en Côte d'Ivoire

iv) TB-MR

Deux enquêtes représentatives nationales ont été conduites en Côte d'Ivoire sous la direction de l'IPCI, en 1995-1996 et en 2004-2006. Elles ont toutes deux porté uniquement sur les nouveaux cas. Les

résultats de prévalence de la résistance à isoniazide (H) et rifampicine(R), streptomycine (S) ou éthambutol (E), et de la multirésistance (MR), c'est-à-dire de la résistance H et R, sont résumés dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Résultats des enquêtes nationales de prévalence de la résistance parmi les nouveaux cas, Côte d'Ivoire, 1995-1996 et 2004-2006

	1995-1996		2004-2006	
	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%
Nouveaux cas testés	430		320	
Résistants à H,R, S ou E	43 (13,4%)	[9,9 - 16,9]	76 (23,7%)	[19,3 - 28,9]
Résistants à HR (MR)	17 (5,3%)	[3,2 - 7,4]	8 (2,5%)	[1,2 - 5,1]

Jusqu'en 2012, les tests de sensibilité classique étaient très peu pratiqués, principalement du fait de la non disponibilité des traitements. Depuis 2012, le dépistage de la multi-résistance parmi les patients éligibles au retraitement a commencé avec la mise en place du Line Probe Assay (LPA) dans les deux laboratoires de culture (IPCI et CeDReS). Depuis 2013, 3 GeneXpert® ont été installés à Abidjan permettant d'élargir les capacités de dépistage de la résistance à la rifampicine (RR). Les résultats du dépistage de la résistance à la rifampicine (RR) à partir de ces données sont indiqués dans le tableau 5 ci-dessous.

Le nombre de patients RR mis au traitement, qui était nul en 2012 du fait de l'absence de médicaments, a progressé en 2013 avec le démarrage de l'étude observationnelle sur le schéma court de 9 mois coordonné par L'Union. Il a encore progressé au 1^{er} trimestre 2014. On peut estimer qu'en 2014 environ 500 patients RR pourraient être dépistés et mis au traitement.

	2012	2013	2014 (1 ^{er} trimestre)
Cas retraitement notifiés	1400	1503	364
Cas retraitement testés RR	ND	ND	ND
Cas RR dépistés	221	327	119
Cas RR traités	0	62 (20%)	63 (53%)

Bien qu'il ne soit pas possible d'estimer actuellement la prévalence de la multi résistance, le nombre relativement élevé de cas RR dépistés ces deux dernières années indique qu'elle est probablement élevée. Plusieurs raisons pourraient expliquer cette situation :

- la Côte d'Ivoire a été l'un des premiers pays à introduire la rifampicine dans ses schémas thérapeutiques ;

- le traitement directement observé (TDO) a été et est toujours insuffisamment appliqué et il existe encore un fort taux de perdus de vue ;
- des doutes persistent sur la présence d'antituberculeux dans le secteur informel avec possibilité de ventes sauvages non contrôlées ;
- pendant de nombreuses années, les cas de TB-MR n'ont pas été traités, ce qui a facilité la transmission de bacilles multirésistants dans la communauté.

Toutefois, cette évaluation doit être confirmée. Une enquête nationale de pharmacorésistance programmée pour début 2015 pourra permettre de fournir des estimations.

v) TB de l'enfant et de l'adolescent

Le nombre de cas chez les enfants et adolescents (0-14 ans) était de 1 243 en 2013, représentant 5,2% des nouveaux cas et 4,9% de l'ensemble des cas notifiés. Cette proportion n'a quasiment pas varié depuis 2008.

La proportion d'enfants est plus élevée parmi les TPM- et TEP que parmi les TPM+. Cette observation est cohérente avec les caractéristiques connues de la tuberculose de l'enfant qui est pauci-bacillaire, la TPM+ étant très rare chez l'enfant de moins de 5 ans et plus fréquente chez l'adolescent.

vi) Populations clés

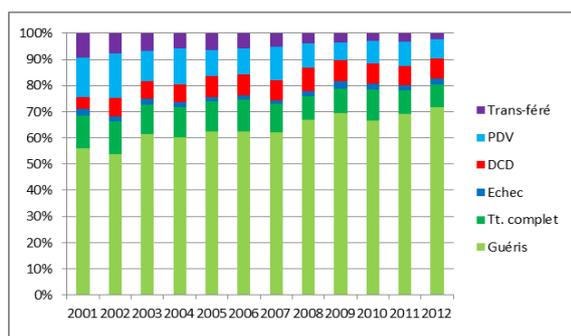
La documentation sur les statistiques de TB relatives aux contacts de TPM+ et TB-MR et aux enfants (<5 ans et 5-14 ans) est insuffisante. Il existe des actions spécifiques de dépistage de TB en direction des PVVIH et prisonniers mais elles demeurent insuffisantes vis-à-vis des diabétiques, tabagiques, enfants, les bouviers, etc. et une faible notification des cas de TB au sein de ces groupes.

Au cours de ces 10 dernières années (2003-2012), par exemple :

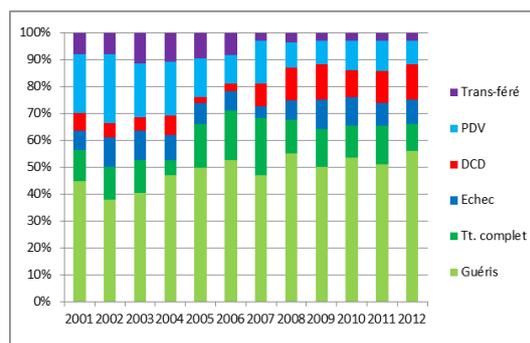
- ✓ La proportion du nombre d'enfants de <15 ans dépistés au sein des nouveaux cas TPM+ à l'échelle nationale est de 4,9% par an. Les quelques rares cas dépistés chez les enfants dans certains services de pédiatrie, ne sont pas tous notifiés au Programme
- ✓ Il existe une insuffisance d'offre de dépistage en direction des contacts de TPM+ & TB-MR, (notamment des enfants de < 5 dont le nombre mis sous chimioprophylaxie n'est pas documenté.
- ✓ Le dépistage de la TB chez les PVVIH n'est pas systématique alors que l'ONUSIDA estime qu'il y a 390 000 (340 000 – 450 000) PVVIH au sein des 15 ans et plus au en Côte d'Ivoire dans son dernier rapport de 2013,

- ✓ Les activités de dépistage développées en direction des 9575 prisonniers dénombrés en Côte d'Ivoire en 2014 sont insuffisantes
- ✓ L'enquête STEPS organisée en Côte d'Ivoire en 2005 a révélé que la prévalence du diabète est de 5,7%.

vii) Résultats de traitement et tendances



Graphique 12: Résultats de traitement parmi les nouveaux cas de TPM+, Côte d'Ivoire, 2001-2012



Graphique 13: Résultats de traitement parmi les cas de retraitement, Côte d'Ivoire, 2001-2012

Les taux de succès thérapeutique ont progressé nettement depuis 2001, sans toutefois atteindre l'objectif de 90% fixé par l'OMS. Parmi les nouveaux cas de TPM+, ce taux était de 80,4% en 2012 (72% de guérison et 9% de traitements terminés). Il était de 76% parmi les autres nouveaux cas et de 66% parmi les retraitements.

Depuis 2001, on a observé une diminution nette du taux de perdus de vue et du taux de transférés pour toutes les catégories de patients. Le taux de perdus de vue reste toutefois encore élevé en 2012 : 7% pour les nouveaux cas de TPM+, 9% pour les retraitements et les autres cas.

Le taux de décès n'a en revanche pas diminué, il a même augmenté pendant la période. Il s'agit cependant d'une augmentation artificielle, car parmi les perdus de vue des premières années il y avait probablement de nombreux décédés. Il y a eu 2 326 décès notifiés dans la cohorte 2012, représentant 7% des nouveaux cas de TPM+, 13% des retraitements, et 9% des autres cas. Il se pourrait que ce nombre soit encore sous-estimé du fait de la présence possible de décès parmi les perdus de vue qui étaient au nombre de 1 888 en 2012.

Il a été observé des différences de résultats par zone de coordination qui reflètent probablement des différences de performances dans le suivi des patients et pourraient également refléter des différences de prévalence de la multirésistance selon les zones.

viii) **Choix de l'hypothèse d'évolution épidémiologique**

Compte tenu de l'analyse des tendances et des activités prévues dans ce plan, l'hypothèse sera un taux de notification de la TB toute forme constant au cours de la période 2016 – 2020 à 106 cas pour 100 000 habitants.

1.4-Analyse stratégique (SWOT)

A la lumière de la revue les forces et faiblesses de la lutte antiTB ont été identifiées :

1.4.1- Forces

Les forces ou atouts du PNT identifiés peuvent être résumées comme suit :

1. Mise en œuvre de la stratégie DOTS,
2. Mise en œuvre de la stratégie DOTS-Plus,
3. Participation accrue d'une société civile mieux formée aux activités de la lutte contre la tuberculose,
4. Niveau central organisé avec un personnel qualifié pour la mise en œuvre des activités et une gestion financière efficace,
5. Recyclage et formation continue des acteurs à tous les niveaux

1. Mise en œuvre de la stratégie DOTS

a. Engagement politique pour la lutte contre la tuberculose :

La lutte contre la tuberculose est une priorité de l'Etat ivoirien et à ce titre inscrite dans le plan national de développement sanitaire 2012-2015. Le PNLT de la Côte d'Ivoire a été créé par l'arrêté N°279 du 08 Août 2001 du Ministère de la Santé Publique, modifié en 2007 et en 2009 pour prendre en compte les défis liés à la prise en charge de la co-infection TB/VIH et la de TB-MR. Il bénéficie des subventions de l'Etat pour le paiement des salaires de son personnel, la mise à disposition des bâtiments, la prise en charge d'électricité et d'eau dans les structures de l'Etat et les institutions d'utilité publique telles que les structures confessionnelles. L'Etat contribue aussi à l'acquisition des médicaments antituberculeux et prend en charge les frais de douane à l'importation des médicaments, équipements, matériels et consommables de laboratoire.

b. Existence d'un réseau de microscopie : le PNLT s'appuie sur un réseau de microscopie composé de 162 laboratoires (16 laboratoires de CAT et 146 de CDT) de microscopie décentralisé et intégré dans les services de santé généraux à différents niveaux dont 137 étaient fonctionnels en 2013. Les services de laboratoire de la tuberculose sont basés sur un système à trois niveaux avec deux (02) laboratoires Nationaux de culture (LNR à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire et le CeDReS) avec l'assistance technique du Laboratoire Supranational de Référence (LSR) de l'OMS de Milan. Le LNR assure entre autres le contrôle de qualité et la supervision du réseau de laboratoires des CAT qui à leur tour supervisent les laboratoires des CDT. Le LNR est bien équipé et réalise les examens de biologie moléculaire (Xpert MTB/RIF, PCR) et aussi la culture et les tests de sensibilité en collaboration avec le CeDRes pour la culture et des tests de sensibilité. En 2013, la méthode utilisée pour évaluer les laboratoires de microscopie de CDT a été la supervision. 95% des centres de microscopie ont participé à l'Evaluation Externe de la Qualité (EEQ) avec une moyenne de deux visites de supervisions par centre. Les résultats de cette évaluation sont encourageant (93% de laboratoires contrôlés sans erreur à type faux positif; pourcentage de faux négatifs globalement est de 1% et 10 laboratoires (8%) avec faible sensibilité (<75%).

c. Traitement standardisé : le traitement de la tuberculose est standardisé. Le suivi des malades est effectué sous la responsabilité du personnel de santé avec l'aide des agents communautaires.

d. Circuit d'approvisionnement en médicaments antituberculeux et en produits de laboratoire maîtrisé par le PNLT : Les antituberculeux de 1^{ère} et de 2^{ème} lignes ainsi que les intrants de laboratoires exprimés par le PNLT sont réalisés annuellement selon deux sources d'approvisionnement :

- par Global Drug Facility (GDF) sur financement du Fonds Mondial selon les procédures de ce dernier,
- par la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (NPSP) sur financement du gouvernement selon les procédures du Code des Marchés Publics.

Le stockage et la distribution des intrants de laboratoire et des antituberculeux de 1^o intention sont assurés par la NPSP qui livre directement aux CAT et CDT avec sa propre logistique tandis que les antituberculeux de 2^o intention passent par le magasin du PNLT qui les livre directement aux médecins retenus pour la prise en charge des patients TB-MR. Le stock de sécurité est de 12 mois pour le niveau central et de 3 mois pour les autres niveaux. La disponibilité des médicaments et des intrants est régulièrement assurée avec un risque mineur de rupture de stock.

e. Supervision et suivi-évaluation des activités avec un système de notification des cas : la supervision formative des agents des CDT est réalisée chaque trimestre par les acteurs des CAT qui sont à leur tour supervisés par le niveau central (PNLT) chaque semestre. Elle a permis de renforcer les capacités des agents impliqués dans la prise en charge des patients

tuberculeux et d'améliorer la qualité des services offerts. La transmission des données au sein du PNLT se fait selon un circuit ascendant trimestriel (CDT → CAT → PNLT). Elle est complète et sans retard. La sous-notification est inexistante à l'intérieur du PNLT puisque le traitement antituberculeux est encadré par le service public. Les données sont partagées et discutées lors des supervisions, des ateliers bilans régionaux réunissant les responsables de CDT de régions voisines (ayant lieu au minimum une fois par an), et de l'atelier bilan national qui réunit chaque année les médecins de CAT, la coordination du PNLT et les partenaires dont les acteurs communautaires. Ce partage permet la validation des données, la rétro-information, l'appropriation des données par les acteurs qui les ont produits et leur utilisation pour améliorer les performances du programme. Le système de notification des cas en Côte d'Ivoire est fiable avec des données de bonne qualité.

2. Mise en œuvre de la stratégie DOTS-plus

a. Intégration des soins de la tuberculose et de l'infection VIH : La grande majorité (89%) des patients TB notifiés en Côte d'Ivoire sont testés pour le VIH. Les cas de TB/VIH bénéficient d'une prise en charge des deux affections conformément aux directives nationales et internationales. Ainsi, en 2012, 54% des TB/VIH ont bénéficié d'un traitement par les ARV. Un cadre de collaboration a été mis en place depuis décembre 2008 vise à :

- Renforcer la collaboration entre les acteurs de la prise en charge des PVVIH et de la tuberculose,
- Etendre le dépistage du VIH et l'accès aux soins du VIH dans tous les CDT de la tuberculose,
- Assurer le dépistage précoce de la tuberculose chez les PVVIH

Ainsi, des instances de coordinations ont été mises en place au niveau de tous les échelons de la pyramide sanitaire. Au niveau national, le groupe technique de travail TB-VIH réunit trimestriellement les acteurs des deux programmes et les partenaires.

Au niveau régional nous retrouvons les groupes techniques régionaux qui intègrent les partenaires de mise en œuvre locaux.

La lutte contre la co-infection TB/VIH est soutenue par le Fonds mondial, le CDC/PEPFAR et l'ONUSIDA.

Les supports de suivi évaluation des deux programmes ont été harmonisés. Une fiche de recueil des données TB-VIH a été mise en place au niveau des CDT-CAT et est collecté par le PNLT. Les deux programmes organisent des supervisions conjointes ponctuelles sur financement PEPFAR. En deux ans 3 supervisions conjointes ont été organisées sur la thématique du screening TB chez les PVVIH et la mise sous ARV des co-infectés.

Tous les CAT et CDT ont intégré la prise en charge du VIH et dispensent les ARV et le Cotrimoxazole. Selon le rapport annuel 2013 du PNLT, l'intégration de la lutte conjointe TB/VIH est effective dans les 147 centres fonctionnels (CDT/CAT) soit 100% de taux d'intégration. Mais la délégation des tâches n'étant pas encore effective, pour la prescription des ARV, l'infirmier du CDT réfère le malade.

Un guide technique et un module de formation pour la prise en charge de la co-infection TB-VIH ont été élaborés et diffusés en 2010. Les prestataires des sites intégrés TB-VIH ont été formés.

La recherche active de la tuberculose chez le patient VIH est une directive du Programme National de Prise en charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PNPEC) et des algorithmes chez l'adulte et chez l'enfant ont été mis en place.

La chimioprophylaxie à l'isoniazide est en cours d'évaluation à travers l'étude "Tomprano" pour évaluer l'efficacité de l'INH chez les PVVIH.

Des efforts additionnels sont requis pour que, dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche ENGAGE-TB, une collaboration efficace existe entre acteurs communautaires de la lutte contre le VIH/Sida et leurs pairs luttant contre la tuberculose.

b. Prise en charge effective de la TB multirésistante : la prévalence parmi les nouveaux cas était évaluée à plus de 5% en 1994-1996 et à 2,5% en 2005. Le dépistage de la TB-MR n'a pu être mis en place véritablement qu'à partir de 2012 avec l'introduction des tests moléculaires. La Côte d'Ivoire a adhéré à l'étude observationnelle multicentrique coordonnée par L'Union sur l'efficacité et la tolérance d'un régime de 9 mois pour le traitement de la TB-MR. La disponibilité de médicaments de 2^{ème} ligne a été effective depuis 2013. Elle a été rendue possible par un achat de 30 traitements longs (financement Fonds Mondial) et 50 traitements courts (financement de l'Etat Ivoirien et de L'Union) en 2013. Puis le PEPFAR et le Fonds Mondial ont contribué en finançant chacun respectivement 178 et 140 traitements courts en 2013. Au 1^{er} trimestre 2014, 63 malades TB-MR ont été mis au traitement alors que 119 avaient été dépistés RR, soit 53% en raison des difficultés de réalisation du bilan pré thérapeutique.

La prise en charge a démarré initialement au PPH de Cocody, et s'est étendue depuis lors à 4 des 5 CAT d'Abidjan. Un médecin responsable a été nommé dans chaque CAT et formé. Depuis début 2014, quelques malades ont été pris en charge à l'extérieur d'Abidjan.

Les outils de suivi (registres, dossiers patients) ont été fournis par L'Union, qui coordonne également une base de données anonyme des patients inclus dans l'étude.

Les patients suivent tous le traitement directement observé (TDO) et bénéficient du même suivi clinique et para-clinique mensuel qu'ils soient ou non inclus dans l'étude observationnelle. Les examens complémentaires (bactériologiques, biochimiques, ECG, radiographie, audiogrammes) sont effectués gratuitement pour le malade grâce au financement du FM, qui finance aussi le transport quotidien des malades aux centres pour leur traitement directement observé et un appui nutritionnel.

Pour 2015, le Fonds Mondial a accepté de financer les traitements et la prise en charge complète de 400 patients.

c. Groupes à risque et populations vulnérables :

TB de l'enfant : De 2009 à 2013 le nombre de cas pédiatriques a varié de 1138 à 1253, soit en moyenne 5% des cas de tuberculose toutes formes. Les formes les plus fréquemment rencontrées sont les TPM- et les TEP. La désagrégation en 2 tranches d'âge pour les 0-14 ans est effective depuis 2013. Le programme a également mis à la disposition des structures les antituberculeux pédiatriques dispersibles. Un point focal TB de l'enfant a été désigné en 2013 au sein de la coordination du PNLT. Un algorithme de recherche active de la tuberculose chez les enfants co-infectés TB/VIH a été mis en place depuis 2012. Une chimio prophylaxie à l'Isoniazide sur 6 mois est administré à la dose de 5 mg/kg/j aux enfants contacts sains.

TB en prison : Le PNLT a intégré les activités de lutte antituberculeuse dans 22 Maisons d'Arrêt et de Correction (MAC) sur 34 fonctionnelles en 2014. Le nombre de MAC intégrées dans la lutte contre la tuberculose est passé de 6 en 2008 à 22 en 2013. Le nombre de cas TB toutes dépistés dans ces MAC était en moyenne 118 cas sur la période 2008-2013 dont 67% étaient des nouveaux cas TPM+. Le TDO est réalisé tous les jours jusqu'à la fin du traitement si le détenu n'est pas libéré. Un hangar a été construit et permet d'accueillir les patients venant chercher les médicaments. Les détenus ont droit à 2-3 repas par jour. Une visite médicale est systématiquement réalisée à l'arrivée ainsi qu'une sensibilisation de groupe et la proposition du test VIH est faite avant l'affectation dans les cellules. Toutes les infirmeries des MAC ne sont pas des CDT. Elles fonctionnent comme un centre de traitement. Le diagnostic biologique est réalisé au niveau du CAT ou CDT le plus proche par convoyage des crachats. A la fin de sa peine, le malade est référé dans le CDT/CAT le plus proche de son lieu de résidence pour le suivi de son traitement.

TB chez les bouviers : A ce jour, aucune intervention majeure n'est menée à ce niveau. Cependant, le PNLT a prévu mener des activités décrites dans le présent PSN.

- d. Implication des soignants de divers secteurs par le biais du Partenariat Public Privé Mixte (PPM-DOTS) : L'implication des structures privées à la lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire est effective notamment, avec 14 centres privés associatifs, 6 structures confessionnelles et six (6) entreprises. Ces structures sont régulièrement supervisées et le personnel formé. Une convention a été signée avec la Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire (CECI) avec des termes de référence définis. Des tournées de dépistage actif ont été organisées et plus de 32.000 personnes ont fait l'objet de cette activité.

3. Participation des acteurs communautaires à la lutte contre la tuberculose

En 2003, le PNLT a inclus trois Organisations Non Gouvernementales dans la subvention de la série 3 du Fonds Mondial (ONG Fraternité, Sida Alerte et ACID) en sa qualité d'instance chargée de coordonner l'appui fourni aux « organisations communautaires ».

En 2007, les ONGs travaillant dans le domaine de la lutte contre la tuberculose ont créé une association faîtière, le Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (COLTMR). Jusqu'à 2008, avec le financement des subventions des séries 3 et 6 du Fonds Mondial, 12 ONGs ont commencé la mise en œuvre de 34 microprojets en compagnie de 660 ASC. Leur activité consistait en la détection de cas suspects et le TDO communautaire.

Jusqu'en 2012, le PNLT était le Récipiendaire Principal (RP). Pour la mise en œuvre du projet du round 9, Caritas CI (l'organisation caritative de l'Eglise catholique de Côte d'Ivoire) a été sélectionné.

A l'actif de CARITAS CI, l'on note des avancées dans l'implication communautaire. Un document de *Stratégie de mise en œuvre des activités communautaires* a été élaboré en 2013 dans le cadre du projet du Fonds Mondial ainsi que des outils de gestion communautaire. Ce document définit notamment le paquet d'activités communautaires standard incluant (i) sensibilisation et mobilisation, (ii) recherche active et référence des cas suspects aux CAT et CDT (iii) suivi des patients TB pour l'observance du traitement (iv) recherche des sujets contacts des patients tuberculeux et (v) recherche des irréguliers au traitement (et perdus de vue) pour les intégrer dans le circuit de la prise en charge.

A ce jour 127 des 180 centres de prise en charge (CAT et CDT) sont couverts par 2 130 agents de santé communautaires dans les zones rurales autour des CDT et plus de 202 conseillers communautaires issus de 28 ONG.

La contribution communautaire telle que publiée par Caritas CI dans ces zones (127/180) à la notification des cas et au traitement se présente comme suite en 2013 :

- 2 123 cas sur les 19 895 notifiés (soit 10.7% des cas)
- suivi de 7 785 patients (soit 39.1% des cas).

4. Niveau central organisé avec un personnel qualifié pour la mise en œuvre des activités et une gestion efficace :

Le PNLT s'appuie au niveau central sur un personnel qualifié composé de médecins spécialistes (biologie, pneumo-physiologie, médecine interne, épidémiologie/santé publique), de médecins généralistes, d'ingénieurs en biotechnologie, infirmiers diplômés d'états spécialisés en santé publique, assistants sociaux, sociologues, statisticien, économiste, financiers/administratifs, informaticien, grâce au soutien financier de l'Etat et des partenaires en l'occurrence le Fonds Mondial. Il a développé au fil des ans des capacités de gestion efficace des subventions mises à sa disposition.

5. Formation/ Recyclage des agents à tous les niveaux :

Le personnel impliqué dans la prise en charge des patients (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire) est régulièrement formé et recyclé tous les deux ans dans le but d'actualiser leurs connaissances et renforcer leur capacités pour le maintien d'une bonne qualité de prise en charge des patients. Des agents du niveau central (médecins, biologistes, administratifs) bénéficient aussi de formations, stages de perfectionnement et conférences en Côte d'Ivoire et à l'étranger.

Ce renforcement de capacités concerne également les agents du secteur privé dont les agents des officines privées, cliniques privées et entreprises industrielles disposant de centres de santé ainsi que les tradithérapeutes.

Il concerne aussi les volontaires membres des ONG de lutte contre la tuberculose et les ASC dont la formation porte tant sur la tuberculose que sur les outils de gestion communautaire. Il concerne enfin les leaders religieux (bouddhistes, chrétiens et musulmans) qui bénéficient de formation à l'identification des signes pour la référence des cas suspects vers les structures sanitaires.

1.4.2- Faiblesses

Malgré ces atouts, les faiblesses ci-après ont été identifiées par la revue du programme :

1. Mise en œuvre insuffisante de la stratégie DOTS
 - a. Engagement de l'Etat encore insuffisant,
 - b. Encadrement insuffisant du réseau laboratoire de microscopie,
 - c. Insuffisance de prise en charge globale des patients,
 - d. Insuffisance de gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments antituberculeux et en intrants de laboratoire
 - e. Quelques faiblesses dans le dispositif de suivi-évaluation
2. Mise en œuvre insuffisante de la stratégie DOTS-plus
 - a. TB/VIH,
 - b. TB-MR,
 - c. TB de l'enfant, TB en prison et dans autres groupes à risques,
 - d. Mise en œuvre insuffisante des mesures de contrôle de l'infection,
3. Implication insuffisante des prestataires des centres non CDT dans le cadre du partenariat PPM-DOTS
4. Insuffisance dans la mise en œuvre de l'APSR pour le renforcement du système de santé
5. Faible implication de la communauté et des autres secteurs
6. Recherche opérationnelle et analyse épidémiologique insuffisantes
7. Insuffisances de ressources humaines, matérielles à tous les niveaux

L'engagement politique existe avec une contribution de l'Etat pour les salaires, les bâtiments, l'eau, l'électricité, l'achat des médicaments de 1^{ère} et 2^{ème} ligne, intrants de laboratoire. Néanmoins, le financement des activités de la lutte contre la tuberculose est encore assuré à plus de 60% par les partenaires extérieurs en l'occurrence le Fonds Mondial, le CDC/PEPFAR, l'OMS, l'ONUSIDA et L'Union.

b. Encadrement insuffisant du réseau de microscopie

En dépit de l'existence d'un réseau de microscopie en Côte d'Ivoire, les faiblesses ci-après ont été identifiées :

- Faible couverture du réseau de microscopie : 1 site de diagnostic de la TB par 177 000 habitants ;
- Insuffisance de décentralisation de la microscopie à fluorescence (seulement au niveau des laboratoires centraux),
- Irrégularité de relecture des lames et visites de supervisions (2 visites sur 4 planifiées vers CDT et 1 visite sur 2 planifiées vers les CAT) et manque d'une rétro-information des résultats de l'Evaluation Externe de Qualité et du suivi des recommandations ;
- Qualité sous-optimale des examens des frottis surtout parmi les centres de microscopie avec une charge de travail très élevé;
- Absence d'un manuel de qualité de laboratoire et des procédures opératoires standardisées,
- Les résultats du premier trimestre 2014 au niveau des 5 CAT d'Abidjan sont sous-optimaux : un CAT (20%) a montré un pourcentage de vrai positifs de 86% et un autre une très faible sensibilité (53%) avec 4 erreurs dans le sens faux négatif.

c. Insuffisance de prise en charge globale des patients.

Les insuffisances relatives au traitement ci-après ont été notées:

- Le paiement d'un timbre de 5.000 F CFA par les suspects avant l'admission au centre de dépistage et de traitement limitant la gratuité du traitement et freinant la fréquentation des services de soins anti-TB,
- Le Traitement directement observé (TDO) au quotidien est rarement effectué dans la plupart des structures visitées lors de la revue du Programme en juillet 2014. Le traitement est administré en remettant au patient la quantité de médicaments nécessaire pour une période de deux semaines (cette quantité peut être revue à la hausse en fonction de la distance à parcourir par le patient),
- Une insuffisance d'implication des districts sanitaires aux activités de lutte contre la tuberculose,
- Le personnel chargé du suivi des patients de certains CAT ou CDT n'a pas mis en place des mécanismes d'identification des patients irréguliers ou absents (manque d'échéanciers),
- Taux de décès et de perdus de vue élevés (respectivement autour de 8% et de 7% en 2012),
- Le pourcentage de cas de retraitement est relativement élevé (5,9%)

Par ailleurs, La prise en charge intrinsèque de la tuberculose est relativement bien assurée en Côte d'Ivoire. Néanmoins, nous notons des insuffisances liées à la prise en charge globale en l'occurrence :

- l'absence de bilan pré-thérapeutique avant l'initiation du traitement anti-TB (au minimum la NFS, la créatininémie et les transaminases),
- une faible exploration et prise en charge des autres comorbidités éventuelles (hépatite, insuffisance rénale, anémie, diabète, etc.)
- une faible évaluation physique du patient à la fin du traitement,
- une insuffisance de la prise en charge psychosociale,
- un probable long délai d'initiation du traitement ARV induisant un taux de décès élevé au sein des TB/VIH+,

Par ailleurs, toutes les conditions ne sont pas réunies au niveau de certains CDT : non-conformité des salles d'attente, d'accueil et de consultation en dépit des risques de transmission nosocomiale ; Certains laboratoires des CDT ne garantissent pas l'observance des mesures d'hygiène et de sécurité du personnel. Les magasins de stockage des médicaments et des vivres ne sont pas assez spacieux pour faciliter un bon rangement des médicaments et des vivres, etc

d. Insuffisance de gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments antituberculeux et en intrants de laboratoire

Les insuffisances notées dans la gestion des approvisionnements sont :

- La complexité de la gestion des données logistiques de la NPSP,
- Le retard de livraisons d'antituberculeux pour l'année 2014 crée des tensions sur les stocks actuels,
- La rupture de stock de RHE arrivé abimé (2011) et de H100 mg constatée en 2013,
- La surconsommation inexpliquée des antituberculeux dans certains centres et l'absence de stock de sécurité dans toute la chaîne de distribution,
- L'encombrement des magasins par des médicaments périmés cumulés durant des années,
- L'absence de contrôle de qualité post marketing des produits pharmaceutiques,
- Les médicaments pour effets secondaires à la charge des patients,
- La présence signalée d'antituberculeux dans le marché illicite,
- La pharmacovigilance non mise en œuvre dans tout le système de santé,

e. Quelques faiblesses dans le dispositif de suivi-évaluation

Les faiblesses liées au dispositif de suivi-évaluation sont :

- Les supports de données ne sont pas adaptés au nouveau cadre 2013 de notification de l'OMS,
- Il existe un registre électronique des patients dans quelques structures (CAT d'Adjamé, de Daloa sans avoir suffisamment prévu la maintenance informatique, la possibilité d'évolution des indicateurs ni l'impact sur les ressources humaines,
- Les rapports des laboratoires de microscopie sont insuffisamment exploités. Le nouveau format introduit en 2012 n'est pas encore uniformément utilisé et l'indicateur « nombre de patients

suspects de tuberculose examinés par microscopie » n'est donc pas disponible au niveau national. Les résultats de ces rapports ne sont pas validés par le service suivi-évaluation et ne sont pas partagés lors des ateliers bilans régionaux.

- Les rapports sur les stocks et commandes de médicaments sont également insuffisamment exploités. Les résultats de ces rapports ne sont pas validés par le service suivi-évaluation et insuffisamment discutés lors des supervisions (du fait de l'absence des responsables de la pharmacie dans les équipes de supervision des CDT), ni dans les ateliers bilans régionaux, notamment en ce qui concerne la surconsommation médicamenteuse,
- Le rapport sur les activités TB/VIH introduit en 2013 à la demande du PEPFAR est très complexe,
- Il n'y a pas de système de rapportage national par tous les laboratoires pratiquant maintenant des tests moléculaires qui puisse fournir de façon fiable le nombre de patients testés pour la RR, avec des résultats par région et par type de patients testés (au minimum cas de retraitement et nouveaux cas).
- Il n'y a pas de système en place pour le suivi des patients TB-MR mis sous traitement (rapports trimestriels de dépistage, de résultats de traitement).
- Il n'y a pas de système de rapportage du nombre d'enfants de moins de 5 ans au contact de cas de TB contagieux mis sous chimioprophylaxie,
- Les indicateurs d'activité des ONG communautaires sont complexes et demandent un recueil de données très lourd et la plupart du temps inadapté,
- Le service suivi-évaluation est insuffisamment doté en ressources humaines. Il n'existe pas de système informatisé de partage de données validées. L'archivage des données est insuffisant.

2. Mise en œuvre insuffisante de la stratégie DOTS-plus

a. TB/VIH

Les insuffisances liées à la mise en œuvre des activités collaboratives TB/VIH sont :

- Faible niveau d'atteinte des indicateurs TB-VIH :
 - 89% des patients tuberculeux dépistés au VIH,
 - 76% des co-infectés mis sous cotrimoxazole ,
 - 54% des co-infectés mis sous ARV
- Non prise en compte de la co-infection TB-VIH dans le plan stratégique VIH,
- Organes de coordination TB-VIH au niveau opérationnel inexistants ou peu fonctionnels,
- Référence faible des patients TB vers les sites VIH après le traitement antituberculeux.
- Insuffisance d'intégration de la prise en charge de la tuberculose dans les structures de santé,
- Insuffisance du dépistage de la tuberculose chez les PVVIH,
- Insuffisance d'offre des activités de soins et soutien VIH (Santé Positive Dignité et Prévention, Evaluation et soutien nutritionnel et soutien psycho-social, identification et PEC des OEV par référence aux structures compétentes etc.) aux patients co-infectés TB/VIH.

b. TB-MR

Les insuffisances notées dans la prise en charge de la TB-MR sont :

- Le dépistage de la RR parmi les malades suspects (retraitement, cas contacts de TBRR confirmée) n'est pas encore généralisé faute d'un système fiable et régulier de transports des échantillons de crachats depuis tous les CAT (notamment hors Abidjan) jusqu'aux laboratoires effectuant les tests moléculaires,
- Il n'existe pas de système fiable de rapportage du dépistage de la TB-RR,
- Le délai entre le recueil de l'échantillon de crachat chez un malade suspect de RR et sa mise au traitement de 2^{ème} ligne lorsqu'il est RR, même s'il a tendance à se raccourcir de plus en plus, est encore trop long. Cela est dû principalement au problème de transport d'échantillons et aussi au retard accumulé dans la prise en charge (longue liste d'attente de malades), Ce délai augmente le risque de dégradation de l'état du patient, d'infection de l'entourage et aussi d'effets secondaires lors du démarrage du régime de 2^{ème} ligne si un régime de retraitement a été prescrit dans l'attente (ex : risque de surdité augmenté par la prise de streptomycine),
- Le grand nombre de malades TB-RR mis au traitement à Abidjan en 2014 surcharge déjà les soignants (médecins, infirmiers).
- La distribution des médicaments de 2^{ème} ligne aux centres de traitement n'est pas effectuée par « kits complets » du malade, ce qui devrait être la règle afin de sécuriser le traitement jusqu'au bout quels que soient les aléas rencontrés dans l'approvisionnement en médicaments. Cela est dû principalement à l'insuffisance des locaux des CAT et du PNLT.
- Les médicaments pour les effets secondaires sont à la charge du malade,
- Les possibilités d'hospitaliser les malades en mauvaise condition générale sont quasiment inexistantes.
- Il y a des retards dans la réalisation des examens complémentaires de suivi.
- Les délais de rendu de résultats sont trop longs. C'est en particulier le cas pour les résultats des examens microscopiques, qui ne sont pas mis à disposition des médecins lors des visites mensuelles. Cela empêche les soignants de prendre certaines décisions et d'informer correctement les patients sur leur état et leur contagiosité,
- Les outils de suivi-évaluation ne sont pas encore totalement mis en place. Au cours des visites de sites prenant en charge des malades TB-RR lors de la revue, il a été constaté que les registres de la TB-RR étaient non disponibles, mal connus ou insuffisamment remplis. Les rapports trimestriels de dépistage et de résultats de traitement pour ces malades sont des formulaires anciens adaptés au traitement de 24 mois, qui ne sont pour l'instant pas utilisés.

c. TB de l'enfant, en prison et autres groupes à risques

En ce qui concerne la TB de l'enfant, il est noté :

- Thématique non prise en compte dans le plan stratégique 2012-2016,
- Absence de guide technique TB de l'enfant,

- Absence de financement spécifique pour la lutte contre la tuberculose de l'enfant,
- Non actualisation de l'algorithme de prise en charge de la TB chez l'enfant,
- Dépistage faible des cas pédiatriques lié à la non disponibilité ou faible utilisation des outils appropriés de diagnostic (Xpert, radiographie, test IDR, etc.)
- Non implication des partenaires de lutte pour la survie de l'enfant dans la lutte contre la tuberculose,
- Mise sous chimio-prophylaxie non notifiée,
- Insuffisance d'exploration d'une TB évolutive chez les enfants mis sous chimio prophylaxie,
- Application insuffisante de la chimio prophylaxie des enfants contact de TPM+,
- Stratégie de gestion des enfants contact de TPM+ incomplète,
- Non application des nouvelles posologies recommandées pour la tuberculose de l'enfant

Concernant la prise en charge de la TB en prison, il a été noté :

- Une insuffisance de couverture de dépistage de la tuberculose en milieu carcéral, seulement 22 prisons sur les 34 existantes sont couvertes,
- Accès aux soins à l'extérieur difficile pour les détenus : autorisation de sortie par le juge (1 mois de délai avant l'obtention d'une réponse)
- Déficit de communication entre le service administratif et le service médical quant à la libération de prisonniers souffrant de TB (600 prisonniers sont libérés / mois à la MACA ne bénéficient pas d'un examen médical de sortie). Les détenus souffrant de TB sont donc libérés à l'insu du service médical de la MAC.
- Inobservance du traitement après libération due à la mauvaise qualité de l'accueil dans les structures sanitaires de référence, barrière financière pour l'accès aux soins (1 000 fcfa /examen de crachat, 4000 fcfa /radiographie pulmonaire et 5000F pour le timbre antituberculeux),
- Absence de service de radiologie dans les MAC,
- Contrôle de l'infection non appliqué dans les MAC,
- Dépistage de la TB et VIH non systématisé en milieu carcéral

En ce qui concerne, les autres groupes à risque, il a été noté une insuffisance d'activités de dépistage en direction des diabétiques, des tabagiques, des usagers de drogues, des malnutris, des femmes enceintes, etc.

d. Mesures insuffisantes de contrôle de l'infection tuberculeuse:

En dépit de certaines actions menées, ce volet essentiel de la lutte antituberculeuse n'a pas été suffisamment pris en compte. Le pays dispose depuis 2013 d'un document de politique, d'un document de stratégie et d'un plan national de contrôle de la transmission de la tuberculose dans les services de santé en Côte d'Ivoire, Les outils de formation sur le contrôle de l'infection tuberculeuse ont été élaborés et validés. Il est prévu dans le plan stratégique national de mettre en œuvre les mesures de

contrôle de l'infection tuberculeuse dans 20 et 45 structures de soins respectivement en 2013 et 2014. Un plan d'actions opérationnel n'a pas été mis en place et les moyens matériels n'ont pas suivis.

e. Implication insuffisante des prestataires des centres non CDT dans le cadre du partenariat PPM-DOTS :

En dépit de l'existence d'un cadre de collaboration avec le secteur privé comme la Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire (CECI), il a été noté :

- Une faible implication des structures privées et confessionnelles dans les activités de lutte contre la tuberculose,
- Une faible collaboration avec les usines, les manufactures et les mines pour intégrer les activités de lutte contre la tuberculose,
- Une faible implication des pharmacies privées et des praticiens de la médecine traditionnelle,
- Une insuffisance dans le développement de partenariats avec les secteurs clés (Enseignement, Famille, Défense, Justice, etc.) en vue d'élargir et de rendre multisectorielle la lutte contre la tuberculose.

f. Insuffisance dans la mise en œuvre de l'APSR pour le renforcement du système de santé :

L'APSR contribue à améliorer le dépistage des cas de tuberculose, la qualité des services de prise en charge de la tuberculose et de santé primaire, le système d'information pour la gestion sanitaire et le système d'orientation-recours pour les maladies respiratoires y compris la tuberculose. Cette stratégie prévue dans le plan stratégique en cours, n'a pas été mis en œuvre.

g. Faible implication de la communauté et des autres secteurs :

Le territoire ivoirien est assez vaste et le nombre d'acteurs communautaires impliqués dans les activités de lutte contre la tuberculose est limité : 2130 relais communautaires autour de 71 villes abritant 76 CDT, 28 ONGs actuellement fonctionnelles. En outre, le paquet d'activités des acteurs communautaires n'intègre pas encore tous les éléments essentiels de la lutte.

- Dépendance des associations souvent dépourvues de ressources propres
- Formations multiples, pas toujours coordonnées, parfois non adaptées à la cible
- Communication dépourvue de messages-clés à fort impact en mobilisation et en changement de comportement pour le grand public
- Non-intégration des données communautaires dans le système national d'information sanitaire (SNIS)
- Non implication des anciens malades dans la lutte anti-tuberculeuse
- Faible niveau de connaissance sur la tuberculose avec une population analphabète à 60%.
- Préjugés répandus au sein de la population affectant la lutte contre la tuberculose,
- Insuffisance de diffusion des outils de communication
- Faible niveau de couverture des structures de prise en charge.

A ce jour, les communautaires ne sont présents que dans 70% des centres de prise en charge de la tuberculose (127/180) soit 62% (51/82) des districts sanitaires. De même, bien que le PNLT ait fixé aux acteurs communautaires un objectif de contribution à la détection et au dépistage précoce des cas à

hauteur de 19%, leur performance n'atteint pour l'instant que 12% (à septembre 2014). 7% de perdu de vue des TPM+ (TB bactériologiquement confirmés) est encore élevés. La couverture partielle des sites par les communautaires et les problèmes de notification des cas de décès pourraient expliquer en partie cette situation.

h. Recherche opérationnelle et analyse épidémiologique insuffisantes :

- Inexistence d'un comité de recherche opérationnelle au niveau du PNLT,
- Malgré un niveau élevé de recherche scientifique universitaire en Côte d'Ivoire dans le domaine de la tuberculose et de l'infection à VIH (essais cliniques), peu de recherches sont menées dans les domaines de l'évaluation des politiques de prise en charge et des sciences sociales concernant la tuberculose.

i. Insuffisances de ressources :

Au niveau central :

Ressources humaines : instabilité du personnel recruté sur financement extérieur

Ressources matérielles : Les infrastructures actuellement disponibles au niveau central sont pour la plupart vétustes, et il n'existe pas de bureaux appropriés pour abriter certains services. En outre, les véhicules pour les supervisions et les activités de coordination sont amortis.

Au niveau régional : Le personnel dédié à la lutte contre la tuberculose est insuffisant. Ce personnel est complété par des contractuels souvent payés sur ressources propres obtenues à partir de la vente de timbres antituberculeux. Les véhicules sont vétustes, datant pour la plupart de 2004.

Au niveau périphérique : le PNLT s'appuie sur le personnel permanent de l'Etat qui s'occupe en plus de la tuberculose, de toutes les autres activités sanitaires au niveau opérationnel. Il est souvent noté des mutations et affectations du personnel de l'Etat sans tenir compte des besoins sur le terrain. Ces derniers ne sont parfois pas remplacés ou remplacés par des agents non formés. En outre, certains techniciens de laboratoire ayant été formés par le PNLT refusent de faire le diagnostic microscopique des BAAR causant ainsi la fermeture de certains laboratoires TB. Tout ceci rend fragile tout le système et ne garantit pas la continuité des services. Les motos acquis sur les précédents Rounds du Fonds Mondial sont usagés et le plus souvent non fonctionnelles.

1.4.3- Opportunités et menaces

Les opportunités et les menaces actuels et futurs du PNT peuvent être résumées comme suit :

➤ **Opportunités :**

1. Plan stratégique comme outil de plaidoyer pour la mobilisation de financement auprès des partenaires et de l'Etat

2. Mise en place de la couverture maladie universelle,
3. Réforme du système de santé, renforçant les capacités de coordination des régions et districts,
4. Nombre élevé de radio de proximité,
5. Eligibilité de la Côte d'Ivoire à l'initiative 5% (FEI)
6. Eligibilité de la Côte d'Ivoire au PPTE
7. Disponibilité du financement extérieur
8. Soutien de GIP ESTHER pour les activités du VIH dans certaines MAC
9. Adoption en conseil des Ministre du 1^{er} octobre 2014 d'une communication relative à la délégation des tâches des soins et traitement VIH ARV dans les sites sans compétence médicale.

➤ Menaces :

1. Absence de ressources pérennes,
2. Non intégration effective des services de santé
3. Persistance des poches de pauvreté dans la population,
4. Persistance des maladies débilitantes (diabète, VIH, cancers),
5. Epidémie à virus Ebola.

1.5- Analyse des gaps

Au regard de l'épidémiologie de la TB en Côte d'Ivoire et de la réponse nationale actuelle et les insuffisances décrites ci-dessus, des lacunes et des contraintes existent et sont souvent hors de la ligne d'intervention du Programme. Il s'agit de :

- a) Problème d'accessibilité géographique : malgré la mise en place des services, certaines zones sont d'accès difficiles (enclavées, routes dégradées, moyens de transport inexistants,) peuvent limiter l'accès aux services et favoriser le retard au diagnostic.
- b) Problème d'accessibilité financière : il existe une forte proportion (42,7%, PNUD 2013) de la population vivant avec moins de 1,25 \$US/jour. Ainsi, les suspects peuvent ne pas avoir les moyens de payer les frais de transport pour se rendre dans les formations sanitaires, les frais de consultation et des examens (recherche des BAAR, radiographie du thorax et autres examens connexes). Par ailleurs, on note qu'environ 56,5% des dépenses en santé sont supportées par les ménages en Côte d'Ivoire (Compte Nationaux de Santé 2009-2010). Il est aussi noté une Insuffisance de système fonctionnel d'assurance maladie et les structures de mutuelle de santé existant n'ont ni l'organisation ni les ressources financières pour couvrir les besoins sur le terrain.
- c) *Barrières socio-culturelles* : malgré toutes les campagnes de sensibilisation et les résultats du programme, certains suspects continuent de faire recours en première intention à la médecine traditionnelle. Ce qui induit une perte de temps et aussi de ressources, retardant ainsi le diagnostic et compromettant leur chance de guérison. La tuberculose est encore assimilée parfois à l'envoutement et à la sorcellerie entraînant ainsi un caractère hautement stigmatisant.

d) Barrières liées aux droits Humains :

La Tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire en Côte d'Ivoire. Elle est également une maladie professionnelle indemnisable pour les professionnels de santé (décret N°2013-554 du 05 août 2013).

Dans le milieu carcéral, le droit à la santé est aléatoire, ceci est dû d'une part aux budgets insuffisants, et d'autre part à la surpopulation. La stigmatisation et la discrimination liées à la Tuberculose sont largement répandues dans les communautés, et les organisations communautaires peinent à fournir un soutien pertinent aux personnes infectées et affectées. La majorité des patients a des connaissances insuffisantes sur les notions élémentaires de droit et un accès limité aux services juridiques.

e) Barrières liées aux inégalités de genre :

Le dispositif sanitaire du pays facilite l'égal accès des hommes et des femmes aux services de santé. Les statistiques nationales révèlent la proportion plus élevée des cas de TPM+ chez les hommes comparativement aux femmes à l'instar des autres pays du monde.

Très peu de données restent cependant disponibles sur les inégalités liées au genre en matière de lutte anti tuberculeuse en Côte d'Ivoire.

Pour ne pas méconnaître ces inégalités qui pourraient être préjudiciables à la lutte contre cette affection, la réalisation d'études s'avère nécessaire.

1.6- Vision, but, objectifs, populations cibles, interventions et activités du plan stratégique 2016-2020

• Vision :

La stratégie nationale de lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire est alignée sur la politique nationale de santé et basée sur la stratégie après 2015 de l'OMS. Elle vise à terme une Côte d'Ivoire sans tuberculose (zéro décès, aucune morbidité ni souffrance dus à la tuberculose).

• But :

Le but visé est de réduire le taux de mortalité liée à la tuberculose de 20% à l'horizon 2020 par rapport à l'année 2015.

• Objectifs :

Les objectifs fixés dans le cadre de ce plan stratégique sont :

Objectif 1. Accroître la notification des cas de tuberculose toutes formes de 25 299 en 2013 à 27 156 en 2020

Objectif 2. Atteindre **85%** de taux de succès thérapeutique chez les cas de tuberculose bactériologiquement confirmés d'ici 2020

Objectif 3. Augmenter la proportion de patients TB/VIH bénéficiant du traitement ARV de 55% en 2012 à au moins 90% en 2020

Objectif 4. Atteindre **80%** de taux de succès thérapeutique chez les malades multi-résistants mis sous traitement de 2^{ème} ligne d'ici 2020

Objectif 5. Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme et des acteurs communautaires à tous les niveaux.

- Populations cibles du programme :

- La population générale : la sensibilisation et l'amélioration de l'accès aux services DOTS des populations va entraîner une réduction de l'incidence et de la transmission de la tuberculose au sein de la population générale.

- Les prisonniers : le dépistage actif des cas dans les prisons va entraîner une réduction de la transmission dans le milieu carcéral.

- Les malades tuberculeux et patients tuberculeux multi-résistants: ils bénéficieront d'une prise en charge de qualité et d'un soutien social (appui nutritionnel, aide financière, aide juridique, aide administrative, fourniture de kit d'hygiène)

- Les accompagnants des malades tuberculeux multi-résistants: les accompagnants des malades bénéficieront de mesures de protection individuelles et collectives.

- Les acteurs impliqués dans la lutte: bénéficieront d'un appui pour renforcer leur capacité et de mesures de lutte contre la transmission nosocomiale de la tuberculose multi-résistante.

- Les ONG/associations/ASC: bénéficieront d'un appui pour renforcer et étendre la mise œuvre du DOT communautaire.

- les populations clés: Personnes Vivant avec le VIH, diabétiques, usagers de drogues, femmes enceintes, bouviers et les populations ayant un accès limité aux services antituberculeux. Les quatre premiers groupes de populations seront screenés à l'aide d'une fiche de screening et la prise en charge des cas dépistés sera assurée par le centre de prise en charge de la tuberculose le plus proche. Pour les populations ayant un accès limité aux centres de dépistage et de traitement, le transport des crachats ou la confection et le transport des frottis du centre de prélèvement vers les CDT seront organisé.

- les enfants: aux enfants sera appliqué un algorithme de dépistage incluant le Xpert et les techniques classiques de dépistage.

Les axes prioritaires ci-dessous ont été retenus en se basant sur l'analyse épidémiologique, les insuffisances, les contraintes et les recommandations de la revue du Programme organisée en juillet 2014 :

A- Prise en charge de la tuberculose :

A1- Dépistage des cas dans la population générale et dans les populations clés:

La couverture en service diagnostique et le dépistage des cas seront renforcés par :

- a) la création de nouveaux CDT,
- b) le renforcement du système de collecte et de transport de crachats des postes de santé vers les laboratoires des CDT (y compris la confection des frottis)
- c) le dépistage de la TB dans les populations clés (contacts TPM+ & TB-MR, PVVIH, prisonniers, enfants <5ans, et autres) à l'aide de nouvelles techniques de diagnostic,
- d) la décentralisation et le renforcement des nouvelles technologies de diagnostic (microscopie LED, Xpert MTB/RIF, radiographie numérique, échographe) tout en veillant à leur utilisation rationnelle basé sur un algorithme de diagnostic validé par les cliniciens,
- e) l'organisation des campagnes de dépistage dans la communauté basée sur la cartographie des cas identifiant des zones de concentration,
- f) le renforcement de la communication (média) orientée sur le changement de comportement et les campagnes de mobilisation sociale et communautaire ;
- g) l'approvisionnement régulier en réactifs, consommables et petit matériel pour le diagnostic et
- h) l'organisation régulière du contrôle de qualité du réseau de microscopie.
- i) L'implication communautaire au dépistage actif de la tuberculose par la collecte et le transport du crachat de la communauté vers les CAT/CDT et la notification des résultats à domicile,
- j) la recherche active par les communautaires des sujets contacts des personnes atteintes de tuberculose contagieuse ;

A2- Traitement et prévention de la tuberculose

La priorité sera d'augmenter le taux de succès thérapeutique jusqu'à atteindre 85% avec un accent particulier sur :

- a) l'approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux de 1^{ère} ligne de qualité,
 - b) l'effectivité du suivi régulier du traitement par les malades,
 - c) l'appui alimentaire régulier des malades tout au moins au cours de la phase intensive de traitement,
 - d) le dépistage et le traitement des comorbidités si possible,
 - e) la recherche systématique des patients irréguliers
 - f) un examen clinique systématique à la fin du traitement en vue d'une éventuelle réinsertion,
 - g) la réalisation effective de la chimio prophylaxie à l'INH chez les enfants de moins de 5 ans vivant avec un cas contagieux et sa documentation,
 - h) la formation régulière des prestataires de soins impliqués dans la lutte antituberculeuse et,

- i) la collaboration avec d'autres structures du secteur de la santé et d'autres secteurs pour une réponse nationale plus globale à la transmission de la tuberculose au sein de la population.
- j) le renforcement de la collaboration avec les communautaires, communication et mobilisation sociale.
- k) l'amélioration du suivi communautaire des patients atteints de la tuberculose pour réduire les irréguliers au traitement et perdus de vue
- l) l'implication des anciens de la tuberculose dans la lutte contre la TB

B- Co-infection TB/VIH:

a) Le Programme prévoit au cours des 5 prochaines années d'atteindre une couverture du dépistage du VIH chez les TB d'au moins 95% et du traitement antirétroviral chez les patients TB/VIH d'au moins 90%. Ainsi, le dépistage du VIH chez les patients TB sera poursuivi en assurant la disponibilité des tests VIH, la formation/recyclage des agents impliqués dans la prise en charge des cas de TB et du VIH. Les ARV, le CTM et autres médicaments contre les infections opportunistes seront mis à la disposition du PNLT par le PNLS.

b) La recherche active de la tuberculose chez les PVVIH sera poursuivie tout en utilisant en plus le Xpert MTB/RIF et si possible la radiographie.. En collaboration avec le PNLS, le dépistage du VIH chez les suspects de TB sera aussi mis en place. Les données du dépistage de la TB chez les PVVIH seront rapportées par le PNLS tout en maintenant l'harmonisation des outils de gestion entre les deux programmes.

c) Les réunions du groupe technique de travail TB/VIH seront réalisées trimestriellement au niveau central et semestriellement au niveau régional.

d) Les médecins prescripteurs d'ARV seront davantage sensibilisés sur la mise en application des recommandations communes de l'initiation du traitement ARV chez les TB/VIH.

e) Avec les recommandations de l'OMS 2013 sur le VIH, le pays a opté pour la délégation des tâches. La prise en charge du VIH sera réalisée par les infirmiers au niveau périphérique. Dans ce cadre, les malades pourront être suivis dans une seule structure pour éviter le déplacement des patients.

f) Une documentation systématique des décès chez les TB sera réalisée afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

g/ l'extension des activités de contrôle de l'infection TB au niveau des structures de PEC de la TB et du VIH sera réalisé.

h/ les activités de soins et soutien au patients co-infectés TB/VIH seront mise en oeuvre: Santé Positive Dignité et Prévention; soins et soutien nutritionnel, Soutien psychosocial - groupes d'auto-support, Approche-famille pour l'identification et le soutien aux OEV des patients co-infectés TB/VIH, en lien avec les partenaires communautaires des localités où sont situés les CAT/CDT.

i/ Une collaboration accrue entre acteurs communautaires impliqués dans la lutte contre la TB pour la diffusion de messages de prévention adressés au PVVIH

C- Tuberculose multi résistante :

La prise en charge de la TB-MR passera par le dépistage de la TB-MR et de leur traitement adéquat tout en assurant la prise en charge des effets secondaires du traitement :

- a. tous les cas de retraitement, les contacts de TB-MR et certains nouveaux de cas de TB bénéficieront des tests Xpert pour le dépistage de la TB-MR suivant les algorithmes nationaux validés
- b. les Xpert RIF+ bénéficieront du traitement court de la TB-MR et aussi de la culture et des tests de sensibilité afin d'identifier le profil de résistance dans le but d'ajuster éventuellement les antibiotiques, surtout en cas de TB-UR.
- c. la culture et les antibiogrammes mis en place au LNR seront maintenus et avec une possible décentralisation.
- d. l'approvisionnement régulier en réactifs, petits matériels et consommables pour la culture et les tests de sensibilité sera maintenu.
- e. l'approvisionnement régulier en médicaments de 2^{ème} ligne auprès de GDF sera poursuivi,
- f. une gestion des effets secondaires des médicaments sera également assurée,
- g. le site prévu pour abriter le centre spécialisé de PEC des malades de TBMR sera réhabilité,
- h. les malades malentendants seront appareillés.

D. Gestion du programme, y compris suivi-évaluation, recherche opérationnelle et renforcement du système de santé:

Le renforcement de la gestion du Programme passera par :

- a) le renforcement de la gestion du programme (salaire du personnel, renforcement de capacités, frais généraux de gestion, management des risques, matériel roulant, etc.)
- b) la poursuite des activités de suivi-évaluation (actualisation des outils et bases de données, matériels informatiques, formations des acteurs, production des outils de suivi-évaluation,

contrôle de qualité du réseau des laboratoires, les réunions bilans, les évaluations à mi-parcours et finales, etc.)

c) l'organisation régulièrement des supervisions des activités de lutte anti-TB sur le terrain,

d) la recherche opérationnelle (renforcement de capacités, dotation de moyens pour les recherches, publications des résultats de recherche, organisation de journées scientifiques, etc.)

e) l'adoption des directives opérationnelles de l'OMS concernant ENGAGE-TB en les adaptant aux réalités nationales

le renforcement de système de santé (réhabilitation de laboratoires et leurs équipements, réhabilitation de salles de consultation, poursuite du PPM-DOTS, etc.)

Les activités prévues par intervention et par objectif au cours des cinq prochaines années se présentent comme suit :

Objectif 1. Accroître la notification des cas de tuberculose toutes formes de 25 299 en 2013 à 27 156 en 2020,	
Intervention 1.1 : Dépistage de la TB dans la population générale	
1.1.1	Créer 55 CDT (y compris les centres de santé militaire, confessionnel, associatif, etc.) pour décentraliser la prise en charge de la tuberculose (Acquérir et aménager 55 containers pour les sites à ouvrir, formation, équipements, outils de gestion) et créer 7 nouveaux CAT (Réhabiliter 7 anciens CDT pour les transformer en 7 CAT)
1.1.2	Acquérir 37 microscopes LED pour la décentralisation vers les CAT/CDT qui lisent au moins 20 lames par jour en vue d'améliorer la sensibilité du dépistage des cas de TB,
1.1.3	Acquérir 177 microscopes optiques pour les nouveaux CDT et le remplacement de ceux amortis dans le réseau
1.1.4	Organiser en 5 jours la formation de 53 techniciens de laboratoire de CAT/CDT sur la maintenance des microscopes et prévoir 27 trousse de maintenance de microscope
1.1.5	Organiser une session de formation en 03 jours de 20 prestataires (IDE, aides soignants) issus 20 ESPC à la confection des frottis (1 session en an2, équipement de 20 motos, 40 boites de rangement)
1.1.6	Organiser en 1 jour la formation de 56 prestataires (infirmiers, Aides soignants, aides de labo) à la collecte et au transport des échantillons de crachat vers les CAT, CeDReS, IPCI
1.1.7	Doter en carburant les motos des 20 ESPC pour le transport des frottis confectionnés vers les CDT/CAT
1.1.8	Assurer les frais de transport des échantillons de crachat vers les CAT, CeDReS, IPCI (1 ou 2 nuitée(s), transport en fonction de la distance pour les services hors Abidjan) prévoir des Kits de transport des échantillons (Glacières, accumulateurs)

	1.1.9	Organiser une réunion trimestrielle d'encadrement d'1 jour des ESPC par le niveau central sur la confection des frottis et la collecte des échantillons de crachat et leur transport
	1.1.10	Organiser en 5 jours la formation de 115 techniciens et aides de laboratoire des CAT/CDT au diagnostic de la tuberculose
	1.1.11	Approvisionner les laboratoires du réseau en matériels, réactifs et consommables pour le diagnostic de la tuberculose
	1.1.12	Organiser une session de formation en 3 jours de 20 techniciens du niveau central et régional à la supervision et au contrôle qualité du réseau de laboratoire
	1.1.13	Organiser en 1 jour la formation des communautaires autour de 185 CDT existants à l'utilisation de la fiche de recherche active de la TB chez les sujets contacts (30 Communautaires/Session)
	1.1.14	Organiser 12 sessions/30 participants par session de 01 jour des conseillers communautaires des 24 CAT à la collecte et au transport des échantillons de crachat
	1.1.15	Recruter un consultant national pour poursuivre le processus d'amélioration de la Qualité WHO-AFRO-SLIPTA dans 10 structures démarré en 2014 en vue de l'accréditation
	1.1.16	Organiser en 2 jours la formation de 82 médecins-chefs de district, 102 CSE (DDS, DRS) et 20 Directeurs régionaux de la santé pour une meilleure appropriation de la stratégie de lutte contre la TB
	Intervention 1.2 : Populations clés (prisonniers, diabétiques, usagers de drogues, femmes enceintes et bouviers) et celles ayant un accès limité aux services antituberculeux	
	1.2.1	Diffuser les directives de prise en charge des cas de TB dans les groupes vulnérables y compris les outils de sensibilisation
	1.2.2	Faire un plaidoyer à l'endroit du Ministère de la Justice pour le screening de la TB à l'entrée en prison et au cours de la détention
	1.2.3	Organiser 08 sessions de formation pour 12 infirmiers, 24 pairs éducateurs, 68 régisseurs, 104 gardes pénitenciers et 34 assistants sociaux de l'ensemble des 34 prisons sur les activités de lutte contre la tuberculose en milieu carcéral, (2 sessions DOTS de 3 jours en résidence pour les 12 IDE et 34 assistants sociaux/éducateurs spécialisés avec restitution d'1 jour sur site pour les éducateurs de pairs ; et 6 sessions d'1 jour pour les autres)
	1.2.4	Doter les 12 prisons en outils de gestion de la tuberculose (registre, fiches de rapport, 12 glacières, 48 accumulateurs) et les 34 prisons en fiche de screening de la TB
	1.2.5	Organiser une séance trimestrielle d'un jour de sensibilisation de masse sur la TB par les 34 assistants sociaux de l'ensemble des 34 prisons
	1.2.6	Superviser en un jour chaque trimestre les activités de prise en charge de la tuberculose dans les 34 prisons par les équipes des CAT/CDT avec l'appui du point focal Prison/PNLT,
	1.2.7	Organiser 03 sessions de formation de 02 jours de 60 Médecins et infirmiers (2 agents par région sanitaire, 3 par CHU, 8 au CADA) des centres de diabétologie sur la stratégie de lutte

		contre la TB avec un accent sur la recherche active
	1.2.8	Organiser 01 session de formation de 02 jours de 30 prestataires (Médecins et infirmiers) des centres de désintoxication sur la stratégie de lutte contre la TB avec un accent sur la recherche active
	1.2.9	Organiser en 01 jour la formation sur le screening de la TB chez l'enfant et la femme enceinte des prestataires (Médecins, Pédiatres, infirmiers, sages-femmes, gynécologues) (30 personnes/session) de 82 districts
	1.2.10	Assurer une campagne de sensibilisation et de dépistage actif de la tuberculose dans 20 quartiers précaires et 20 lieux de regroupement des grandes villes du pays
	1.2.11	Assurer une campagne de dépistage actif de la tuberculose par trimestre chez les populations vivant autour des entreprises privées (1 campagne/Trimestre)
	1.2.12	Organiser 01 session semestrielle d'un jour de formation de 25 participants par région sanitaire sur la stratégie de lutte contre la TB pour les praticiens de la médecine traditionnelle, les leaders religieux et les crieurs publics (2 sessions/région pour 20 régions)
	1.2.13	Organiser en session d'1 jour la formation de 600 pharmaciens des officines privées à l'identification et la référence des cas suspects de tuberculose (30 participants/session)
	1.2.14	Organiser une session de formation d'1 jour pour 30 pairs éducateurs (15 diabétiques et 15 usagers de drogues) sur la détection des symptômes de la TB et la recherche active des cas
	Intervention 1.3 : TB de l'Enfant et Prévention	
	1.3.1	Organiser une réunion nationale de consensus sur la prise en charge de la tuberculose infantile impliquant les acteurs du PNLT, des pédiatres et des partenaires
	1.3.2	Elaborer, valider, finaliser, produire et diffuser le guide de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant
	1.3.3	Elaborer, valider, finaliser et produire les modules de formation (manuel de référence, guide du formateur, cahier du participant) à l'endroit des prestataires (pédiatres, Médecins, infirmiers) impliqués dans la prise en charge de la TB chez l'enfant (recruter un consultant)
	1.3.4	Organiser 22 sessions de formation à l'endroit des pédiatres, médecins et infirmiers impliqués dans la prise en charge de la TB chez l'enfant, (1 session de formateur, 17 sessions de prestataires An2, 2 sessions An3, 2 sessions An4)
	1.3.5	Acquérir des intrants et consommables pour la réalisation des IDR, de tubage gastrique (au niveau des 3 PPH) et autres prélèvements chez 10 000 enfants chaque année
	1.3.6	Reproduire et diffuser les algorithmes de dépistage de la TB de l'enfant sous forme d'affiches dans les services de consultation
	1.3.7	Elaborer, valider, reproduire et diffuser les outils de gestion de l'enquête d'entourage (fiche d'enquête et de suivi des enfants contact, registre INH)
	1.3.8	Assurer les frais de transport de 293 agents de santé pour la réalisation de l'enquête

	d'entourage (1 agent/CDT, 2 agents/CAT) en raison d'une sortie par semaine
1.3.9	Organiser une réunion trimestrielle d'un jour du comité technique de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant de 20 participants
1.3.10	Acquérir 05 appareils de Rx numériques dans le cadre du dépistage de la TB chez l'enfant (SMIT, CHU Yopougon Pédiatrie, CHU de Treichville Pédiatrie, CHU de Bouaké Pédiatrie, Cirba)
Intervention 1.4 : Communication, Mobilisation sociale et Communautaire	
1.4.1	Organiser par an la journée mondiale sur la tuberculose (JMT Nationale et Régionales)
1.4.2	Diffuser 290 spots radio par trimestre 140 sur radio Cote d'Ivoire (60 en français et 80 en 27 langues) et 150 spots sur les radios rurales de proximité en français et en 27 langues)
1.4.3	Concevoir et diffuser 290 magazines (sketch) radio par trimestre 140 sur radio CI (60 en français et 80 en 10 langues) et 150 magazines sur les radios rurales de proximité en français et en 10 langues)
1.4.4	Insérer 5 spots en bande à la Une de 5 journaux de la presse écrite et 03 de la presse en ligne (abidjan.net, KOA CI) 3 fois par trimestre
1.4.5	Diffuser 120 000 SMS par an à travers 3 entreprises de téléphonie mobiles
1.4.6	Reproduire et diffuser 25.000 affiches (4x3 et A2) pour sensibiliser toute la population et pour lutter contre la stigmatisation de la tuberculose par an (Cibles : coordination régionale, services publics)
1.4.7	Reproduire et diffuser 50.000 dépliants (A4) pour sensibiliser toute la population et pour lutter contre la stigmatisation de la tuberculose par an (pour 3 types de messages : TB diagnostic, observance du traitement et TB/VIH)
1.4.8	Confectionner 2000 kits de gadgets (stylos, clé USB, portecclés, agenda, polo/chemises, casquettes, sacs emballage ...) par an sur la sensibilisation de la tuberculose)
1.4.9	Reproduire 10 000 T-Shirts par an sur la sensibilisation et la lutte contre la stigmatisation.
1.4.10	Mettre en place un groupe de soutien sur la problématique de la tuberculose constitué de magistrats, de chefs d'entreprise, de sportifs populaires, de parlementaires, de membre du gouvernement, de partenaires au développement, de responsables de la société civile, etc.
1.4.11	Former, doter d'outils/dossier de presse 60 professionnels des médias pour mieux couvrir l'information et faire le plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose (journalistes de TV1&2, radios ; presse écrites ; presse en ligne, service communication du MSLS, CIG/gouvernement) (02 sessions de formations de 30 pers/session)
1.4.12	Concevoir, reproduire et diffuser un bulletin d'information semestriel sur la LAT en Côte d'Ivoire
1.4.13	Créer et assurer la maintenance d'un site web d'information sur la LAT
1.4.14	Produire et diffuser 6 PAD télé (3 de 30s, 3 de 7minutes), 6 bandes déroulantes et 1 passage à l'émission « matin Bonheur » par trimestre sur la chaîne publique de télévision
Intervention 1.5: Activités collaboratives avec d'autres secteurs	

	1.5.1	Organiser en collaboration avec le ministère de l'enseignement supérieur/Université, une formation sur les directives nationales du PNLT aux étudiants de 7 ^{ème} année de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie, avant la soutenance de leur thèse, aux élèves de l'INFAS(IDE,SF,TL,TRx) et INFS en fin de cycle.(une formation chaque année pour chaque cible)
	1.5.2	Organiser en collaboration avec le ministère de l'éducation nationale(DMOSS) et le PNSSU des interventions de sensibilisation sur la TB dans les établissements scolaires, les internats. (1 séance/trimestre)
	1.5.3	Organiser 02 sessions de formation d'un jour pour 60 prestataires (Médecins, IDE) des services de santé scolaires et universitaires sur la référence des cas
	1.5.4	Organiser une réunion annuelle de 02 jours pour actualiser et vulgariser en collaboration avec le ministère de l'éducation et la santé l'arrêté définissant les dispositions à prendre en cas de diagnostic de la tuberculose chez un élève, étudiant, enseignant ou toute autre personne en service dans les établissements
	1.5.5	Organiser une réunion annuelle d'un jour de 30 personnes pour la mise en place et le suivi du cadre de concertation avec le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles, Maladie métabolique, les Programmes de la Santé de la Mère et de l'Enfant, le PNLP afin de discuter des nouvelles interventions en faveur des diabétiques, des femmes enceintes et de la PEC du paludisme chez les tuberculeux
	1.5.6	Organiser par an une session de formation de 02 jours de 30 prestataires de 10 cliniques privées sur la stratégie de lutte contre de la tuberculose
Objectif 2. Atteindre 85% de taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés d'ici 2020		
Intervention 2.1 : Traitement de la tuberculose sensible		
	2.1.1	Organiser un atelier de 03 jours de révision et un atelier de 03 jours de validation du guide technique de prise en charge de la tuberculose en 2019 pour 30 personnes
	2.1.2	Acquérir chaque année, des médicaments antituberculeux de 1 ^{ère} ligne de bonne qualité pour la prise en charge des malades tuberculeux.
	2.1.3	Organiser par an 4 sessions de mise à niveau des agents de santé impliqués dans la prise en charge des malades (2 sessions DOTS de 03 jours pour 30 participants pour les Médecins, Infirmiers, 01 session de 03 jours de 30 Gestionnaires de médicaments et 01 session de 10 techniciens /Aides de laboratoire à la microscopie en 5 jours)
	2.1.4	Acquérir des kits nutritionnels pour 1/3 des patients TB par an
Intervention 2.2 : Prise en charge communautaire de la tuberculose		
	2.2.1	Recruter et mettre à la disposition 4 640 relais communautaires et 232 Superviseurs pour la mise en œuvre du paquet communautaire TB (20 RC et 1 superviseur/CDT)
	2.2.2	Doter les relais communautaires de 4 640 vélos et leur superviseur de 241 motos pour la mise en œuvre du paquet communautaire TB

	2.2.3	Doter les relais communautaires de 4976 Kits (4640 RC et 336 conseillers communautaires) de travail (guides, registres, gants, solution hydro alcoolique), 4387 sacs à dos, 800 glacières, 3198 accumulateurs
	2.2.4	Appuyer financièrement (primes et frais de déplacement et déjeuner lors des revues de données) par trimestre les 4640 relais communautaires et leurs superviseurs sur la base de leurs rapports d'activités
	2.2.5	Appuyer financièrement 7 ONG pour la prise en charge communautaire des patients TB et l'enquête d'entourage
	2.2.6	Mettre en place un groupe de travail pour réviser les outils de formation et de gestion communautaires (10 participants pendant 10 jours)
Intervention 2.3 : Environnement juridique, politique, stratégique et réglementaire		
	2.3.1	Elaborer, valider et mettre en œuvre des réformes juridique et politique relatives à la stigmatisation, à la déclaration et à la gestion des patients tuberculeux
	2.3.2	Promouvoir la charte des patients tuberculeux (Réunion de lancement et de sensibilisation, reproduire et diffuser 10 000 exemplaires)
	2.3.3	Elaborer et valider un annuaire des textes réglementaires en matière de lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire.
Objectif 3. Porter la proportion de patients TB/VIH bénéficiant du traitement ARV de 55% en 2012 à au moins 90% en 2020,		
Intervention 3.1 : Activités de collaboration TB/VIH		
	3.1.1	Organiser un atelier de 03 jours de 30 participants pour réviser le document cadre de collaboration PNLT/PNLS et le fonctionnement du groupe technique de travail (GTT) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional, district y compris les communautaires)
	3.1.2	Organiser des réunions de 30 participants du groupe technique de travail (GTT) PNLT/PNLS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (1 réunion trimestrielle au niveau central, 1 réunion semestrielle au niveau régional, 1 réunion mensuelle équipe cadre au niveau district)
	3.1.3	Organiser en sessions de 05 jours de 30 participants la formation de 256 IDE des CDT (1 IDE/CDT) à la prise en charge du VIH
	3.1.4	Organiser 50 sessions de formation de 30 agents communautaire des sites des PVVIH sur la co-infection TB/VIH en soins et soutien (10 sessions en an1)
	3.1.5	Reproduire les documents de formation de soins et soutien sur la co infection TB/VIH
	3.1.6	Organiser 40 sessions de formation de 30 personnes pendant 1jour 1200 leaders communautaires en soins et soutien TB VIH pour la PEC holistique des patients co-infectés TB/VIH et leurs familles (10 session par an)
	3.1.7	Organiser en sessions de 03 jours de 30 participants la formation des prestataires des 511

		centres de PEC de PVVIH à la prise en charge de la TB
	3.1.8	Contribuer à la reproduction et à la diffusion de 10 000 nouveaux dossiers clients PVVIH intégrant la fiche de screening
	3.1.9	Reproduire et diffuser 300 carnets de référence et de contre référence et 300 carnets pour le rapport médical de synthèse de la prise en charge conjointe au niveau des CAT/CDT
	3.1.10	Organiser par an 02 sessions trimestrielles de 3 jours de formation de 30 conseillers communautaires à la prise en charge de la coinfection TB/VIH pour 238 conseillers communautaires (14 CDT/CAT)
	3.1.11	Organiser une mission annuelle d'un jour/site pour le coaching par le niveau central des 20 sites n'ayant pas atteint les cibles fixées pour la coinfection TB/VIH
	3.1.12	Organiser un atelier annuel d'élaboration du plan conjoint TB/VIH (3 jours pour 20 personnes)
	3.1.13	Organiser une réunion d'évaluation annuelle du plan conjoint TB/VIH impliquant tous les acteurs y compris les partenaires (1 jour pour 40 personnes)
	3.1.14	Organiser par an 04 session de formation de 05 jours de 30 participants sur la co infection TB/VIH
	3.1.15	Approvisionner les CAT/CDT en tests VIH, intrants et consommables pour le dépistage, cotrimoxazole et ARV pour la prise en charge des malades co infectés TB VIH
Intervention 3.2 : Contrôle de l'infection		
	3.2.1	Recruter un consultant et mettre en place un groupe de travail pour réviser et reproduire le guide technique et les documents de référence sur le contrôle de l'infection y compris les outils de sensibilisation en 2017
	3.2.2	Acquérir et mettre à la disposition de 40 sites chaque année les équipements de protection (Kit d'hygiène, masques chirurgicaux, APR) et du matériel pour la gestion des déchets sanitaires
	3.2.3	Organiser trois sessions de 5 jours de formation de 30 participants par an des points focaux des CAT/CDT et sites PVVIH sur le contrôle de l'infection (2 pers/site)
	3.2.4	Organiser un atelier de validation du plan-type architectural des structures de santé avec la DIEM (3 jours pour 30 participants)
	3.2.5	Organiser une mission de 02 jours par site pour l'analyse situationnelle des sites devant appliquer les mesures de contrôle de l'infection. (40 sites par an)
	3.2.6	Organiser une mission annuelle d'un jour par site pour l'évaluation de l'application des mesures de contrôle de l'infection (1 mission sur 10 sites)
	3.2.7	Réhabiliter 40 sites chaque année pour les mesures du contrôle de l'infection
	3.2.8	Organiser une réunion semestrielle d'un jour de 30 personnes pour le comité centrale du contrôle de l'infection

Objectif 4. Atteindre 80% de taux de succès thérapeutique chez les malades multi-résistants mis sous traitement de 2ème ligne d'ici 2020	
Intervention 4.1 : Dépistage de la TB multi résistante	
4.1.1	Réviser et reproduire le guide de prise en charge de la TB-MR y compris l'algorithme de dépistage des TB-MR prenant en compte le Xpert MTB/RIF, (An4)
4.1.2	Acquerir 14 Xpert MTB/RIF en complément de 6 de FIND et 8 du PEPFAR pour les sites suivants (24 CAT, 1 CeDReS, 1 IPCI, 1 SMIT, 1 CHU de Yopougon)
4.1.3	Assurer la calibration annuelle de chaque Xpert (14 An1, 26 à partir d'an 2 et 28 à partir d'an 5) (450 \$ US pour 1 Kit de calibration)
4.1.4	Assurer chaque année l'approvisionnement en tests Xpert (17 000 an1, 23 000 an2, 25 000 an3, 26 000 an4 et an5)
4.1.5	Organiser par an 1 session de formation de 04 jours de 30 participants sur la prise en charge de la TB-MR
4.1.6	Acquerir des intrants et réactifs pour la biologie moléculaire (LPA)
4.1.7	Acquérir les réactifs, petits matériels et consommables pour les cultures et tests de sensibilités,
4.1.8	Organiser une assistance technique semestrielle du CNR et du CEDRES par le Laboratoire supranational dès l'an 1 (7 jours)
4.1.9	Assurer les frais de transport (souche de mycobacteries tuberculeuse, panel) entre le laboratoire supra national de Milan et le LNR de Côte d'Ivoire
4.1.10	Assurer la maintenance des équipements (hotte de biosécurité, système d'extraction d'air dans la salle de culture, autoclave, centrifugeuse, MIGT, Xpert)
4.1.11	Organiser sur site lors de l'installation du matériel une session de formation de 2 jours sur l'utilisation du Xpert avec les algorithmes pour le personnel du Laboratoire
4.1.12	Organiser une session de formation/mise à niveau de 2 jours par semestre sur l'utilisation du Xpert en résidence de 5 participants
Intervention 4.2 : Traitement de la TB multi résistante	
4.2.1	Assurer l'approvisionnement régulier en médicaments de 2 ^{ème} ligne pour le traitement court des patients TB-MR (483 en an1, 492 en an2, 502 en an3, 511en an4, 521 en an5)
4.2.2	Acquérir des kits alimentaires pour les malades TB-MR pendant les 9 mois de traitement (483 en an1, 492 en an2, 502 en an3, 511en an4, 521 en an5)
4.2.3	Assurer les frais du bilan d'inclusion et de suivi des malades TB-MR (483 en an1, 492 en an2, 502 en an3, 511en an4, 521 en an5)
4.2.4	Acquérir pour 50 patients TB-MR par an des médicaments pour la gestion des effets secondaires
4.2.5	Acquérir des médicaments XDR pour 9% des patients MDR par an. (43 AN1,44 AN2,45 AN3,46 AN4, 47 AN5)

	4.2.6	Acquérir 50 Appareils par an pour les TB-MR malentendants dus aux effets du traitement (1000 Euro/appareillage)
	4.2.7	Assurer les frais de transport des malades TB-MR (483 en an1, 492 en an2, 502 en an3, 511 en an4, 521 en an5) et XDR (43 en an1, 44 en an2, 45 en an3, 46 en an4, 47 en an5) pour le Traitement Directement Observé
	4.2.8	Elaborer, valider et diffuser les affiches sur le port des masques et APR,
	4.2.9	Assurer les indemnités des prestataires chargés du suivi des malades TB-MR,
	4.2.10	Assurer les frais de transport des assistants sociaux pour le suivi à domicile des patients TB-MR en traitement ambulatoire (mensuel en phase initiale et bimensuel en phase de continuation)
	4.2.11	Organiser une réunion trimestrielle d'un jour de 20 participants du comité technique TB-MR
	4.2.12	Acquérir 32 appareils de fit testing pour les centres de prise en charge des TB-MR chaque année (24 CAT, IPCI, CEDRES, PPH, Centres TB/MR)
	4.2.13	Réhabiliter et équiper le centre spécialisé de prise en charge des TB-MR
	4.2.14	Organiser une supervision trimestrielle des CAT d'Abidjan par le PNLT, LNR et PPH dans le cadre de la PEC des malades TBMR
	4.2.15	Assurer le paiement des indemnités du personnel chargé de la prise en charge de la TBMR à Abidjan et à l'intérieur du pays et le personnel d'encadrement (Coordination clinique, Coordination labo, Coordination par le PNLT)
Objectif 5. Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme et des acteurs communautaires à tous les niveaux.		
Intervention 5.1 : Gestion du Programme		
	5.1.1	Assurer le paiement des salaires et charge salariale du personnel sur le projet FM et les primes au personnel du PNLT
	5.1.2	Assurer le paiement des salaires et charge salariale du personnel sur le projet FM pour la coordination du volet communautaire
	5.1.3	Assurer le paiement des salaires et charge salariale du personnel des CDT/CAT antérieurement pris en charge par le CNACI
	5.1.4	Renforcer la gestion décentralisée de la TBMR, au niveau intermédiaire par le recrutement d'agents d'appui qualifiés (40 Aides soignants, 01 gestionnaire de base de données)
	5.1.5	Renforcer la gestion décentralisée du volet communautaire par le recrutement d'agents d'appui (1 chargé de SE, 189 superviseurs)
	5.1.6	Assurer la participation aux formations de deux personnels impliqués dans la gestion du programme (gestion de projet, S&E, Administration, finance et audit, Approvisionnement, Communication, Mobilisation Communautaire, TB MR, TB/VIH, Laboratoire,)
	5.1.7	Assurer les frais de spécialisation dans les domaines : Master en Santé publique et

		Epidémiologie (05), Master en Microbiologie (02)
	5.1.8	Assurer la participation annuelle de 10 agents du PNLT et du PR communautaire aux rencontres scientifiques internationales (réunions, conférences, cours et fora internationaux)
	5.1.9	Assurer la participation annuelle de douze (12) Personnes aux cours sur le Contrôle de la tuberculose à Cotonou et cours de gestion TBVIH et TB-MR à Ouidah au Benin
	5.1.10	Assurer les frais d'abonnement du PNLT à trois (03) revues scientifiques internationales
	5.1.11	Assurer la maintenance des équipements bureautiques et Informatiques du PNLT, du PR communautaire et du COLTMR
	5.1.12	Renouveler le parc informatique et bureautique du niveau central et régional du PNLT (60 Desktop/Onduleurs, 32 Laptop, 40 imprimantes laser, 34 vidéos projecteurs, 92 antivirus/an, 02 Switch, 01 Autocom, 3 photocopieurs et 1 TV LED) et de la coordination du volet communautaire (10 Desktop/Onduleurs, 10 Laptop, 10 imprimantes laser, 8 vidéos projecteurs, 20 antivirus/an, 01 Switch, 01 Autocom, 8 photocopieurs et 1 TV LED, 7 toiles de projection)
	5.1.13	Doter les CDT de 239 kits informatiques (ordinateurs, imprimantes, onduleurs et antivirus) pour la gestion des données
	5.1.14	Assurer le paiement des frais généraux de gestion de la coordination et des services décentralisés du PNLT (Consommables de bureau, Carburant, Maintenance des équipements, Frais de communication, Assurance, visite technique et entretien des véhicules, frais d'hébergement d'animation et entretien du site du PNLT) et du PR communautaire (Consommables de bureau, Carburant, Maintenance des équipements, Frais de communication, Assurance, visite technique et entretien des véhicules, Gardiennage, Entretien de bureau, eau/electricité)
	5.1.15	Réaliser un audit externe annuel des comptes du Programme et du volet communautaire
	5.1.16	Réaliser une revue semestrielle du PNLT par un consultant
	5.1.17	Réaliser la revue annuelle du volet communautaire TB par un consultant
	5.1.18	Organiser par an 02 sessions de formation à la pharmaco vigilance (Médecins, IDE) et 02 sessions à la gestion des médicaments (Gestionnaires en pharmacie, pharmaciens)
	5.1.19	Organiser 7 missions d'audit interne trimestrielles des ONG du volet communautaire
	5.1.20	Assurer les frais de publication des appels d'offre du PNLT et du système communautaire
Intervention 5.2 : Suivi-Evaluation		
	5.2.1	Reproduire et diffuser les outils de gestion de la TB y compris la TBMR, TBVIH, TB enfant (registres TB, labo, fiches de traitement, formulaire de rapport, fiche de supervision, étiquettes, autocollantes) du programme et de la coordination du volet communautaire
	5.2.2	Organiser une session de formation de 03 jours en gestion de projet du personnel des ONG (30 participants/session an1 et an3)

5.2.3	Organiser des supervisions trimestrielles et le suivi-évaluation des activités communautaires (3 supervisions du niveau central vers les 7 ONG et des ONG vers les superviseurs des ASC) (équipe de 2 personnes de 2 jours)
5.2.4	Organiser une réunion d'un jour d'encadrement semestriel des Relais communautaires pour 26 participants et organiser une mission de validation trimestrielle des données de 225 Sites sur les 2 ans (équipes de 2 personnes pour un jour)
5.2.5	Organiser par an une réunion d'un jour de coordination trimestrielle de 20 personnes du comité logistique pharmaceutique
5.2.6	Mettre en place un logiciel de gestion interne des données (formation, ressources humaines, épidémiologie, pharmacie) du PNLT (Recrutement d'un consultant, implémentation)
5.2.7	Assurer les supervisions des CAT et CDT ainsi que le contrôle de la qualité des laboratoires du réseau de microscopie y compris le Suivi Evaluation des sites dotés de Xpert
5.2.8	Organiser en deux jours une réunion trimestrielle d'élaboration et d'actualisation des plans annuels d'activités du PNLT pour 25 participants
5.2.9	Produire et diffuser un rapport annuel d'activités du programme faisant une synthèse de la situation épidémiologique
5.2.10	Organiser par an des réunions bilans régionales de deux jours pour 25 participants sur les activités du réseau de microscopie (11 réunions de AN1 à AN4 et 12 réunions en AN5)
5.2.11	Organiser par an une réunion bilan nationale des activités du réseau de microscopie du PNLT pour 25 participants sur 02 jours
5.2.12	Organiser par an une réunion bilan annuel d'un jour des activités de lutte contre la tuberculose en milieu carcéral pour 30 participants
5.2.13	Organiser par an une retraite bilan de 04 jours du PNLT pour rédiger le rapport annuel d'activités de la lutte contre la tuberculose pour 40 personnes
5.2.14	Organiser 1 atelier bilan annuel de discussion et d'échanges sur le rapport annuel du volet Communautaire de 01 jour pour 45 personnes
5.2.15	Organiser 1 atelier bilan annuel de discussion et d'échanges sur le rapport annuel du PNLT avec le niveau régional de 04 jours pour 50 personnes
5.2.16	Organiser des ateliers bilans régionaux annuels de lutte contre la tuberculose de trois jours pour 40 personnes (11 ateliers de AN 1 à AN 4 et 12 en AN5)
5.2.17	Organiser 1 atelier bilan annuel des cadres de concertation public privé de lutte contre la tuberculose de 02 Jours pour 30 participants
5.2.18	Evaluer à mi-parcours en 2018 le plan stratégique national 2016-2020
5.2.19	Mener une évaluation finale en 2020 du plan stratégique national 2016-2020
5.2.20	Elaborer et valider en 2020 le plan stratégique national 2021-2025.

5.2.21	Organiser une session de formation de 05 jours de 35 personnes du PNLT/CAT sur la gestion des bases de données (Consultant)
5.2.22	Organiser une session de formation de 05 jours de 35 personnes du PNLT à l'analyse statistique (Consultant)
5.2.23	Développer une application informatique pour la gestion des données de laboratoire y compris culture, tests moléculaire, dépistage traitement, recrutement des malades TBMR, la gestion des médicaments et soutien
5.2.24	Organiser par an 03 sessions de formation du personnel clinique et laboratoire en 05 jours à l'utilisation d'un système électronique de gestion des données de laboratoire pour 10 personnes
5.2.25	Assurer les frais d'adaptation et de maintenance de l'application informatique pour la gestion des données de laboratoire
5.2.26	Organiser une session de formation de 05 jours à la technique SARA – volet TB de 30 personnes (consultant)
5.2.27	Organiser 10 sessions de formation de 02 jours de 25 participants pour le personnel des CDT/CAT et du PR communautaire sur les nouvelles définitions de cas et nouveaux rapports trimestriels
5.2.28	Renforcer les moyens logistiques du PNLT (15 véhicules an1 dont 8 CAT, 5 nouveaux CAT et 2 PNLT ; 10 en an2 dont 8 CAT et 2 PNLT ; 2 véhiculés An 3 pour le PNLT, 2 véhiculés An 5 pour le PNLT) pour les supervisions des CDT/CAT, 124 Motos pour les CDT/CAT (CAT hors Abidjan) et pour la coordination du volet communautaire (8 véhicules en an1)
5.2.29	Recruter un consultant pour évaluer le système de surveillance de la tuberculose dans 2-3 ans (liste de vérification OMS)
5.2.30	Doter les 24 CAT en connexion internet pour la transmission des données
5.2.31	Acquérir des kits d'archivage (armoires, classeurs pour les rapports, disques durs externes) pour les CAT/CDT
5.2.32	Organiser 02 sessions de formation de 05 jours de 20 participants sur le logiciel DHIS2 pour les CAT/PNLT
5.2.33	Organiser une réunion semestrielle d'un jour de 25 personnes du GSA
5.2.34	Organiser un atelier annuel de 05 jours pour la quantification des produits pharmaceutiques, des médicaments antituberculeux et intrants de laboratoires (21 participants)
5.2.35	Concevoir, reproduire et diffuser une revue épidémiologique trimestrielle à transmettre aux acteurs de la lutte contre la TB
5.2.36	Assurer les frais de soutien à l'initiative du Green Light Committee (GLC) 25 000 \$ par an
5.2.37	Organiser un atelier de 03 jours pour 36 participants pour la validation des données nationales (DPPEIS)
5.2.38	Assurer les frais de contrôle qualité des médicaments en post marketing

5.2.39	Auditer CDT/CAT par le PNLT pour évaluer la qualité des rapports trimestriels et la qualité des services (DQA, SQA) (2 équipes de 2 personnes pour 7 jours) et les ONG par le PR communautaire (2 équipes de 2 personnes pour 7 jours)
5.2.40	Acquérir un logiciel de gestion des stocks de médicaments et organiser une session de formation en 05 jours d'un pool de formateurs de 10 participants
5.2.41	Organiser une mission de formation sur site de 2 jours avec installation du logiciel de gestion des stocks sur 22 CAT en An1 et 2 CAT en An5 (équipe de 2 personnes)
5.2.42	Organiser une réunion d'échange annuelle de 2 jours de 25 participants (Pharmaciens, gestionnaires en pharmacie) sur la gestion des Antituberculeux
Intervention 5.3 : Recherche Opérationnelle	
5.3.1	Organiser une recherche opérationnelle sur la prévalence de la tuberculose chez les patients diabétiques en Côte d'ivoire en 2016
5.3.2	Organiser une recherche opérationnelle sur la prévalence de l'infection TB chez les PVVIH en Côte d'Ivoire afin de disposer des informations pouvant faciliter une décision sur l'application du TPI chez les PVVIH en 2017
5.3.3	Organiser une enquête d'évaluation de la prévalence de la résistance à la Rifampicine chez les nouveaux cas et les patients déjà traités au sein des patients tuberculeux pris en charge en Côte d'ivoire en 2020,
5.3.4	Organiser une recherche opérationnelle sur les causes des cas de décès et de perdu de vue en Côte d'ivoire en 2016
5.3.5	Recruter un cabinet de recherche pour réaliser une enquête CAP sur la TB dans la population générale
5.3.6	Recruter un consultant pendant 15 jours pour évaluer le financement de la lutte contre la tuberculose en Côte d'ivoire en 2017
5.3.7	Organiser des journées scientifiques annuelles sur la TB réunissant 100 participants (chercheurs, étudiants, PNLT) ayant réalisés des études sur la TB (4 jours par journée annuelle)
5.3.8	Recruter 03 consultants internationaux pour la réalisation d'une évaluation sur le rapport coût efficacité, d'une enquête sur l'équité en matière de TB et sur l'élaboration de directive en matière d'archivage
5.3.9	Organiser une recherche opérationnelle sur les facteurs d'apparition des résistances aux antituberculeux en Côte d'Ivoire
Intervention 5.4 : Renforcement du Système de Santé	
5.4.1	Recruter un consultant pour évaluer la qualité du système d'enregistrement d'état civil, implémenter une politique de déclaration obligatoire de la TB, étendre le système d'enregistrement d'état civil pour y inclure les causes de décès selon la CIM-10 et former un pool national de formateurs de 20 personnes en 08 jours
5.4.2	Organiser 02 sessions de formation trimestrielle de 25 personnels de santé (DFR, DEPS, PNLT, DRS, DDS, CHU, CHR, HG) pendant 03 jours à la CIM-10 pour le codage des décès

5.4.3	Recruter un consultant pendant 15 jours pour élaborer, valider une grille d'évaluation sur l'APSR et évaluer en un jour/site les 10 sites pilotes (2 PPH, 8 CAT/CDT) pour l'implémentation de l'APSR (équipe de 3 personnes)
5.4.4	Organiser une réunion d'un jour de 30 participants pour mettre en place le comité central de l'APSR
5.4.5	Recruter pendant 21 jours un consultant pour l'élaboration et la validation du module de formation (manuel de référence, guide du formateur, cahier du participant) sur l'APSR
5.4.6	Recruter un consultant pour former en 10 jours le pool de formateurs nationaux de 30 personnes sur l'APSR
5.4.7	Organiser une session de formation de 05 jours de 20 agents de santé pour les 10 sites pilotes (2 agents/site) sur l'APSR
5.4.8	Acquérir et équiper 27 sites en matériels de mise en œuvre de l'APSR (10 CAT et 3 PPH en an 1, 12 CAT en an 2 et 2 CAT en an 5)
5.4.9	Organiser une mission d'évaluation d'un jour par site des 10 sites pilote sur l'application de l'APSR (équipe de 3 personnes)
5.4.10	Renforcer le Laboratoire National de Santé Publique dans le processus d'accréditation pour le contrôle qualité des médicaments

II- Budget et financement du plan stratégique

- Budget par objectif, interventions et catégories de coûts avec source de financement
- Identification du déficit de financement

Objectif	Interventions	Coût	An1	An2	An3	An4	An5	Total	Source de financement	Déficit

Catégories de coût	An1	An2	An3	An4	An5	Total	Source de financement	Déficit

III- Plan de suivi-évaluation

Indicateurs	Type	Données de base			Cibles					Commentaires
		Valeur	Année	Sources	2013	2014	2015	2016	2017	

IV- Plan opérationnel

Objectif	Interventions	Activités	Coût	Chronogramme											Total	EMO	Indicateur	Source de financement
				T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	An3	An4	An5				

V- Plan d'assistance technique

Objectif						
Intervention 1.1						
Activité	Profil de l'expert	Période	Partenaire responsable	Estimation du coût	Source de financement	Commentaires
1.1.1						
1.1.2						
Etc.						

