



Programme National de Lutte contre la Tuberculose

**Téléphone : 01 73 59 47 40
05 BP 1054 Abidjan 05**

RAPPORT ANNUEL DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ANNEE 2024

SOMMAIRE

Table des matières

Liste des Abréviations.....	V
Liste des Figures.....	VIII
Liste des Tableaux.....	IX
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS 2024 DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE.....	2

.....PRESENTATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE 3

I. MISSIONS, ATTRIBUTIONS	4
1. Missions	4
2. Attributions.....	4
II. ORGANISATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN 2023	4
III. RESSOURCES DU PNLT.....	5
1. Ressources humaines.....	5
2. Ressources financières.....	6
3. Structures de prise en charge de la tuberculose et processus de décentralisation de la lutte contre la tuberculose.....	6

ACTIVITES 2024..... 9

I. LABORATOIRE	10
1. Réseau de laboratoire.....	10
2. Activités	12
a. Activités planifiées	12
b. Activités non planifiées	12
c. Participation aux activités d'autres structures	12
3. Données de diagnostic en laboratoire	13
a. Résultats de microscopie	13
b. Résultats de GeneXpert	14
c. Résultats de Cobas 5800	17
d. Bilan du transport des échantillons	19
e. Difficultés	20
f. Défis et perspectives en 2025	20
II. APPROVISIONNEMENT ET PHARMACIE.....	21
1. Activités	21
a. Activités planifiées	21
b. Participation aux activités d'autres structures	21
2. Achats 2024.....	23
3. Indicateurs logistiques	24
a. Taux de précision de la quantification 2024	24
b. Taux d'exécution du plan d'approvisionnement 2024	25
c. Etat de stock fin décembre 2024	25
4. Gestion des alertes de 2024	26
a. Difficultés	26

b.	Recommandations	27
III.	RENFORCEMENT DES CAPACITES ET PRISE EN CHARGE	27
1.	Activités	27
a.	Activités planifiées	27
b.	Activités non planifiées	31
c.	Participation aux activités d'autres structures	32
2.	Difficultés	32
3.	Recommandations	32
4.	Défis/perspectives	33
a.	Défis	33
b.	Perspectives	33
IV.	COINFECTION TUBERCULOSE/VIH	33
1.	Activités	33
a.	Activités planifiées	33
b.	Activités non planifiées	36
2.	Difficultés	37
3.	Recommandations	37
4.	Défis/ Perspectives 2025	38
a.	Défis	38
b.	Perspectives	38
V.	TUBERCULOSE PHARMACORESISTANTE	38
1.	Activités	38
a.	Activités planifiées et réalisées	38
b.	Activités non planifiées	40
2.	Difficultés	40
3.	Recommandations	41
4.	Défis/ Perspectives 2025	41
VI.	COMMUNICATION ET SUIVI COMMUNAUTAIRE	42
1.	Activités	42
a.	Activités planifiées	42
b.	Participation aux activités des autres structures	43
2.	Interventions communautaires	45
3.	Lutte contre la tuberculose dans le secteur privé	46
4.	Recherche	48
5.	Difficultés	48
6.	Défis/ Perspectives 2025	48
a.	Défis	48
b.	Perspectives	48
VII.	GESTION DE PROGRAMME ET SUIVI ET EVALUATION	49
1.	Activités	49
a.	Activités planifiées	49
b.	Activités non programmées et participé aux activités des structures du MSHPCMU et partenaires	49
2.	Défis/ Perspectives 2025	50
a.	Défis	51
b.	Perspectives 2025	51
	RESULTATS 2024 DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	52

I.	SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE EN 2024.....	53
1.	Principaux faits dans le monde en 2024 (Rapport mondial sur la tuberculose en 2025)	53
a.	Incidence (cas incidents et taux d'incidence)	53
b.	Mortalité	54
c.	Progrès par rapport à 2015	54
d.	Notifications des pays	55
e.	Coûts catastrophiques	56
f.	Financement	56
g.	Recommandations	56
2.	Epidémiologie de la tuberculose en Côte d'Ivoire en 2024	57
a.	Incidence.....	57
b.	Evolution de l'incidence	58
c.	Répartition des cas incidents par âge et sexe	59
d.	Facteurs de risque de la tuberculose	59
II.	Tuberculose pharmaco résistante	60
1.	Mortalité.....	60
2.	Evolution du gap en décès estimés et décès estimés	61
3.	Progrès par rapport à 2015	61
III.	TUBERCULOSE PHARMACOSENSIBLE	62
1.	Dépistage et diagnostic.....	62
a.	Diagnostic initial par les tests moléculaires	62
b.	Evolution de la notification dans le temps.....	63
c.	Répartition des cas selon la localisation géographique	65
d.	Tuberculose à Abidjan.....	67
e.	Contribution communautaire à la notification et au suivi des patients	68
	69	
f.	Répartition des cas de tuberculose selon l'âge et le sexe	71
g.	Tuberculose infantile	71
h.	Tuberculose dans les maisons d'arrêt et de correction	74
i.	Tuberculose dans les structures privées	77
2.	Prévention.....	79
a.	Thérapie préventive chez les enfants de moins de 05 ans	80
b.	Dans les maisons d'arrêt et de correction	82
c.	Chez les contacts présentant des facteurs de risque ou volontaires.....	83
d.	Suivi de la TPT chez les enfants contacts de moins de 05 ans	84
3.	Résultats de traitement	84
e.	Résultats de traitement selon les régions sanitaires	85
f.	Résultats de traitement à Abidjan	88
g.	Evolution des résultats de traitement dans le temps	89
IV.	LUTTE CONJOINTE TUBERCULOSE – VIH	90
1.	Dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose	91
2.	Coinfection TB/VIH	92
3.	Recherche active de la tuberculose chez les PVVIH.....	95
4.	Thérapie préventive de la tuberculose (TPT) chez les PVVIH	96
5.	Contrôle de l'infection tuberculeuse en milieux de soins	96
V.	POINT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE MULTI-RESISTANTE/ ULTRA RESISTANTE.....	98
1.	Diagnostic et mise en traitement des cas TBRR/MR.....	98
2.	Dépistage et mise en traitement des cas de tuberculose PréUR/UR.....	100

3. Résultat de traitement.....	101
a. Traitement TBMR/RR.....	101
b. Traitement pré XDR/XDR	102
FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE.....	103
1. Exécution des financements du PNLT 2024.....	104
2. Lignes exécutées sur les financements de l'Etat dans le cadre de la volonté de payer du fonds mondial pour l'année 2024	105
3. Bilan financier 2023 du Fonds Mondial.....	106
4. Difficultés.....	107
5. Recommandations.....	107
6. Perspectives	108
CONCLUSION.....	108

Liste des Abréviations

ARV	Antirétroviral
ASC	Agent de Santé Communautaire
Bdq	Bédaquiline
C19RM	Dispositif de riposte au Covid 19
CDC-PEPFAR	Centres de Prévention et de Contrôle des Maladies du Plan Présidentiel d'Urgence contre le sida
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CePReF	Centre de Prise en charge de Recherche et de Formation
Cfz	Clofazimine
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Centre Médical
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CMS	Centre Médical Spécialisé
CNACI	Comité National Antituberculeux de Côte d'Ivoire
COP	Country Operational Plan
COVID	Maladie à coronavirus 2019
CSU	Centre de Santé Urbain
CT	Centre de Traitement
CTX	Cotrimoxazole
DAP	Direction de l'activité Pharmaceutique
DGAT	Direction Générale de l'Administration du Territoire
DGS	Direction Générale de la Santé
DGSHP	Direction Générale de la Santé et l'Hygiène Publique
DHIS2	District Health Information Software
DIS	Direction de l'Informatique Sanitaire
DMHP	Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité
DMM	Dispensation Multi Mensuelle
DSC	Direction de la Santé Communautaire
DPPS	Direction de la prospective, de la planification et des stratégies
E 100/400	Ethambutol 100/400
EEQ	Evaluation Externe de la Qualité
EGPAF	ELIZABETH GLASER PEDIATRIC AIDS FONDATION
EPI	Equipe de protection individuelle
e-SIGL	Système d'Information Electronique de Gestion Logistique
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premier Contact
Eto	Ethionamide
FM	Fonds Mondial
GTT	Groupe Technique de Travail
H 100/300	Isoniazide 100/300
HG	Hôpital Général
HPV	Human Papillomavirus
ICAP	International Center for Aids care and treatment Programs
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat

INH	Isoniazide
IPCI	Institut Pasteur de Cote D'Ivoire
CeDReS	Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida et les autres maladies infectieuses
ITL	Infection Tuberculose Latente
LNR	Laboratoire National de Reference
LNSP	Laboratoire National de la Santé Publique
PPA	Pôle Pénitentiaire d'Abidjan
MAC	Maisons d'Arrêt et de Correction
MFX	Méfloxacin
MSD	Mois de Stock Disponible
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSHPCMU	Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et la Couverture Maladie Universelle
MTB	Mycobacterium Tuberculosis
MTB+	Mycobacterium Tuberculosis Positive
NE	Non Evalué
NMF	Nouveau Modèle de Financement
NPSP-CI	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique Côte d'Ivoire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEC	Prise En Charge
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PISAM	Polyclinique Internationale Sainte Anne-Marie
PMO	Partenaires de Mise en Œuvre
PNLHV	Programme National de lutte contre les Hépatites Virales
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PNPMT	Programme Nation de Promotion de la Médecine Traditionnelle
PNSSU-SAJ	Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et Jeunes
PPH	Pneumophtisiologie
PVVIH	Patient Vivant avec le VIH
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RCT	Rapport commandes trimestriels
RDQA	Assurance de la Qualité des Données de Routine
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH150	Rifampicine-Isoniazide 150
RH75	Rifampicine-Isoniazide 75
RHZ75	Rifampicine-Isoniazide-Pyrazinamide 75
RHZE	Rifampicine-Isoniazide-Pyrazinamide-Ethambutol
MTBRIF	Mycobacterium Tuberculosis sensible à la Rifampicine

MTBRIF-	Mycobacterium Tuberculosis non sensible à la Rifampicine
MEPS	Ministère de l'Emploi de la Protection Sociale
SDU	Stock Disponible et Utilisable
SSU	Santé Scolaire et Universitaire
TB	Tuberculose
TB/VIH	Coïnfection Tuberculose VIH
TBCOVID	Coïnfection Tuberculose / Covid
TBMR	Tuberculose multi résistante
TBMR/RR	Tuberculose multi résistante / Résistante à la Rifampicine
TBUR	Tuberculose Ultrarésistante
TDO	Traitement directement observé
TEP	Tuberculose extra pulmonaire
TPB-	Tuberculose Pulmonaire Diagnostiquée Cliniquement
TPB+	Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement confirmée
TPI	Traitement Préventif à l'Isoniazide
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
TSL	Technicien Supérieur de Laboratoire
UD	Usager de Drogue
UTB	Union des Transporteurs de Bouaké
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIT B6	Vitamine B6
XDR	Tuberculose à bacilles ultra-résistants
Z	Pyrazinamide

Liste des figures

Figure	Titre de la figure	Page
Figure 1	Organigramme du PNLT	5
Figure 2	Décentralisation de la prise en charge de la tuberculose de 2009 à 2024	7
Figure 3	Réseau de laboratoire 2024	10
Figure 4	Répartition des présumés testés au GeneXpert par région sanitaire en 2024	15
Figure 5	Répartition par régions sanitaires des tests GeneXpert réalisés en 2024	16
Figure 6	Taux de précision de la quantification pour les produits traceurs en 2024	23
Figure 7	Cas incidents et couverture de traitement par âge et sexe en 2024 (Source OMS)	58
Figure 8	Évolution de la prévalence de la tuberculose résistante à la rifampicine de 2015 à 2024 (Source : OMS)	59
Figure 9	Évolution du taux de mortalité de la tuberculose en Côte d'Ivoire de 2000 à 2024	59
Figure 10	Évolution de la notification des cas de TB toutes formes de 2009 à 2024	63
Figure 11	Répartition des cas de tuberculose par formes de 2015 à 2024	64
Figure 12	Répartition des nouveaux cas et rechutes par régions sanitaires en 2024	65
Figure 13	Taux de notification dans les régions sanitaires en 2024	66
Figure 14	Taux de notification des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes à Abidjan en 2024	67
Figure 15	Références communautaires des cas de tuberculose en 2024	68
Figure 16	Suivi communautaire des cas de tuberculose dans les régions en 2024	69
Figure 17	Répartition par âge et sexe et sex-ratio des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes en 2024	71
Figure 18	Évolution de la notification des enfants au niveau national de 2010 à 2024	71
Figure 19	Notification de la TB infantile par régions sanitaires en 2024	73
Figure 20	Répartition par âge des nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes dans les prisons en 2024	76
Figure 21	Évolution de la notification des cas de TB toutes formes dans les prisons de 2009 à 2024	76
Figure 22	Mise sous INH des enfants contacts de moins de 5 ans dans les régions sanitaires en 2024	81
Figure 23	Évolution de la mise sous TPT des contacts de moins de 05 ans de 2015 à 2024	81
Figure 24	Suivi des enfants de moins de 5 ans mis sous TPT dans les régions sanitaires de 2015 à 2023	84
Figure 25	Évolution des résultats de traitement des cas de TB pharmacosensible de 2015 à 2023	85
Figure 26	Résultats de traitement dans les régions sanitaires en 2023	87
Figure 27	Résultats de traitement des cas de TB pharmacosensible de la cohorte 2023 à Abidjan	88
Figure 28	Résultats de traitement de la cohorte 2023 dans les districts d'Abidjan	88
Figure 29	Résultats de traitement des cas de TB pharmacosensible de 2015 à 2023	89
Figure 30	Dépistage de la co-infection TB/VIH dans les régions sanitaires en 2024	91

Figure 31	Prévalence de la co-infection TB/VIH dans les régions sanitaires en 2024	91
Figure 32	Test VIH et co-infection TB/VIH au niveau national de 2015 à 2024	92
Figure 33	Mise sous Cotrim par régions sanitaires en 2024 (cohorte 2023)	93
Figure 34	Mise sous ARV par régions sanitaires en 2024 (cohorte 2023)	94
Figure 35	Évolution de la prise en charge de la co-infection TB/VIH entre 2010 et 2023 (Cohorte 2023)	94
Figure 36	Évolution de la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH entre 2015 et 2024	95
Figure 37	Cascade TPT chez les PVVIH en 2024	96
Figure 38	Nombre de cas de tuberculose parmi les agents de santé de 2015 à 2024	96
Figure 39	Structures d'affectation des agents de santé atteints de tuberculose en 2024	97
Figure 40	Notification et mise en traitement TBRR/MR de seconde ligne 2012 à 2024	99

Listes des Tableaux

Tableau	Titre du tableau	Page
Tableau I	Répartition des effectifs de la Direction de la coordination du PNLT par catégories professionnelles	5
Tableau II	Evolution des CAT / CDT en Côte d'Ivoire de 2010 à 2023	7
Tableau III	CDT intégrés en 2024	8
Tableau IV	CDT rétrogradés en CT en 2024	8
Tableau V	Etat de fonctionnement des modules en 2024	11
Tableau VI	Cas présumés par site ainsi que l'utilisation des cartouches GeneXpert et leur résultat	15
Tableau VII	Evolution du nombre de cas présumés selon la méthode de diagnostic (Microscopie vs GeneXpert) de 2020 à 2024	17
Tableau VIII	Fonctionnement des modules GeneXpert en 2023 et 2024	17
Tableau IX	Bilan opérationnel du diagnostic de la tuberculose et de la résistance aux antituberculeux par la plateforme Cobas en 2024	17
Tableau X	Bilan du transport des échantillons	19
Tableau XI	Achats d'intrants et produits de santé par bailleur de fonds	23
Tableau XII	Maisons d'arrêt et de correction retenus pour le dépistage actif	28
Tableau XIII	Nombre de clichés de radio réalisés par MAC	29
Tableau XIV	Résultats des dépistage actifs de la Tb dans les maisons d'arrêt et de correction	30
Tableau XV	Structures privées en 2024	47
Tableau XVI	Notification de la tuberculose pharmacosensible en 2024	62
Tableau XVII	Evolution des cas notifiés de tuberculose de 2009 à 2024	63
Tableau XVIII	Evolution du taux de notification de la tuberculose de 2015 à 2024	64
Tableau XIX	Répartition géographique des cas de tuberculose en 2024	65
Tableau XX	Notification des cas de tuberculose à Abidjan en 2024	67
Tableau XXI	Référence communautaire des cas de tuberculose en 2024	68

Tableau XXII	Suivi communautaire des cas de tuberculose en 2024	69
Tableau XXIII	Notification de la TB infantile par régions sanitaires en 2024	72
Tableau XXIV	Notification de la tuberculose chez les personnes incarcérées au niveau national en 2024	74
Tableau XXV	Répartition des cas notifiés de tuberculose dans les maisons d'arrêt et de correction en 2024	74
Tableau XXVI	Répartition des nouveaux cas et rechutes de tuberculose par sexe et tranche d'âge dans les prisons en 2024	76
Tableau XXVII	Répartition des sujets mis sous traitement préventif par tranche d'âge en 2024	79
Tableau XXVIII	Evolution de la thérapie préventive de la tuberculose de 2015 à 2024	80
Tableau XXIX	Mise sous TPT des enfants-contacts de moins de 5 ans en 2024	80
Tableau XXX	Traitement préventif de la tuberculose dans les MAC en 2024	82
Tableau XXXI	Traitement préventif de la tuberculose chez les contacts présentant des facteurs de risque ou volontaires	83
Tableau XXXII	Résultats de traitement de la cohorte 2023	84
Tableau XXXIII	Résultats de traitement des nouveaux cas et rechutes toutes formes par régions sanitaires en 2023	85
Tableau XXXIV	Cascade TBVIH par régions sanitaires en 2024	90
Tableau XXXV	Mise sous ARV et Cotrim des cohortes TB/VIH 2023 et 2024	92
Tableau XXXVI	Qualification des agents de santé atteints de Tb en 2024	97
Tableau XXXVII	Répartition des patients TB-RR/MR et mis en traitement par âge, sexe et selon le statut sérologique en 2024	98
Tableau XXXVIII	Initiation de traitement des patients TBRR/MR en 2024 et 2025	98
Tableau XXXIX	Répartition des patients TBRR/MR par site en 2024	99
Tableau XL	Evolution du dépistage et traitement Pré XDR et XDR de 2015 à 2024	100
Tableau XLI	Résultats de traitement de la cohorte TBRR/MR 2023	101
Tableau XLII	Résultats de traitement des cas de TBRR/MR de 2015 à 2023	101
Tableau XLIII	Résultats de traitement des patients TB-préXDR/XDR des cohortes 2022 et 2023	102
Tableau XLIV	Financement total de la lutte contre la tuberculose en 2024	104
Tableau XLV	Exécution du budget classique GC7 2024	106

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire est un pays d'Afrique de l'Ouest. D'une superficie de 322 462 km², elle est limitée au nord par le Mali et le Burkina Faso, à l'ouest par le Liberia et la Guinée, à l'est par le Ghana et au sud par l'océan Atlantique. La Côte d'Ivoire a pour capitale politique et administrative Yamoussoukro et pour capitale économique Abidjan. La langue officielle est le français.

Selon le RGPH 2021, le pays comptait 29 389 150 habitants. Le taux d'accroissement était de 2,9% entre 1998 et 2021. En 2023, la population ivoirienne était estimée à 31 066 127 habitants (Projections INS).

En 2023, le pays comptait 33 régions sanitaires, 113 districts sanitaires et 10 Pôles Régionaux D'excellence Santé (PRES).

Les maladies transmissibles constituent les principales causes de morbidité et de mortalité. On assiste à une émergence des maladies non transmissibles au cours de ces dernières années ; avec en 2020, à l'apparition de la pandémie à Coronavirus.

La Côte d'Ivoire est un pays à haute endémicité de tuberculose qui demeure un problème majeur de santé publique.

Pour répondre à cette problématique, le PNLT a adopté et mis en œuvre les différentes stratégies de lutte recommandées par l'OMS. Ainsi, à partir de 2016, le PNLT a axé ses interventions sur la stratégie End TB. Au plan opérationnel, les niveaux régionaux (Centres antituberculeux) assurent la coordination des activités dans les différentes aires sanitaires.

Le présent rapport est le récapitulatif des activités réalisées et des résultats obtenus durant l'année 2024 dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

OBJECTIFS 2024 DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

1. Atteindre une notification de 23 286 pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes
2. Atteindre un taux de succès thérapeutique d'au moins 90% chez les nouveaux cas et rechutes de tuberculose
3. Tester 100% des patients tuberculeux notifiés pour le VIH et mettre 100% des patients coinfecteds tuberculose/VIH sous traitement ARV
4. Atteindre un taux de succès thérapeutique de 77% chez les patients traités pour une TBMR en 2023
5. Améliorer et renforcer les capacités techniques, de gestion et de coordination du PNLT

PRESENTATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

I. MISSIONS, ATTRIBUTIONS

1. Missions

En Août 2001, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a été créé par l'arrêté N°279 du 08 Août 2001 modifié par l'arrêté N°312 /MSHP/CAB du 04 octobre 2007 lui-même modifié par l'arrêté N°118/MSHP/CAB du 06 mai 2009. Ces modifications sont survenues pour prendre en compte les autres défis liés à la prise en charge de la tuberculose (VIH/sida, TB-MR).

Ses missions sont de :

- Elaborer et mettre en œuvre le plan d'action du programme ;
- Promouvoir suivre et évaluer les activités de lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire.

2. Attributions

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

II. ORGANISATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN 2023

La lutte antituberculeuse était organisée selon 3 niveaux opérationnels :

1. Le niveau central avec la direction de coordination, les 3 services de PPH (CHU de Bouaké, CHU de Treichville, CHU de Cocody), l'IPCI et le CeDReS qui sont les laboratoires centraux.
2. Le niveau intermédiaire avec 37 coordinations régionales (Abengourou, Abobo, Aboisso, Adjamé, Adzopé, Agboville, Bingerville, Bondoukou, Bongouanou, Bouaflé, Bouaké, Bouna, Boundiali, Dabou, Daloa, Daoukro, Dimbokro, Divo, Duékoué, Ferké, Gagnoa, Guiglo, Katiola, Korhogo, Koumassi, Man, Mankono, Minignan, Odienné, San Pedro, Sassandra, Séguéla, Soubré, Toubia, Treichville, Yamoussoukro et Yopougon)
3. Le niveau périphérique avec les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) qui sont intégrés soit dans la direction du district sanitaire, soit dans l'hôpital Général, soit dans une formation sanitaire. A côté de ces unités de prise en charge, on note aussi les centres de traitement (CT) représentés par les établissements de santé de premier contact (ESPC), centres de santé primaires qui jouent le rôle de relais des CDT pour la référence, et le suivi du traitement des malades de la tuberculose.

III. RESSOURCES DU PNLT

1. Ressources humaines

L'organigramme du PNLT se présente comme suit :

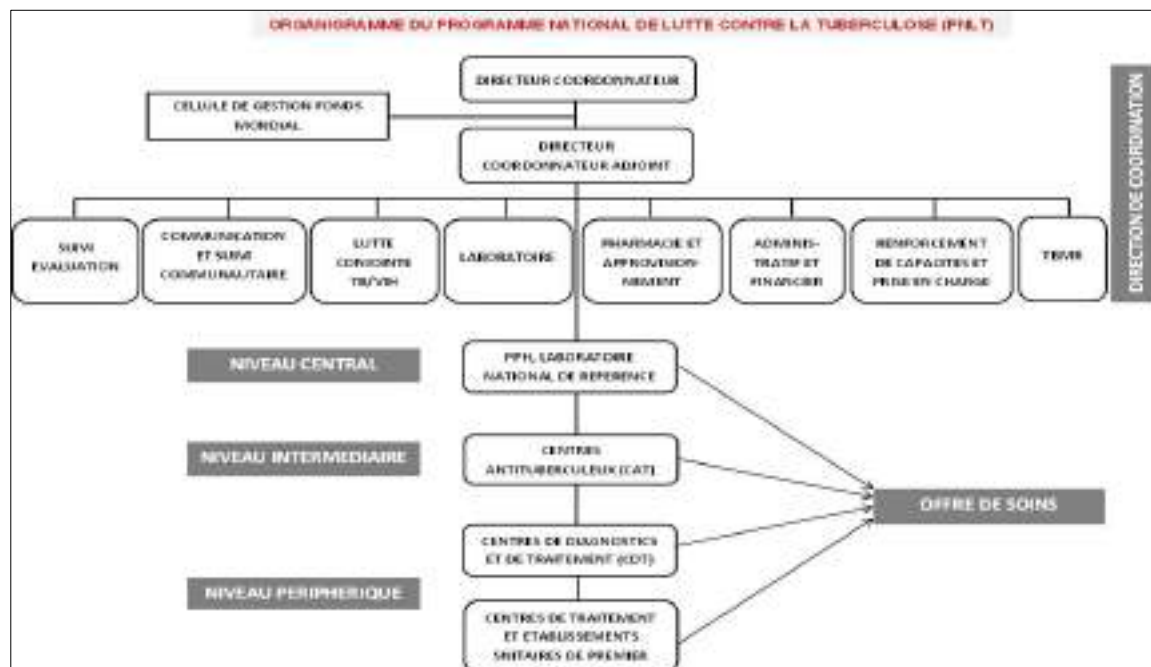


Figure 1 : Organigramme du PNLT

Tableau I : Répartition des effectifs de la Direction de la coordination du PNLT par catégories professionnelles

Emplois	Statut		Effectifs en 2023	Effectifs en 2024
	Fonctionnaires	Contractuels		
Personnel administratif	14	7	18	21
Personnel médical	22	-	22	22
Personnel para médical	10	-	10	10
Autres (FM)	-	25	26	25
TOTAL	44	32	76	78

Au cours de l'année 2024, 02 départs ont eu lieu :

- Mme BROU Née YAA Siara Eugénie, Pharmacienne principale au Service Pharmacie et Approvisionnement
- M. SIDIBE Aboubacar Responsable Administratif et Financier

L'effectif du PNLT s'est accru par le recrutement de :

- M. ABOA Ahoua Pacôme, Agent spécialisé des travaux publics option Chauffeur
- M. AGUIA A. Gaudens Landry, Médecin principal au Service Lutte conjointe TB / VIH
- Mlle DJEDJE G. Falone Martial au Secrétariat
- Mlle TANO H Gnomalan Jeannette au Service Communication et Suivi Communautaire

Des outils de gestion du personnel et des immobilisations sont disponibles :

- Une fiche de poste de tout le personnel
- Un planning de congés
- Une liste de l'ensemble des personnels
- Un logiciel de programmation des missions des chauffeurs et de gestion des flux des véhicules
- Un fichier d'inventaire physique des équipements et matériels acquis par le programme

Une flotte téléphonique est disponible pour tout le réseau du niveau central et périphérique

2. Ressources financières

Outre l'Etat de Côte Ivoire qui constitue la principale source de financement de la lutte contre la tuberculose, le pays a bénéficié de l'appui de nombreux partenaires techniques et financiers, entre autres : le CDC-PEPFAR, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, le Comité National Antituberculeux (CNACI), et Expertise France à travers Initiative 5%.

3. Structures de prise en charge de la tuberculose et processus de décentralisation de la lutte contre la tuberculose

En 2024, 379 structures ont mené des activités de diagnostic et de prise en charge contre la tuberculose, soit une couverture nationale de 1 centre / 83 941 habitants. Le niveau régional était composé de 36 CAT et le niveau périphérique de 343 CDT.

Le CAT de Yopougon en cours de réhabilitation n'était pas fonctionnel en 2024.

Treize (13) structures ont intégré la lutte contre la tuberculose en tant que CDT en 2024. Un (01) CDT a été rétrogradé en CT.

La prise en charge de la tuberculose était intégrée dans les infirmeries des 35 prisons du pays, et dans 13 entreprises privées (*CMS PRIVE Centre Médical PALMCI de IROBO, CMS PRIVE Complexe Sucrier de BOROTOU, CMS PRIVE Complexe Sucrier de ZUENOULA, CMS PRIVE de BOLO, CMS PRIVE de EHANIA, CMS PRIVE de IBOKE, CMS PRIVE de NEKA, CMS PRIVE SAPH de SAN-PEDRO, CMS PRIVE SUCAF 1 de FERKESSEDOUGOU, CMS PUBLIC SOGB de GRAND-BEREBY, CMS SIPEFI-CI OTTAWA, CSU-DM PRIVE SUCAF CI de TAFIRE, CM PRIVE Nieké de SONGON KASSABLE.*

Trois (3) cliniques privées ont mené des activités : *Clinique confiance de Biétry, PISAM Cocody, Grand Centre Médical route Akeikoi.*

Tableau II : Evolution des CAT / CDT en Côte d'Ivoire de 2010 à 2023

Années	Nombre de CAT	Nombre de CDT	Total
2010	16	124	140
2011	16	122	138
2012	16	125	141
2013	16	147	163
2014	16	168	184
2015	17	194	211
2016	17	228	245
2017	25	244	269
2018	27	280	307
2019	27	309	336
2020	27	331	358
2021	37	334	361
2022	37	326	363
2023	37	331	368
2024	37	343	380

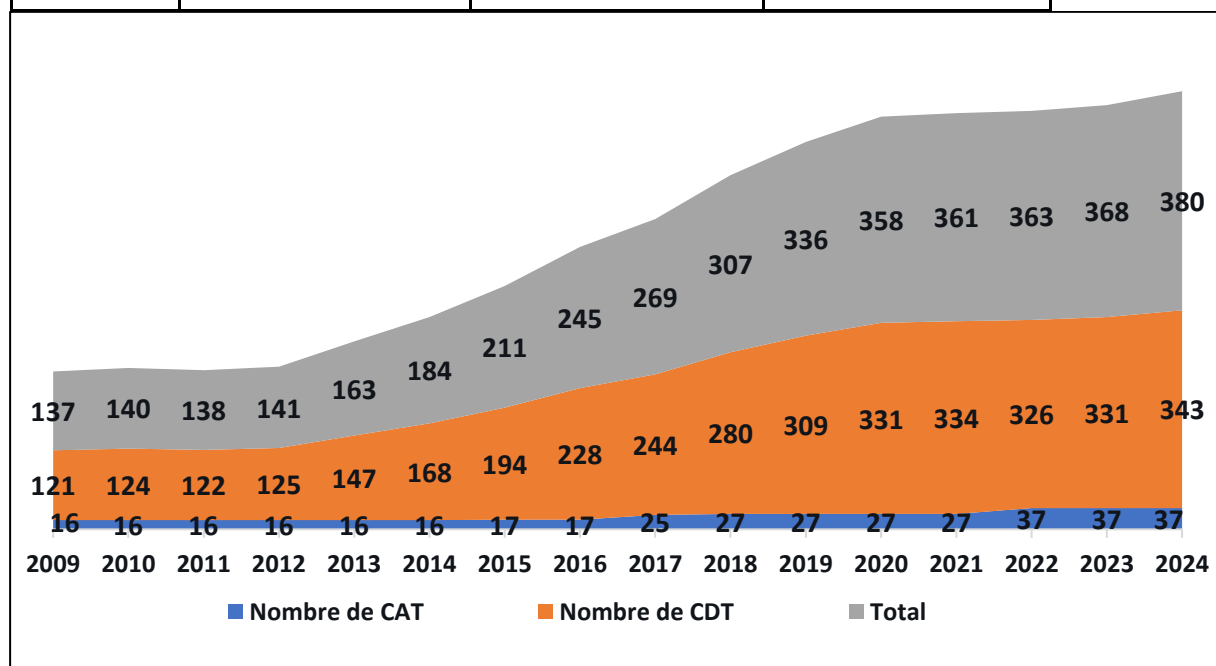


Figure 2 : Décentralisation de la prise en charge de la tuberculose de 2009 à 2024

En 2024, 13 structures ont intégré les activités de lutte contre la tuberculose.

Tableau III : CDT intégrés en 2024

Régions	Districts sanitaires	Structures
AGNEBY-TIASSA	AGBOVILLE	CSR-DM PUBLIC de ATTOBROU
BAFING	TOUBA	CSU-DM PUBLIC de FOUNGBESSO
BERE	KOUNAHIRI	CSU-DM PUBLIC de KONGASSO
GBEKE	BOTRO	HG PUBLIC de BOTRO
GRANDS-PONTS	DABOU	CSU-DM PUBLIC de IRA
GUEMON	BANGOLO	CSU-D PUBLIC de ZOU
IFFOU	DAOUKRO	CSU-DM PUBLIC de ETTROKRO
ME	ALEPE	CSR-DM PUBLIC de ABOISSO-COMOE
		CSR-DM PUBLIC de DANGUIRA
	YAKASSE-ATTOBROU	CSU-DM PUBLIC de ABONGOUA
		CSU-D PUBLIC de BIEBY
MORONOU	M'BATTO	CSU-DM PUBLIC de TIEMELEKRO
TONKPI	DANANE	CSU-DM PUBLIC de DALEU

Tableau IV : CDT rétrogradés en CT en 2024

Régions	Districts sanitaires	Structures
ME	AKOUPÉ	CSU-DM PUBLIC de BANACOMOE

ACTIVITES 2024

I. LABORATOIRE

1. Réseau de laboratoire

En 2024, Le réseau de laboratoire du PNLT était hiérarchisé en 3 niveaux

- ✓ Niveau central : **02** laboratoires, le CeDReS et l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire. Ces laboratoires réalisent le diagnostic de la tuberculose par la culture. L'IPCI représente le Centre national de référence de la TB en Côte d'Ivoire.
- ✓ Niveau régional ou intermédiaire : **36** Laboratoires au sein des CAT et le Laboratoire CePreF à Yopougon.

Niveau périphérique : 298 laboratoires CDT des centre district et hôpitaux périphériques qui ont réalisé au moins un frottis au cours de l'année 2024

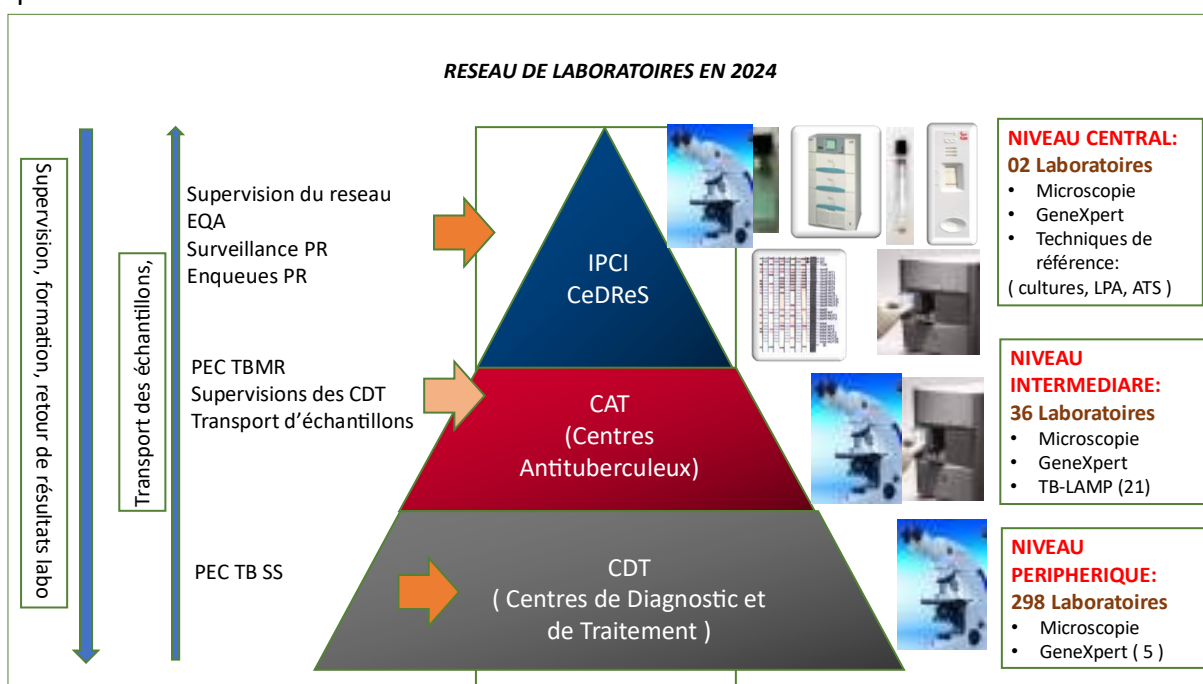


Figure 3 : Réseau de laboratoire 2024

Réseau de microscopie

En 2024, au total 298 laboratoires de microscopies ont rapporté des données de dépistage. Seize (16) sites de microscopies qui n'ont pas rapporté de données de microscopie pour les raisons suivantes :

- Absence de microscopiste
- Réhabilitation non finalisée des locaux
- Refus du personnel de mener l'activité de microscopie
- Absence de référence de cas présumés

Réseau de GeneXpert et TB-LAMP

Le parc de GeneXpert comptait :

- ✓ 49 machines GeneXpert en 2024 dont 15 de 16 modules et 34 machines de 4 modules.
- ✓ 23 appareils TB-LAMP dont 21 ont été installés dans 21 CAT de l'intérieur du pays.

Toutes les régions sanitaires ont été couvertes par l'outil GeneXpert pour le diagnostic moléculaire de la tuberculose (soit 100 % de couverture).

Tableau V : Etat de fonctionnement des modules en 2024

	Laboratoire	Modules Théoriques	Modules Fonctionnels	Capacité réelle	Tests réalisés	Taux d'utilisation
1	AGBOVILLE	4	25%	720	1650	229%
2	BINGERVILLE	4	25%	720	1072	149%
3	KATIOULA	4	25%	720	992	138%
4	YAMOOUSSOUKRO	4	75%	2160	2779	129%
5	BONDOUKOU	4	50%	1440	1772	123%
6	CePReF	8	75%	4320	5151	119%
7	BOUAKE	16	38%	4320	4968	115%
8	SOUBRE	4	50%	1440	1618	112%
9	BONGOUANOU	4	25%	720	724	101%
10	ADJAME	16	75%	8640	8222	95%
11	FERKE	4	25%	720	666	93%
12	DABOU	4	50%	1440	1284	89%
13	BOUNDIALI	4	50%	1440	1052	73%
14	SEGUELA	4	100%	2880	1991	69%
15	PORT BOUET	4	75%	2160	1372	64%
16	ABOISSO	4	50%	1440	888	62%
17	BOUAFLE	4	75%	2160	1297	60%
18	GAGNOA	16	69%	7920	4140	52%
19	MAN	16	88%	10080	5263	52%
20	DAOUKRO	4	75%	2160	1065	49%
21	ANONKOUA KOUTE	4	75%	2160	1055	49%
22	KOUMASSI	16	50%	5760	2776	48%
23	DIMBOKRO	4	75%	2160	1000	46%
24	TREICHVILLE	16	88%	10080	4455	44%
25	GUIGLO	4	75%	2160	938	43%
26	MACA	4	100%	2880	1224	43%
27	ADZOPE	4	50%	1440	598	42%
28	DALOA	16	88%	10080	3984	40%
29	HMA	4	50%	1440	538	37%
30	ODIENNE	4	75%	2160	803	37%
31	CeDReS	24	54%	9360	3457	37%
32	ABOBO	32	72%	16560	5843	35%
33	TOUBA	4	75%	2160	669	31%
34	IPCI	16	81%	9360	2455	26%
35	BOUNA	4	75%	2160	517	24%
36	DUEKOUÉ	4	100%	2880	634	22%
37	KORHOGO	16	81%	9360	2044	22%
38	ABENGOUROU	16	75%	8640	1872	22%
39	SAN PEDRO	32	88%	20160	2729	14%
40	MINIGNAN	4	75%	2160	97	4%
41	ANGRE	16	94%	10800	157	1%
42	DIVO	4	0%	0	410	0%
43	MANKONO	2	0%	0	18	0%
44	SASSANDRA	2	0%	0	432	0%
	TOTAL PAYS	384	62%	191520	86671	45%

11 laboratoires ont surutilisé leur équipement en 2024 : Agboville (229%), Bingerville (149%), Katiola (138%), Yamoussoukro (129%), Bondoukou (123%), CePreF (119%), Bouake (115%), Soubré (112%), Bongouanou (101%), Adjamé (95%), Ferké (93%).

2. Activités

a. Activités planifiées

✓ Financement GC7 du FM

- Réunion trimestrielle de GTT Laboratoire, 04 réunions organisées
- Atelier de restitution des résultats nationaux de la 4^{ème} enquête de pharmacorésistance à Yamoussoukro le 15 avril 2024. Les résultats de l'enquête montrent des prévalences de 2,4 % de résistance à la rifampicine chez les nouveaux cas et 13,8% chez les anciens cas. L'acquisition des équipements pour le convoyage des échantillons des CDT vers les CAT (réfrigérateurs, glacières et accumulateurs de froid) n'a pas été finalisée : les termes de référence ont été transmis à l'UCP pour publication du dossier d'appel d'offre. De ce fait, la formation des 134 points focaux des CDT au transport d'échantillons n'a pu être faite.

b. Activités non planifiées

- Atelier de formation sur les solutions moléculaires de Roche pour le diagnostic biologique de la tuberculose
- Atelier de formation des techniciens supérieurs de laboratoire des CAT d'Abidjan à l'utilisation de la plateforme COBAS 5800
- Atelier de relecture des lames dans le cadre de l'Evaluation Externe de la Qualité de la microscopie
- Assistance technique à 25 Centres de Diagnostic et de Traitement (CAT et CDT) qui ont une performance insuffisante (70%) à l'évaluation externe de la qualité
- Atelier de revue annuelle pour l'amélioration du diagnostic moléculaire et microscopique de la tuberculose

c. Participation aux activités d'autres structures

- Atelier de validation de la note conceptuelle pour la mise en œuvre d'un Système National Intégré de Transport d'Echantillons
- Atelier de renforcement des capacités des convoyeurs en matière de transport intégré des échantillons en collaboration avec les acteurs régionaux de la santé
- Atelier de validation du plan national d'assurance qualité des laboratoires de biologie médicale (PNAQ)
- Atelier de validation du guide national d'EEQ des Laboratoires de Biologie Médicale
- Démarrage de la phase pilote d'implémentation d'un modèle de transport des échantillons des 3 pathologies (TB ; VIH ; HPV)

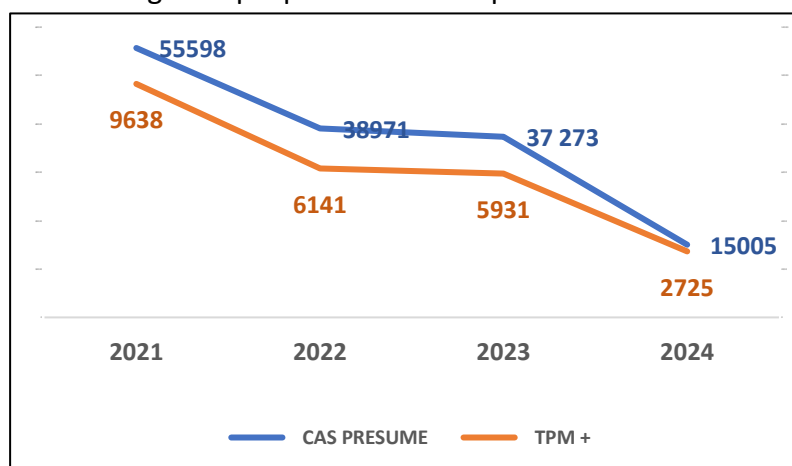
- Participation aux réunions à la DAP sur le suivi du transport intégré des échantillons de la phase pilote
- Renforcement de capacité du personnel clinique des CAT à la demande d'examens GeneXpert et à l'interprétation des résultats
- Atelier de rédaction Directives du modèle intégré de prévention des cancers du sein et du col de l'utérus, et autres MNT selon une approche de soins de santé primaires en Côte d'Ivoire, Projet WICS
- Mise en œuvre du projet CLICQ (Projet d'amélioration continue de la qualité de l'interface clinique laboratoire centrée sur les PVVIH)
- Atelier de revue des exigences nationales pour le système électronique de gestion des données de laboratoire en vue de son institutionnalisation
- Atelier d'autoévaluation de la charge virale et des normes TB
- Réunion annuelle LaBCop de ASLM convention on spécial diagnostics
- Mission LFA de revue de la mise en œuvre du projet pilote du transport intégré des échantillons (TB, VIH et HPV)
- Participation à la Sixième réunion du projet TB LAB à Cotonou.
- Mission Spot check sur l'utilisation du GeneXpert pour le diagnostic de la TB.
- Formation des utilisateurs OPEN ÉLIS des 37 CAT

3. Données de diagnostic en laboratoire

a. Résultats de microscopie

	2021	2022	2023	2024	Observations
Cas présumés	55598	38971	37 273	15005	- o Baisse du nombre de cas présumé entre 2021 et 2024 - o Baisse du nombre de TB diagnostiquée par la microscopie entre 2021 et 2024
Total TB diagnostiqués	9638	6141	5931	2725	

En 2024, 15005 personnes présumées de TB ont été reçues dans les laboratoires avec 2725 cas été diagnostiqué par la bacilloscopie.



On note une baisse importante du nombre de cas présumé ayant bénéficié d'un diagnostic par la microscopie (-73%), de même qu'une baisse importante du nombre de cas TPB+ (-72%) diagnostiqués par la microscopie.

Cela est certainement le fait du suivi de la directive nationale sur l'utilisation du GeneXpert comme outil initial pour le diagnostic de la TB.

b. Résultats de GeneXpert

En 2024, 82 042 cas présumés ont été reçus au laboratoire pour le test Xpert

- ✓ Cartouches utilisées : **86671**
- ✓ MTB détectée Rif sensible : **14284**
- ✓ MTB détectée RIF résistant (TBRR) : **612** tests Rif résistants.
- ✓ Tests sans résultat : 5310 (6% de l'ensemble des tests réalisés) ; il s'agit des pertes de tests.

Le tableau suivant fait le point des cas présumés par site ainsi que l'utilisation des cartouches GeneXpert et leur résultat.

Tableau VI : Cas présumés par site ainsi que l'utilisation des cartouches GeneXpert et leur résultat

Région	Cas présumés	Total cartouches	MTB détecté RIF sensible	TBRR	Tests sans résultat
ABIDJAN 1	13134	13273	2053	122	928
ABIDJAN 2	23948	24504	4677	234	1330
AGNEBY-TIASSA	1595	1650	270	13	99
BAFING	633	669	75	4	115
BAGOUE	966	1052	166	1	26
BELIER	2636	2779	514	22	116
BERE	18	18	17	1	0
BOUNKANI	481	517	103	1	33
CAVALLY	564	634	107	14	67
FOLON	90	97	13	2	5
GBEKE	4821	4968	607	18	142
GBOKLE	405	432	55	0	53
GÔH	3966	4140	675	21	228
GONTOUGO	1573	1772	313	8	199
GRANDS PONTS	1275	1284	260	12	57
GUEMON	946	938	144	9	30
HAMBOL	985	992	130	4	22
HAUT SASSANDRA	3097	3984	611	18	333
IFFOU	992	1065	186	1	82
INDENIE-DUABLIN	1702	1872	290	15	185
KABADOUGOU	744	803	68	1	59
LA ME	547	598	188	10	423
LÔH-DJIBOUA	322	410	150	3	88
MARAHOUÉ	1206	1297	325	4	107
MORONOU	687	724	131	9	60
NAWA	1608	1618	334	12	59
N'ZI	931	1000	67	1	69
PORO	2002	2044	257	11	42
SAN PEDRO	2675	2729	436	8	56
SUD-COMOE	817	888	195	6	74
TCHOLOGO	616	666	80	1	43
TONKPI	5135	5263	559	16	128

WORODOUGOU	1247	1991	228	10	52
TOTAL	82364	86671	14284	612	5310

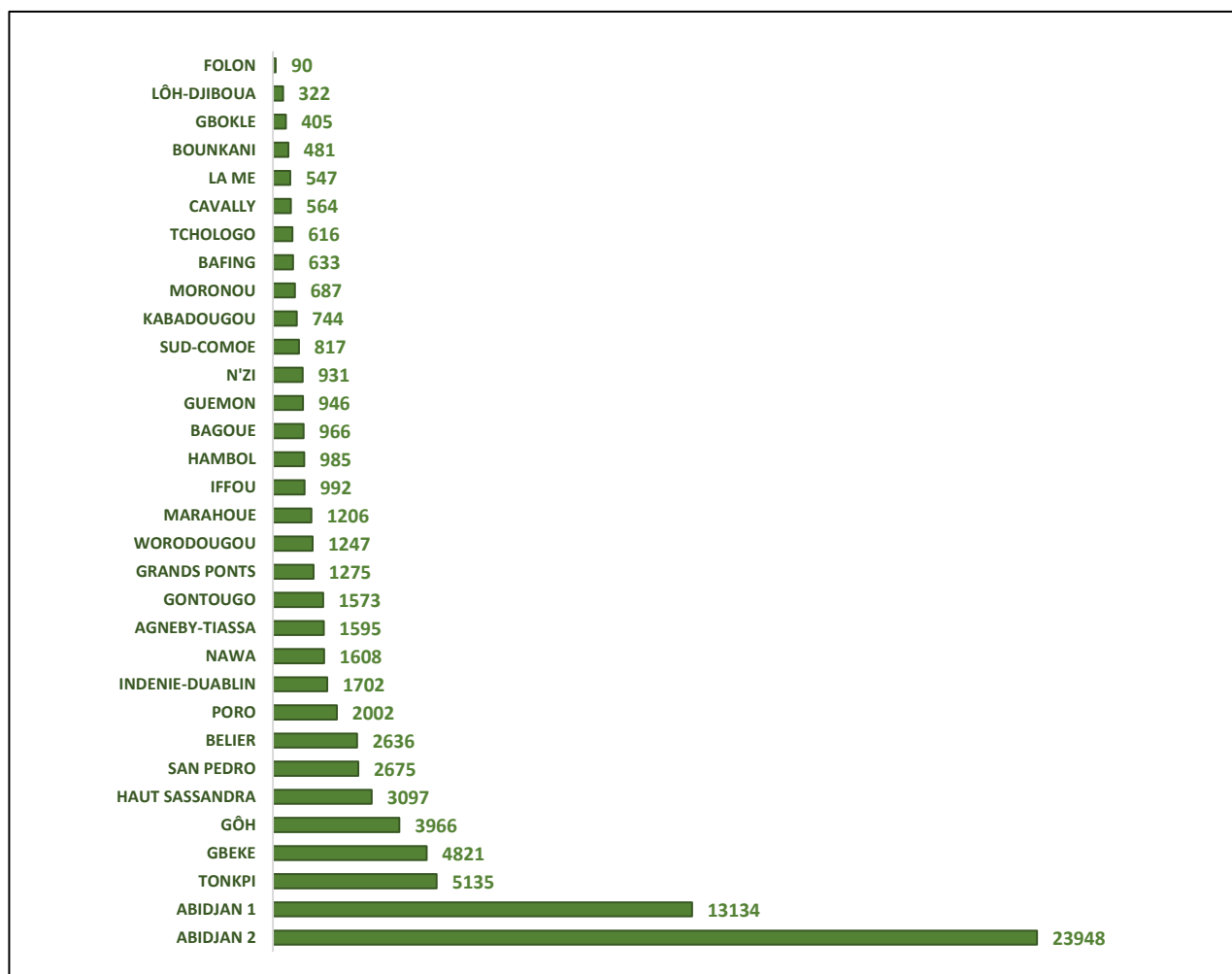


Figure 4 : Répartition des présumées testés au GeneXpert par région sanitaire en 2024

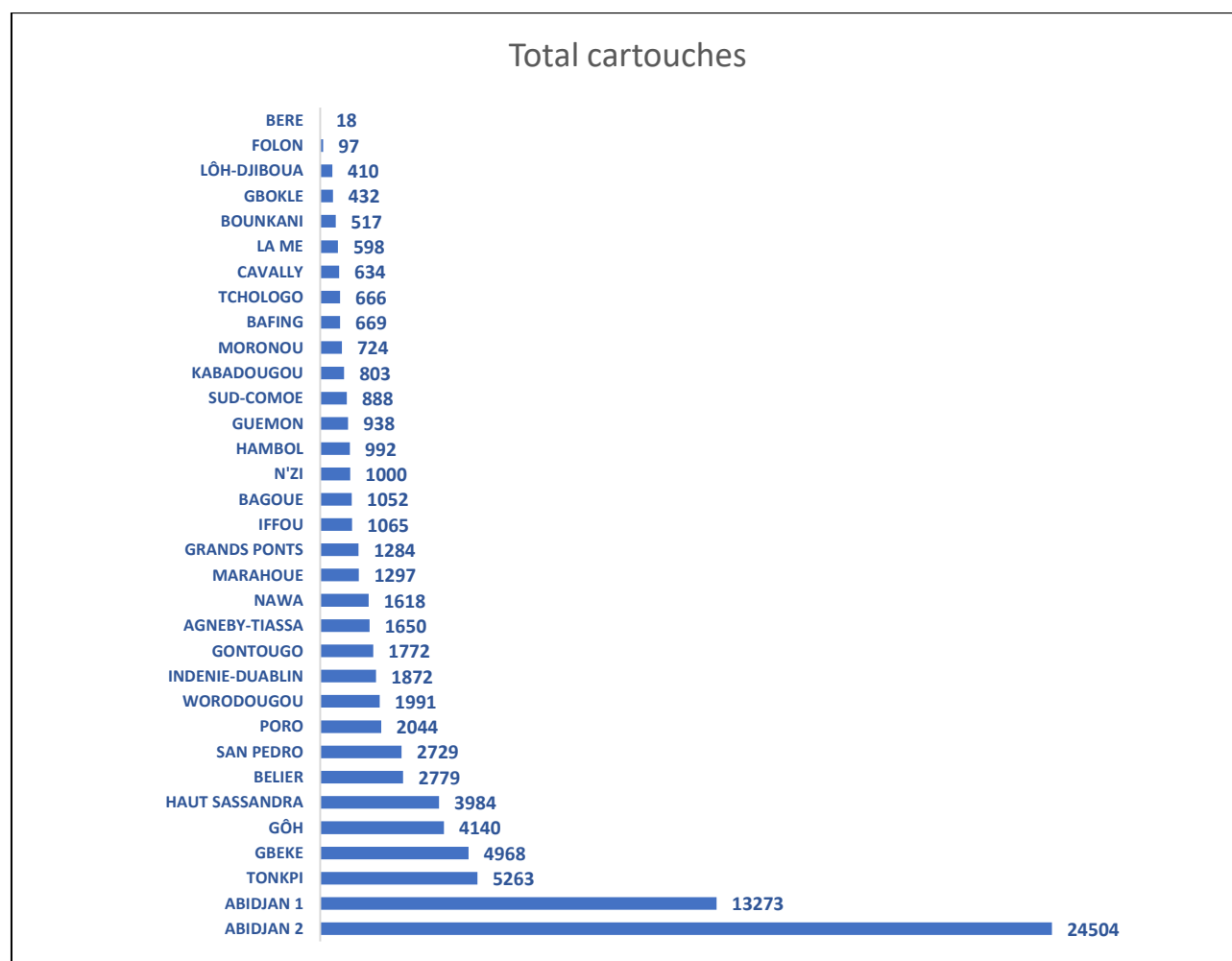


Figure 5 : Répartition par régions sanitaires des tests GeneXpert réalisés en 2024

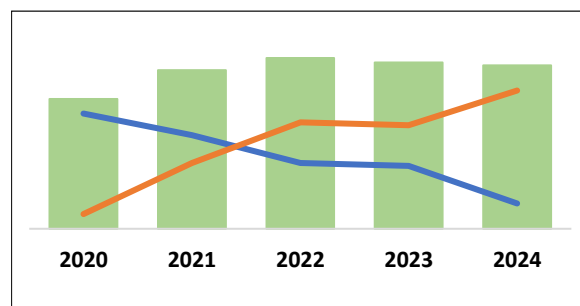
On note que :

- Les régions d'Abidjan ont totalisé 47% des MTB détecté avec 53% pour l'intérieur du pays.
- 06 régions ont totalisé 64% des MTB détectés. Ce sont : Abidjan 1, Abidjan 2, Gôh, Haut-Sassandra, Gbèkè, Tonkpi, et le Bélier.
- Le nombre de tests erreur augmente avec le nombre test réalisé

Evolution des cas de Tuberculose diagnostiqués par la microscopie et le GeneXpert entre 2020 et 2024

Tableau VII: Evolution du nombre de cas présumés selon la méthode de diagnostic (Microscopie vs GeneXpert) de 2020 à 2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Microscopie	68387	55598	38971	37273	15005
GeneXpert	8717	38944	63079	61424	82042
Total présumés	77104	94208	101373	98697	97047



Depuis la signature de la note circulaire N° 03542 du 17 mai 2021 sur l'utilisation du GeneXpert comme outils initial pour le diagnostic de la tuberculose, on note

- Une augmentation du nombre de cas testé par GeneXpert
- Une amélioration de l'accès au diagnostic moléculaire
- Une baisse du nombre de cas diagnostiqué par la microscopie

Tableau VII : Fonctionnement des modules GeneXpert en 2023 et 2024

	Modules théoriques	Modules Fonctionnels (Moyenne annuelle)	Capacité réelle	Tests réalisés	Taux d'utilisation
2023	384	82%	224 640	63 607	28%
2024	384	62%	191 520	86 671	45%

Entre 2023 et 2024 :

- La capacité fonctionnelle des modules s'est réduite de 24%
- Le taux d'utilisation des modules a augmenté de 61%
- Sur le plan national, des équipements restent encore sous-utilisés.

c. Résultats de Cobas 5800

Tableau IX : Bilan opérationnel du diagnostic de la tuberculose et de la résistance aux antituberculeux par la plateforme Cobas en 2024

Site	Échantillons traités	MTB détecté	Rif positif	INH positif
CAT ADJAME	426	132	6	5
CAT BOUAKE	875	105	0	0
TOTAL Cobas	1301	237	6	5

On a observé en 2024 :

- Une rupture de consommable et réactifs Cobas
- Des difficultés dans le stockage et la conservation des réactifs
- L'absence d'algorithme diagnostique utilisant le Cobas MTB

d. Bilan du transport des échantillons

Au total, 376 structures CDT et non CDT ont participé au transport d'échantillons. Cela a permis de diagnostiquer 3 862 cas de tuberculose.

Tableau X: Bilan du transport des échantillons

	Coordination de CAT	Echantillons testés	MTB détecté	Taux de positivité
1	YOPOUGON	4617	1117	24%
2	ABOBO	2302	516	22%
3	MAN	1271	234	18%
4	TRECHVILLE	1183	222	19%
5	SAN PEDRO	1142	197	17%
6	BOUAKE	678	118	17%
7	SEGUELA	653	160	25%
8	SOUBRE	603	102	17%
9	GAGNOA	585	133	23%
10	BOUAFLE	569	147	26%
11	AGBOVILLE	553	103	19%
12	DALOA	530	140	26%
13	YAMOOUSSUKRO	500	131	26%
14	KOUMASSI	323	63	20%
15	DAOUKRO	246	22	9%
16	ABENGOUROU	246	21	9%
17	KATIOLA	198	14	7%
18	DABOU	189	49	26%
19	FERKESSEDOUGOU	179	29	16%
20	BOUNDIALLI	170	24	14%
21	ADZOPE	168	64	38%
22	ABOISSO	164	28	17%
23	BONDOUKOU	151	39	26%
24	DIMBOKRO	150	47	31%
25	TOUBA	148	23	16%
26	ADJAME	137	14	10%
27	GUIGLO	125	23	18%
28	ODIENNE	121	16	13%
29	DUEKOUE	116	22	19%
30	KORHOGO	114	23	20%
31	BINGERVILLE	97	0	0%
32	DIVO	62	8	13%
33	BONGOUANOU	60	9	15%
34	MANKONO	9	3	33%
35	BOUNA	7	1	14%
36	MINIGNAN	0	0	
37	SASSANDRA	0	0	
TOTAL 376 SITES CDT ET NON CDT		18366	3862	21%

e. Difficultés

❑ Concernant le réseau de microscopie

- Refus de certains techniciens biomédicaux de réaliser la microscopie (certains CDT acheminent les échantillons de contrôle au CAT)
- Mobilité du personnel de laboratoire entraînant des arrêts momentanés de la microscopie, et à la base d'incohérence dans les rapports transmis
- Absence d'un contrat de maintenance des microscopes
- Absence de trousse de maintenance des microscopes
- Absence de pièces de rechange des microscopes

❑ Concernant le réseau GeneXpert

- Pannes récurrentes des modules
- Instabilité de la fourniture en électricité
- Absence d'UPS efficace pour la protection des équipements
- Complexité de la procédure de maintenance des équipements GeneXpert par Cepheid
- Absence de stock tampon de modules GeneXpert
- Inadéquation de certains locaux pour le bon fonctionnement des GeneXpert
- Difficultés de gestion du flux d'échantillons sur certains sites liés au transport d'échantillons et /ou à la baisse des capacités des GeneXpert
- Non-respect des procédures techniques de traitement des échantillons
- Difficultés d'approvisionnement en cartouches : non-respect des plans d'approvisionnement (nombre de cartouches, calendrier)

❑ Concernant le convoyage des échantillons

- Complexité des circuits de LA POSTE
- Absence de logistique dédié pour le transport des échantillons
- Couverture partielle des sites par les bureaux de poste
- Insuffisance de communication entre les acteurs
- Irrégularité du retour de glacière et le rendu de résultat
- Retard dans l'inclusion de certains sites
- Chevauchement de plusieurs systèmes de transport sur certains sites

f. Défis et perspectives en 2025

➤ Défis

- Maintenir la qualité de l'offre diagnostic avec le système de transport d'échantillons
- Assurer la qualité de la microscopie
- Renseigner les données de tous les laboratoires de CAT dans la base OpenElis
- Offrir un accès universel au diagnostic moléculaire à au moins 80% des cas présumés TB

- Optimiser le système de transport d'échantillons des ESPC et de la communauté vers les sites équipés de GeneXpert
- Assurer la maintenance des microscopes et GeneXpert
- Assurer un approvisionnement régulier et ininterrompu des sites en consommables de réactifs de laboratoire de qualité

➤ Perspectives

- Redéploiement des TBLAMP dans 10 CDT à haut volume d'activité
- Evaluation du système de transport d'échantillons
- Evaluation des laboratoires des CDT d'Abidjan par le niveau central
- Révision des algorithmes et directives de de laboratoire
- Extension du système de transport d'échantillons conformément au plan de mise en œuvre

II. APPROVISIONNEMENT ET PHARMACIE

1. Activités

a. Activités planifiées

- Réunion semestrielle du comité national logistique pour le suivi des approvisionnements et des stocks : sur les 02 réunions prévues, une seule a eu lieu
- Atelier de 05 jours du comité de quantification pour la revue de la quantification des médicaments antituberculeux, des réactifs et intrants de laboratoire liés à la tuberculose
- Mission d'évaluation de la qualité des données logistiques et de coaching des gestionnaires de pharmacie sur 20 sites de prise en charge TB/VIH les moins performants
- Atelier de formation des responsables de 21 CAT sur le module de pharmacovigilance de DHIS2
- Reproduction et diffusion des outils de gestion de la tuberculose y compris la TBMR, TBVIH, TB enfants, registre TB, laboratoire, fiches de traitement, formulaires de rapports, étiquettes, autocollants, etc... ;

b. Participation aux activités d'autres structures

Activité	Structure responsable	Date d'exécution		Lieu
		Début	Fin	
Atelier de formation des équipes GAS à l'utilisation de l'outil QAT module planification	CNCAM	22 janvier	26 janvier	Grand Bassam
GTT2 sur la post commercialisation des produits pharmaceutiques	AIRP/LNSP	02 février	02 février	En ligne
GTT3 sur la post commercialisation des produits pharmaceutiques	AIRP/LNSP	16 février	16 février	En ligne

Atelier de rédaction des rapports trimestriels de retro-information du T4 2022 des produits des programmes de santé	NPSP-CI	06 mars	10 mars	Yamoussoukro
Mission de suivi de l'installation et mise en service de 10 radios numériques et numérisation de 9 radios analogiques	UCP	14 février	21 février	CAT Guiglo-CAT Bouaflé-CAT Dimbokro-CAT Abobo
Atelier de rédaction des rapports de rétro information du T4 2023 des produits des programmes de Santé	NPSP	04 mars	08 mars	Yamoussoukro
Inspection de fourniture des équipements complémentaires sept jeux de protection radiologique, trente-huit dosimètres pour la mesure de la dose des rayonnement ionisants et logiciel d'intégration.	UCP	06 mars	06 Mars	ABIDJAN
Atelier de finalisation du cadrage du projet d'automatisation intégrée des outils pour le pilotage de la chaîne d'approvisionnement	DAP	18 mars	22 mars	Yamoussoukro
Atelier de formation des équipes GAS à l'utilisation de l'outil QAT module prévision	CNCAM/LHSPLA	08 avril	12 avril	Yamoussoukro
Atelier de validation des indicateurs clés de la performance de la distribution au dernier kilomètre	DAP	27 mai	29 mai	Grand Bassam
Mission d'évaluation de la qualité des données logistiques	DIS	09 juin	22 juin	Korhogo Dianra
Atelier de revue des données de performance de la cartographie des appuis au secteur pharmaceutique de 2019 à 2022	DAP	11 juin	13 juin	Yamoussoukro
Atelier de quantification des Antirétroviraux (ARV), médicaments pour la prévention des infections opportunistes	PNLS	17 juin	22 Juin	Yamoussoukro
Cours international sur la lutte contre la tuberculose	UNION	24 Juin	28 Juin	Benin-Cotonou
Atelier de rédaction du rapport de performance de la chaîne d'approvisionnement	DAP	08 Juillet	12 Juillet	Jacquerville
Atelier de formation sur l'utilisation du tableau de bord de mSupply	DAP	08 juillet	13 juillet	Yamoussoukro
Atelier pour l'optimisation du système d'alerte précoce en vue de réduire les péremptions des produits	DAP	26 août	30 août	Yamoussoukro
Atelier de validation du rapport de performance de la cartographie des appuis au secteur pharmaceutique de 2019 à 2022	DAP	26 août	31 août	Yamoussoukro

Atelier de rédaction des rapports de rétro information du S1 2024 des produits des programmes de Santé	NPSP	16 septembre	23 septembre	Yamoussoukro
Atelier Régional de Quantification des médicaments TB	DGF-STOPTB	14 octobre	18 octobre	Kenya-Nairobi
Atelier de formation sur le rapport feedback automatisé	DAP	26 novembre	28 novembre	Yamoussoukro
Atelier de validation du plan annuel 2025 de contrôle qualité post commercialisation des produits pharmaceutiques	AIRP	28 novembre	29 novembre	Jacquerville
Atelier de révision des documents de quantification	DAP	16 décembre	20 décembre	Yamoussoukro

2. Achats 2024

Tableau XI : Achats d'intrants et produits de santé par bailleur de fonds

Bailleurs	Produits achetés
Etat de Côte d'Ivoire	Médicaments de 1ère ligne, masques chirurgicaux, masques respiratoires, tubes de prélèvement, gants, films radio numérique, aiguilles de prélèvement, cartouches GeneXpert MTB/RIF ULTRA, Tubes coniques et pipettes non stériles ; tampon isopropanol ; bandelette, hémoglobinomètre ; essuie-tout ; bande adhésive pour prélèvement ; bec bunsen ; raccord de bouteille de gaz ; corps vacutainer ; boîte de sécurité ; centrifugeuse ; sac poubelle
Fonds mondial	Médicaments de 2 ^{ème} ligne, cartouches GeneXpert MTB/RIF ULTRA, Tuberculine, Milieux de cultures et tests de sensibilité, Appareils Cobas 5800, intrants LAMPTB, intrants Cobas, Médicaments de 1ère ligne, Cartouches XDR 10 couleurs
	Cartouches GeneXpert MTB/RIF ULTRA don du PNLS
PEPFAR	Pots de selles stériles, gant d'examen latex, Sérum physiologique unidose, seringue 5CC, sachets zip locks, sonde d'extraction de mucosité, compresse, aspirateurs de mucosités électrique enfant/nourrisson, sonde d'aspiration stérile, Masque, Hexanios, Stéranios

3. Indicateurs logistiques

a. Taux de précision de la quantification 2024

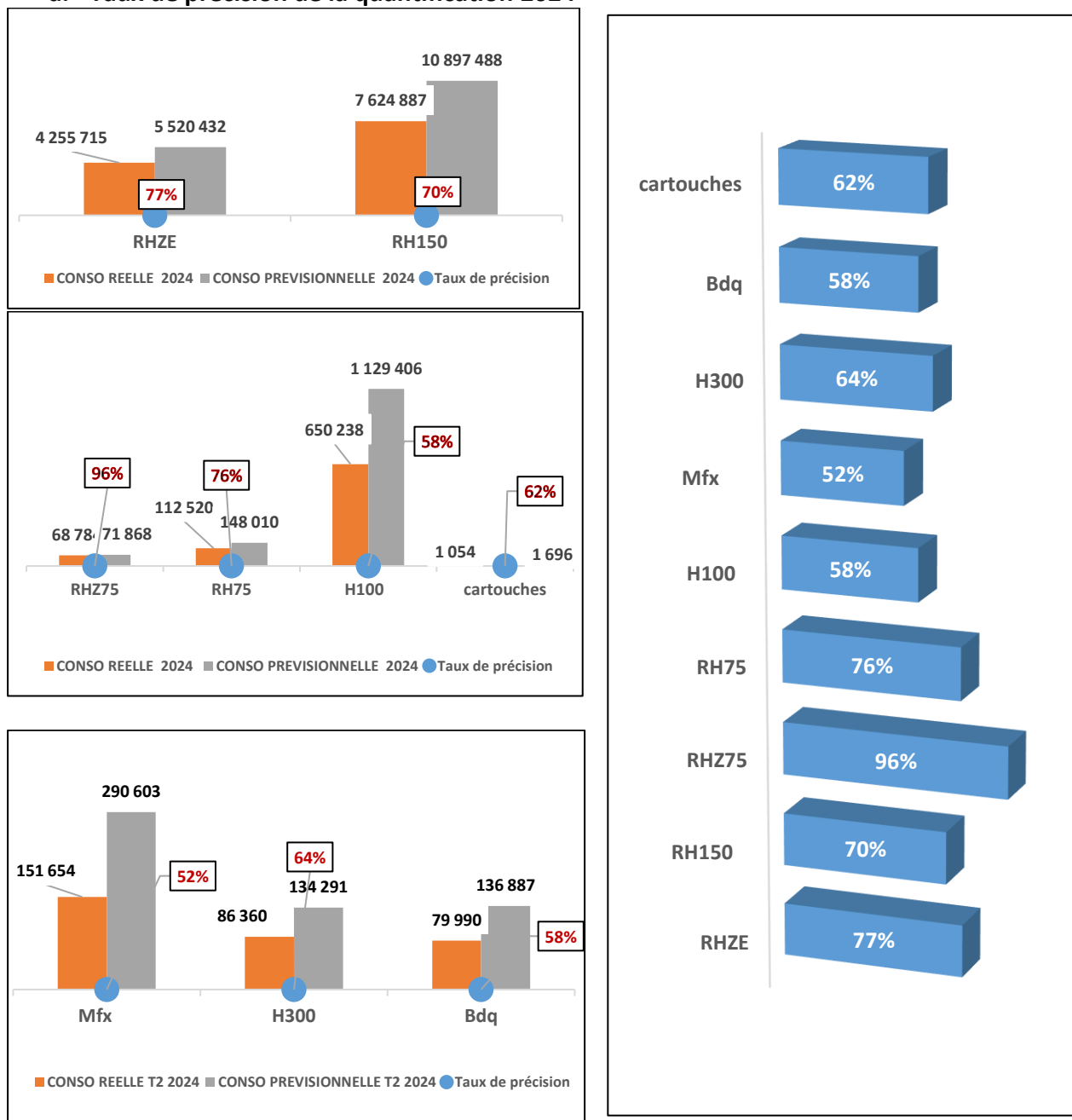


Figure 6 : Taux de précision de la quantification pour les produits traceurs en 2024

D'une manière générale, pour tous les produits traceurs du programme, les consommations réelles sont restées inférieures aux consommations prévisionnelles. Elles sont comprises entre 52% (Moxifloxacine 400 mg) et 96% (RHZ 75). La cible a été atteinte seulement pour le RHZ 75.

✓ Causes probables

Les cibles utilisées pour la quantification sont plus élevées que le nombre de patients réellement diagnostiqués et mis en traitement.

- Concernant les nouveaux cas adultes la cible était de 22675 alors que 21762 patients ont été notifiés.
- La cible des enfants contacts à mettre sous prophylaxie à l'isoniazide était de 6102 mais seulement 5537 enfants contact ont été mis en traitement.
- La cible des patients TBMR, Pré-XDR et XDR, était de 621 cas. Sur les 505 cas dépistés seulement 436 patients ont été mis sous traitement.
- La rupture de RHZE, RH150 au 4^{ème} trimestre 2024 pourrait aussi expliquer la sous consommation de ces différents produits.

b. Taux d'exécution du plan d'approvisionnement 2024

	Nombre de livraisons attendues	Nombre de livraisons reçues	Taux d'exécution du plan d'approvisionnement
Médicaments de 1 ^{ère} ligne	6	4	66%
Médicaments de 2 ^{ème} ligne	5	4	80%
Produits de laboratoire	8	3	37%

Pour les médicaments de 1^{ère} ligne, 4 envois ont été réceptionnés sur 6 envois prévus soit 66% de taux d'exécution. Cela pourrait être expliqué par la rupture au niveau international de matière première.

Pour les médicaments de 2^{ème} ligne, 4 envois ont été réceptionnés sur 5 envois prévus soit 80% de taux d'exécution. Cela pourrait s'expliquer par les livraisons fractionnées au cours de l'année 2024.

Pour les produits de laboratoire, 03 envois ont été réceptionnés sur les 08 envois prévus soit 37% de taux d'exécution ; Cette contre-performance pourrait s'expliquer par le long délai de livraison et la rupture du contrat de l'inspection avant envoi entre le FM et les fournisseurs.

c. Etat de stock fin décembre 2024

Désignation	Niveau central (boîtes) Minimum : 8 mois Maximum : 12 mois			Niveau périphérique (comprimés) Minimum : 4 mois Maximum : 6 mois		
	SDU	DMM	MSD	SDU	CMM	MSD
RHZE	1459	531	2,7	1535	480	3,2
RH150	4581	949	4,8	2659	876	2,3
RHZ75	50	61	0,8	333	61	5,4
RH75	319	98	3,2	498	109	4,5
H100	60	880	0,1	2255	532	4,5
Bdq	211	92	2,3	386	30	12,8
H300	2377	1703	1,4	83	10	8,3
Cartouche GeneXpert	424	195	2,4	152	46	3,3
MSD > max Min<MSD<max MSD<min MSD=0						

Au niveau central, tous les produits traceurs étaient sous-stockés

Au niveau périphérique,

- Aucune rupture n'a été constatée
- Quatre produits étaient sous-stockés : RHZE, RH150, CARTOUCHES
- Deux produits étaient bien stockés : RH75 , H 100 et RHZ75,
- Deux produits étaient surstockés (H300 et Bdq), mais sans risque de péremption

4. Gestion des alertes de 2024

Période	Alertes identifiées	Causes	Actions menées
T1 T2 et T3 2024	Surstock de E100	Non prescription de la molécule par les Prescripteurs	- Sensibilisation continue des prescripteurs - Atelier de présentation du guide TB révisé
T2 2024 (Avril-Mai)	Sous stock de RHZE et RH150	Retard de livraison	- Identification de tous les sites bien stockés pour le redéploiement du stock - Elaboration de plan d'allocation d'urgence
T3 2024	Rupture de cyclosérine	Non-respect des protocoles thérapeutiques par certains prescripteurs	- Rapprochement de la commande 2025
T4 2024 (Octobre -novembre)	Rupture de RHZE et RH150	Retard de livraison	- Identification de tous les sites bien stockés pour redéploiement de stock - Elaboration de plan d'allocation d'urgence

a. Difficultés

- Retard dans la production de certains médicaments due à des ruptures en matière première au niveau international ;
- Retard d'acquisition des médicaments de 1ère ligne ;
- Non satisfaction des commandes des sites de prise en charge bien que les produits soient disponibles ;
- Mobilité et insuffisance de gestionnaires dans les CAT ;
- Insuffisance dans la qualité des données rapportées par les sites dans e-SIGL ;
- Implication insuffisante des pharmaciens de région dans le suivi de la gestion des médicaments antituberculeux et intrants de laboratoire surtout sur les sites où il n'y a pas de gestionnaire

b. Recommandations

➤ **ETAT DE Côte d'Ivoire**

- Mettre en place un mécanisme de prépaiement des médicaments de 1ère ligne afin d'éviter les ruptures

➤ **Nouvelle PSP-CI**

- Satisfaire les commandes des sites et respecter le chronogramme de livraison
- Exécuter dans les délais et respecter les plans d'allocation

➤ **UCP-FM**

- Traiter avec célérité les demandes d'achats du PNLT

➤ **Pharmaciens de région**

- S'impliquer véritablement dans la gestion des médicaments et intrants de laboratoire du PNLT

➤ **Responsables des CAT/CDT**

- Valider les données cliniques et logistiques avant d'autoriser la commande dans e-SIGL et de transmettre les rapports de gestion et de commande trimestriel au PNLT

III. RENFORCEMENT DES CAPACITES ET PRISE EN CHARGE

1. Activités

a. Activités planifiées

Toutes les activités programmées ont été réalisées.

➤ **Formations des agents de santé**

- ✓ Participation de **4** personnes au cours international sur le contrôle de la TB à Cotonou
- ✓ Organisation de **2** sessions de formation des prestataires de prise en charge du VIH sur la tuberculose de l'enfant

➤ **Suivi de la décentralisation**

- Ouverture de 13 nouveaux CDT portant à 380 le nombre de structure de prise en charge de la tuberculose

➤ **Suivi du dépistage actif de la tuberculose**

Des campagnes de dépistage actif ont été menées en 2024.

- ✓ Campagnes de dépistage actif de la tuberculose au sein des populations éloignées des centres de santé

Une (1) campagne a été menée à travers 31 CAT de l'intérieur du pays. Elles ont permis de diagnostiquer 83 cas de TPB+.

✓ Dépistage pendant la JMT et campagnes multi-maladies

Elles ont permis de diagnostiquer 17 cas de TB toutes formes.

✓ Dépistage actif de la TB par la radiographie dans 15 maisons d'arrêt et de correction

Les campagnes ont eu lieu 02 Juillet au 16 Décembre 2024 au PPA et à l'intérieur du pays.

406 détenus au PPA et 3369 détenus dans 14 MAC de l'intérieur ont bénéficié de ce dépistage.

Les MAC ont été sélectionnées sur la base des critères suivants :

- Effectif carcéral
- Nombre de cas de TB notifiés : 2 cas de TB et plus

Elles ont été précédées d'une sensibilisation du personnel et des pensionnaires, faite par les points focaux TB et les conseillers communautaires des MAC. Les points focaux TB des MAC et les conseillers communautaires des MAC aidés des gardes pénitentiaire ont fait le tri des détenus pour la réalisation des radiographies sur la base de critères suivants :

- Tous les détenus partageant la même cellule qu'un malade tuberculeux
- Les détenus et les agents d'encadrement qui ont des signes d'imprégnation tuberculeuse (toux accompagnée ou non de sueur nocturne, fièvre vespérale, amaigrissement, anorexie, asthénie)
- Les détenus et les agents d'encadrement ayant des facteurs de risque (tabagisme, alcoolisme, PVVIH)

Les radiographies ont été réalisées au sein des MAC par le camion de radiographie mobile du PNLT. Les clichés de radiographies ont été interprétés par les médecins chefs des CAT dont les MAC ont été sélectionnées. Les personnes ayant des radiographies suspectes ont bénéficié d'un examen bactériologique des crachats

Tableau VIII : Maisons d'arrêt et de correction retenus pour le dépistage actif

N°	Maison d'arrêt et de correction	Nombre de détenus juin 2024	Nombre de cas de TB T4-2023 & T1-2024	Nombre de clichés radiographiques /MAC
1	PÔLE PÉNITENTIAIRE ABIDJAN	10745	125	400
2	MAISON PENALE DE BOUAKE	2377	15	400
3	MAC DALOA	1551	4	400
4	MAC SASSANDRA	365	5	160
5	MAC DABOU	346	2	160
6	MAC SOUBRE	655	4	160
7	MAC ABOISSO	603	2	160
8	MAC DIVO	470	2	160

9	MAC KORHOGO	560	3	160
10	MAC BOUAKE	968	14	400
11	MAC BOUNDIALI	283	2	160
12	MAC BONDOUKOU	418	5	160
13	MAC TIASSALE	410	2	140
14	MAC MAN	1086	09	400
15	MAC SAN PEDRO	504	08	160
TOTAL				3580

Tableau IXIII : Nombre de clichés de radio réalisés par MAC

N°	Maison d'arrêt et de correction	Détenus femmes	Détenus mineurs	Détenus assimilés	Détenus hommes	Personnel encadreur	Total clichés radios réalisés
1	MAC TIASSALE	04	00	04	145	06	159
2	PPA	75	08	00	303	20	406
3	MAC DIVO	18	11	02	61	08	100
4	MAC KORHOGO	31	00	00	142	03	176
5	MAC SOUBRE	13	15	05	111	16	160
6	MAC DALOA	33	00	00	370	00	403
7	MAC BOUNDIALI	13	15	05	155	16	204
8	MAC DABOU	06	08	02	147	04	167
9	MAC ABOISSO	10	00	00	193	00	203
10	MAC BONDOUKOU	09	11	00	167	04	191
11	MAISON PENALE DE BOUAKE	NA	NA	NA	400	16	416
12	MAC BOUAKE	10	36	00	350	15	411
13	MAC DE SASSANDRA	01	04	04	156	00	165
14	MAC MAN	38	16	00	326	42	422
15	MAC SAN PEDRO	06	06	00	152	27	191

Tableau XIV: Résultats des dépistage actifs de la Tb dans les maisons d'arrêt et de correction

N°	Maison d'arrêt et de correction (MAC)	Nombre de personnes ayant bénéficié d'une radiographie pulmonaire	Résultat normal	Nombre de cas suspects	Cas de tuberculose notifiés					Nombre de cas de Cardiologie notifiés
					TPB+			TPB-	TEP	
					Nx Cas	Ancien Cas (rechute)	TB/MR			
1	MACA	406	334	72	15	00	00	00	00	03
2	BONDOUKOU	191	184	07	00	00	00	00	00	11
3	MAC BOUNDIALI	204	189	15	00	00	00	00	00	00
4	MAC SOUBRE	160	145	15	00	00	00	00	05	00
5	MAC DALOA	403	372	31	03	00	00	07	07	22
6	MAC SASSANDRA	165	161	4	00	00	00	00	00	01
7	MAC BOUAKE	411	397	14	00	00	00	03	01	02
8	CAMP PENAL DE BOUAKE	416	403	13	00	00	00	03	02	02
9	MAC SAN-PEDRO	191	178	13	00	00	00	00	02	11
10	MAC DIVO	100	70	30	00	00	00	01	00	02
11	MAC MAN	422	406	16	00	00	00	01	03	03
12	MAC KORHOGO	176	165	11	01	00	00	02	05	00
13	MAC TIASSALE	159	148	11	02	00	00	00	01	00
14	ABOISSO	203	144	59	04	00	00	00	00	01
15	DABOU	167	158	09	00	01	00	00	00	00
		3775	3455	320	25	01	00	17	26	58
					26			17	26	

Ainsi, suite à ces campagnes, 69 cas de tuberculose toutes formes, soit 15% des cas notifiés par les prisons, ont été diagnostiqués.

MAC				
	TPB+	TPB-	TEP	Total TB toutes formes
MACA	15	0	0	15
Autres MAC	11	17	26	54
	26	17	26	69

- ✓ Dépistage de la tuberculose réalisé dans les autres services de santé (non CDT) par le positionnement d'ASC dans ces services et le convoyage des échantillons des cas présumés : 1 406 cas de TB toutes formes ont été diagnostiqués.

Les différentes stratégies du dépistage actif de la TB, ont permis de diagnostiquer 1 585 cas de TB soit 7% cas de TB toutes formes (21 762).

Stratégie de dépistage actif	Nombre de cas diagnostiqués
Populations éloignées	83
Dépistage actif chez les personnes usagers de drogue	10
JMT et campagnes multi-maladies	17
MAC	69
Autres services de santé (non CDT)	1 406
Total	1585

➤ Suivi de la tuberculose pédiatrique

- Réalisation de 04 réunions du comité de prise en charge de la TB Pédiatrique

➤ Missions/Ateliers

- Mission d'inspection des conteneurs de radiographie numérique acquis
- Révision du guide technique de la tuberculose

b. Activités non planifiées

➤ Formations des agents de santé

- 02 Sessions de formation de 55 personnels de santé des nouveaux CDT à la prise en charge des malades de la TB selon la stratégie End-TB en novembre 2023
- Formation des TSL des CAT d'Abidjan sur le diagnostic de la TB de l'enfant par les selles

➤ Missions/Ateliers

- Dépistage actif de la TB par la radiographie dans la communauté (Campagnes de dépistage multi maladies)

- Mission de réception des travaux dans 7 CAT dont les salles radio doivent être mis à niveau et les radios analogiques numérisées
- Mission de réception des travaux dans 12 CAT devant accueillir les unités de conteneurs de radiographie pulmonaire
- Mission de réalisation d'un publireportage sur les acquis du Fonds Mondial en CI

c. Participation aux activités d'autres structures

- Mission de supervision intégrée du niveau central vers les services extérieurs

2. Difficultés

➤ Concernant le suivi de la tuberculose dans les prisons

- Rendu tardif des résultats par certains médecins après le dépistage actif

➤ Concernant le suivi de la décentralisation de la lutte antituberculeuse

- Ouverture des CDT sans l'accord de la coordination (Services S&E, Laboratoire et Prise en Charge)

➤ Concernant le dépistage de la TB de l'enfant et de l'adolescent

- Insuffisance de financement pour la formation et le coaching des prestataires de santé des structures de santé non CAT/CDT

- Diagnostic de la TB par les selles non encore étendu à tous les CAT

➤ Concernant le dépistage de la TB de l'enfant et de l'adolescent

- Non-respect du calendrier de mise en œuvre de l'activité
- Rendu tardif des rapports de la campagne de dépistage

➤ Mise sous TPT des cas contacts

- Mauvais remplissage des outils de gestion et collecte de données
- Insuffisance de référence des enfants contacts
- Absence de formation des prestataires de santé

3. Recommandations

➤ Suivi de la tuberculose dans les prisons

- Faire la révision du camion radio avant le démarrage des campagnes de dépistage actif

➤ Suivi de la décentralisation

- Ouvrir les CDT avec l'accord de la coordination
- Ouvrir les CDT selon les critères définis par la coordination (accessibilité de la localité & densité de la population soit plus de 20000Hbts)
- Poursuivre l'acquisition des radio conteneurisées

➤ Suivi du TPT

- Renforcer le TPT chez les enfants contacts de moins de 5 ans
- Renforcer la capacité des prestataires de santé et des ASC
- Veiller au remplissage correct des outils

4. Défis/perspectives

a. Défis

- Amélioration de la mise sous TPT des enfants contacts de moins de 5 ans
- Renforcement de la référence des cas présumés de TB des structures de santé non TB vers les CAT/CDT
- Amélioration du diagnostic de la TB de l'enfant dans les ESPC/SSU-SAJ/HG/CHR

b. Perspectives

- Poursuivre le contrôle de la tuberculose dans les MAC en général et en particulier dans les MAC ayant des cas de TB
- Poursuivre le dépistage actif de la tuberculose au sein des populations éloignées des centres de santé et dans la communauté
- Etendre le diagnostic de la TB par les selles par le GeneXpert à tous les CAT
- Etendre le TPT des cas contacts éligibles de plus de 5 ans à tous les CAT
- Former les prestataires nouvellement affectés dans les CAT/CDT sur la PEC de la TB

IV. COINFECTION TUBERCULOSE/VIH

1. Activités

La prise en charge de la co-infection tuberculose / VIH est intégrée dans toutes les structures de prise en charge de la tuberculose.

a. Activités planifiées

Au cours de l'année 2024, les activités suivantes ont été programmées et réalisées :

- **Tenue de 04 réunions du Comité élargi de la lutte conjointe Tuberculose/VIH du niveau central (financement FM/GC7)**

Le PNLT, le PNLS et les partenaires collaborent pour redynamiser la plateforme d'échanges entre acteurs de la lutte conjointe tuberculose VIH à différents niveaux.

Au niveau central, 04 réunions planifiées sur 04 ont été réalisées. Elles ont eu lieu au PNLT les 28 février, 21 juin, 27 août et le 19 novembre 2024.

Ces réunions ont porté essentiellement sur :

- ✓ Elaboration du plan consolidé des activités de 2024.
- ✓ Point de la mise en œuvre du TPT chez les PVVIH (structures de mise en œuvre du TPT, personnels de santé formés, suivi de la mise en œuvre sur les sites, médicaments du TPT et difficultés)
- ✓ Présentation des activités communautaires TB/VIH
- ✓ Identification des difficultés/défis liés à la recherche active de la tuberculose
- ✓ Révision du plan d'extension (feuille de route) pour le TPT chez les PVVIH

- **Dépistage actif de la Tb (recherche active) chez les PVVIH dans les structures de prise en charge du VIH en Côte d'Ivoire (routine)**

En 2024, les données provisoires du PNLS extraites du DHIS2 sur la recherche active de la Tb ont montré que :

- 317 939 PVVIH ont reçu les soins VIH (y compris ARV) dans l'établissement dans 2 595 structures de PEC du VIH ;
- Parmi eux 236 113 PVVIH ont bénéficié d'une recherche active de la TB à la dernière visite, soit un taux de recherche active de 74 %
- On note une régression de 1 point par rapport à 2023

Sur les 113 districts sanitaires :

- 34 districts ont atteint la cible de 100% ;
- 43 districts ont des taux de recherche active compris entre 80% et 99%
- 18 districts ont des taux de recherche active compris entre 50 % et 79 % ;
- 18 districts ont des taux de recherche active compris entre 5% et 49%, dont les plus faibles sont les districts de Kouassi Kouassikro (9%), Yopougon-Est (22%), Dikodougou & Grand Bassam (25%), M'Batto (27%), Treichville-Marcory, Jacqueville, Soubré (28%), Bouaké Nord-Est (29%), Grand-Lahou (31%), Tengrela (34%), Zuénoula & Ferkessédougou (35%), Mankono (37%), Port-Bouet-Vridi (38%), Agboville (40%), Madinani & Lakota (44%)

Missions de coaching des prestataires de 50 structures de prise en charge du VIH à la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH (COP 23 An 1)

Les missions de coaching s'est déroulée dans 08 régions sanitaires et 08 districts sanitaires, dans des structures de prise en charge du VIH de l'intérieur du pays, du 15 au 21 septembre 2024 puis du 14 au 28 octobre 2024.

Les districts sanitaires concernés étaient : Agboville, Divo, Grand Lahou, Séguéla, Mankono, Ferké, Kouassi Kouassikro et Yakassé-Attobrou.

Il s'agissait de structures de santé qui ont intégré en leur sein la PTME, la PEC Adulte et adolescent, et la PEC Pédiatrique.

- **Contrôle de l'infection tuberculeuse en milieux de soins en routine sur toute l'étendue du territoire national**

On note une augmentation du nombre notifié d'agents de santé atteints de tuberculose en 2024 qui est de 108 contre 76 en 2023.

Formation de 25 prestataires issus des structures retenues pour la mise en œuvre du TPT (COP 23 An 1)

Trois (03) sessions de formation ont permis de renforcer les capacités (connaissances, compétences et attitudes) des prestataires de santé y compris le pool de formateurs nationaux sur les modalités de mise en œuvre du TPT et du suivi du patient sous TPT, à l'utilisation adéquate des outils de gestion pour la notification, le rapportage et le suivi des patients sous TPT y compris la carte de traitement et enfin à l'application des directives en

vigueur sur la mise en œuvre du TPT chez les PVVIH. Ces trois (03) sessions se sont déroulées de la façon suivante :

- 1^{ère} session du 18 au 19 juin à Grand Bassam
- 2^{ème} et 3^{ème} session respectivement du 08 au 09 et du 11 au 12 juillet 2024 à Yamoussoukro

- **Mise en œuvre du Traitement Préventif de la Tuberculose (TPT) chez les PVVIH dans les structures de PEC du VIH en routine sur toute l'étendue du territoire**

Missions de suivi des activités de TPT sur sites de prise en charge des PVVIH en collaboration avec les Médecins des CAT (COP 23 An 1)

Ces missions ont été menées dans les sites ayant eu un faible taux de mise sous TPT parmi les patients éligibles sur toute l'étendue du territoire. Elles ont concerné 20 structures de santé à l'intérieur du pays et 08 à Abidjan. Ces activités se sont déroulées selon les dates suivantes :

- 14 au 20 juil. 2024
- 29 juil. au 02 août 2024
- 04 au 10 août 2024
- 01 au 06 Sept. 2024

Reproduction des outils de collecte de données et les documents normatifs du TPT chez les PVVIH (COP 23 An 1)

Les outils collecte TPT reproduits en 2024 sont les suivants : Algorithmes [122], cartes de traitement [3004], guides techniques [191], registres [200], dossiers patients [1500] et rapports mensuels d'activités [1400]

Acquisition des médicaments du TPT

Le PNLS a acquis et distribué au cours de l'année 2024 les dotations suivantes : 4000 boîtes de 100 d'INH 100 mg, 16471 boîtes de 36 de HP (300/300 mg) et 20,000 boîtes de 100 de pyridoxine

- **Dépistage et prise en charge de la coinfection TB/VIH en routine sur l'ensemble des CAT/CDT)**

Dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et les présumés de la tuberculose

Il est réalisé en routine dans les structures de prise en charge de la tuberculose. En 2024, 98% des cas de tuberculose ont bénéficié d'un tests VIH et la prévalence de co-infection national 12%.

Mise des patients TB infectés par le VIH sous Cotrim et ARV en routine sur l'ensemble des CAT/CDT)

Les CAT sont des structures de prise en charge du VIH et les CDT le sont par la délégation des tâches pour les soins VIH aux IDE.

b. Activités non planifiées

Dans le cadre de la collaboration avec ses partenaires, le PNLT a participé à vingt un (21) activités suivantes :

- Atelier de restitution de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose et validation du plan d'accélération de la Côte d'Ivoire 2024 organisé à Grand Bassam du 24 au 26 janvier 2024 par l'USAID
- Atelier de formation des formateurs TB IVSA, du 26 au 28 mars 2024 à l'Hôtel RYO, deux plateaux, organisé par le PNLS
- Quatrième réunion du groupe de travail technique-IVSA le 16 Mai 2024 (PNLS)
- Atelier de validation du rapport VIH 2023 du 27 au 30 mai 2024 à Agboville (PNLS)
- Réunion de sensibilisation et de renseignement du tableau de bord pour les maladies avancées et le traitement antirétroviral, le 28 au 30 août 2024 (PNLS)
- Réunion du GTT soins et traitement pour l'élaboration et validation des plans d'action pays (IVSA et TARV différencié) et de suivi des recommandations, 28 au 30 août 2024 au PNLS
- Atelier d'échanges et de réflexions à l'attention des directeurs des centres sociaux sur la problématique des populations clés et des PVVIH, 16 au 18 décembre 24, Jacqueville, Hôtel Prunelle
- Réunion de validation de la stratégie d'intervention du projet IMPAACT 4 HIV de SOLTHIS, 19 décembre 2024 au Siège de Solthis à Marcory
- Deux (2) sessions de formation des médecins chefs des 37 centres antituberculeux focaux VIH pour la reconnaissance des anomalies radiologiques compatibles avec une tuberculose, organisées par le PNLT du 26 au 28 septembre 2024 à Jacqueville (Hôtel Palm Sud) et du 2 au 4 octobre 2024 à Grand Bassam (Hôtel Mantchan) avec l'appui financier du PEPFAR
- Atelier de révision et de validation des directives nationales de prévention et prise en charge du VIH/SIDA en CI, 03 au 07 mars 2024, Grand Bassam (PNLS)
- Atelier de pré-validation de l'analyse situationnelle et rédaction de la stratégie nationale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, du 17 au 23 mars 2024 à Jacqueville (PNLCA)
- Atelier de validation de la stratégie quinquennale nationale visant à accélérer l'élimination du Cancer du col de L'Utérus en tant que problème de Santé Publique, le 31 mai 2024 à Yamoussoukro (PNLCA)
- Atelier de réactivation des sites du SUCCESS (Scale Up Cervical Cancer Elimination by Secondary prevention Strategy), du 21 au 25 octobre 24 à Yamoussoukro (PNLCA),
- Atelier de validation du manuel des procédures d'assurance qualité-projet SUCCESS, du 09 au 13 décembre 24, à Grand Bassam (PNLCA)
- Atelier de formation des formateurs des cadres du Ministère de la justice et des droits de l'homme sur les droits de l'homme en lien avec le VIH et la tuberculose en Côte d'Ivoire, du 16 au 19 décembre 2024 (ENDA SANTE)
- Mission de supervision intégrée du niveau central vers les services extérieurs, 07 au 13 juillet 24 (DGS)

- Atelier de révision et de validation des directives nationales de prévention et prise en charge du VIH/SIDA en CI, du 03 au 07 mars 24, à Grand Bassam (PNLS)
- Atelier d'élaboration du rapport national VIH 2024, du 23 au 30 mars 24, à Agboville (PNLS)
- Organiser des réunions trimestrielles dans le cadre des équipes régionales de santé pour la revue des performances des districts au niveau de deux régions sanitaires sous la supervision de la DGS et du PNLS, du 07 au 13 juillet 24 (PNLS/DGS)
- Organiser des missions de coaching annuel sur la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH dans les structures à faible performance, du 22 au 26 juillet 24 à Doropo/Méagui

2. Difficultés

Au cours de l'année 2024, les difficultés suivantes ont été rencontrées dans la mise en œuvre de certaines activités :

- Insuffisance de diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH du fait de la faible qualité de screening de la tuberculose, de l'insuffisance d'implication du personnel qualifié, de la sous notification dans les outils de gestion ; conséquence : faible taux de cas présumé TB chez les PVVIH 3% (la norme varie entre 10 et 15%)
- Insuffisance de l'offre TPT chez les PVVIH (couverture 42%), malgré la résolution des difficultés d'approvisionnement et l'introduction de la bithérapie (3HP)
- Ressources financières insuffisantes pour renforcer le programme en matière de dépistage de cas de tuberculose parmi les PVVIH et la couverture TPT

3. Recommandations

Au CDC/PEPFAR

- Augmenter les ressources financières pour renforcer les acquis du programme en matière de lutte conjointe tuberculose et VIH

Au PNLS

- Intégrer les indicateurs du TPT chez les PVVIH dans DHIS2

Aux DDS/DRS

- Sensibiliser les responsables des structures de santé et leurs prestataires sur la recherche active de la TB chez les PVVIH, la mise en œuvre TPT et le contrôle de l'infection tuberculeuse en milieu de soins, au cours des réunions des ECD/ERS

Aux prestataires des sites de PEC VIH & TB (TPT)

- Collecter correctement les données relevant des indicateurs de recherche active de la TB et du TPT dans les outils primaires et de rapportage

- Appliquer les directives sur l'utilisation de la LF_LAM pour la recherche de cas de tuberculose

4. Défis/ Perspectives 2025

a. Défis

- Renforcement des organes de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant au niveau régional (DRS) et district (DDS)
- Amélioration de la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH pour atteindre un taux de recherche active de plus de 90 % dans les structures de PEC du VIH
- Suivi de la mise en œuvre du TPT chez les PVVIH sur toute l'étendue du territoire (rapportage des données dans DHIS2 ++)
- Application des techniques innovantes tels que l'utilisation de la LF_LAM pour la recherche de cas de tuberculose ; l'initiation et l'achèvement du TPT chez les PVVIH

b. Perspectives

- Poursuivre le fonctionnement de l'organe coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant au niveau central (GTT)
- Organiser des sessions de formation des prestataires issus des structures retenues pour la mise en œuvre de la TP
- Organiser des missions de suivi des activités de TPT sur les sites de prise en charge des PVVIH en collaboration avec les Médecins des CAT.
- Reproduire et diffuser les outils de collecte de données et les documents normatifs du TPT (algorithme, carte de traitement, guide, registre, dossiers patients, rapports mensuels d'activités, etc.) dans les structures de prise en charge du VIH
- Organiser des missions de coaching des prestataires dans les structures de prise en charge du VIH sur la recherche active de la TB chez les PVVIH

V. TUBERCULOSE PHARMACORESISTANTE

1. Activités

a. Activités planifiées et réalisées

➤ **04 réunions du comité technique ont été tenues sur les 4 prévues.**

Les thématiques abordées étaient les suivantes :

- Présentation du draft des directives TBMR version 2022
- Prise en charge communautaire des patients atteints de TBMR
- Présentation des résultats de la 4e enquête de pharmacorésistance
- Point de la prise en charge des patients TBMR dans les sites d'Abidjan
- Comparaison des résultats des cohortes T1 2022 et T1 2023 provenant des 6 CAT d'Abidjan dû à une baisse de la notification et du succès thérapeutique

- Réflexion sur la problématique des usagers de drogue atteints de tuberculose pharmaco résistante
- Validation des outils de gestion de la TBMR

➤ **Mission de suivi des activités de prise en charge des patients TBMR dans les CAT**

Ces missions de suivi des activités de prise en charge des patients TBMR ont été réalisées dans 08 CAT les moins performants. Elles avaient pour but d’apprécier la qualité de la prise en charge des patients atteints de tuberculose pharmaco résistante.

➤ **Formation des aides-soignantes sur les nouvelles interventions de lutte contre TB : TPT, TBMR, protocole BPAL/BPALM**

Une formation de 21 aides-soignantes sur les nouvelles interventions de la lutte antituberculeux a été réalisée et a permis de renforcer les capacités de ces agents de santé

➤ **Suivi de l’appui alimentaire et de l’appui au transport des patient s TBMR**

Les patients TBMR mis en traitement ont bénéficié d’un appui alimentaire et d’un appui au transport qui ont fait l’objet d’un suivi par le service de prise en charge de la TBMR

➤ **Suivi de la réalisation du bilan biologique des malades sous traitement**

Les patients TBMR mis en traitement dans les CAT d’Abidjan et de l’intérieur ont bénéficié du bilan biologique initial et de suivi.

➤ **Suivi du convoyage par UTB des échantillons de crachat des CAT vers les laboratoires centraux IPCI, CeDReS**

Nombre d’enlèvements réalisés	Nombre d’échantillons enlevés	Montant (FCFA)
2 162	6 596	30 588 000
Pour le cas spécifique du CAT de Yopougon, il y a eu le retour de 4458 résultats de culture et de GeneXpert du CePReF vers les CDT		

➤ **Prise en charge**

Protocoles utilisés

Le protocole court de 9 mois : **(4-6) Bdq-Mfx (Lfx)-Eto-H-Cfz-E-Z/ 5-Mfx (Lfx)-Cfz-E-Z** est en vigueur depuis 2021.

La Côte d’Ivoire a adopté le protocole de traitement court de 6 mois conformément aux nouvelles recommandations de l’OMS de 2022. Deux régimes sont utilisés pour ce protocole

- Un régime composé de Bédaquiline, Prétomanide, Linézolide et Moxifloxacine (BPAL(M)) peut être proposé aux patients présentant une TB-RR/MR avec une sensibilité conservée aux fluoroquinolones.
- Un régime composé de Bédaquiline, prétomanide et Linézolide (BPAL) peut être proposé aux patients présentant une TB-RR/MR avec une résistance aux fluoroquinolones (pré-UR) qui n'ont jamais été exposés à la Bédaquiline et au Linézolide.

Ce traitement est indiqué dans les cas suivants :

- Patients atteints de TB-RR/MR avec ou sans résistance aux fluoroquinolones (pré-UR) ;
- Patients avec une tuberculose pulmonaire confirmée et toutes les formes de tuberculose extrapulmonaire exceptée la tuberculose du système nerveux central, ostéoarticulaire et disséminée (miliaire) ;
- Adultes et adolescents âgés de 14 ans et plus ;
- Tout sujet indépendamment du statut VIH ;
- Patients avec une exposition préalable de moins d'un mois à la Bédaquiline, au Linézolide, au prétomanide, ou au Délamanide. Lorsque l'exposition est supérieure à 1 mois, ces patients continuent de recevoir ces protocoles si la résistance à ces médicaments spécifiques a été exclue.

Dans l'attente de la disponibilité des médicaments en quantité suffisante, 12 patients ont bénéficié du traitement BPAL/M en 2024.

b. Activités non planifiées

Le PNLT a acquis 10 nouveaux électrocardiographes et 150 bobines à ECG pour le renforcement de la prise en charge de la TB pharmacorésistante en vue de doter les 10 nouveaux CAT en appareils à ECG.

Le PNLT a participé aux :

- Stage de perfectionnement sur la prise en charge TBMR à Ouagadougou au Burkina Faso du 27 au 31 mai 2024.
- Congrès de Pharmacovigilance à Rabat au Maroc du 17 au 19 Octobre 2024
- Cours International sur la Tuberculose Multirésistante à Douala au Cameroun du 05 au 11 octobre 2024.

2. Difficultés

Les difficultés suivantes ont été rencontrées dans la prise en charge des patients TBMR sont :

- Non mise sous traitement de tous les patients dépistés TBMR (motifs : dénis, refus, décès, perdus de vue, mobilité transfrontalière)
- Persistance de la non application du TDO strict par certains sites dans la prise en charge des patients TBMR

- Non réalisation systématique de l'enquête d'entourage à l'endroit des patients TBMR par les ASC
- Insuffisance dans la notification des effets indésirables chez les patients sous traitement
- Insuffisance dans la promptitude de la transmission des rapports trimestriels par les CAT au service TBMR
- Non observance du traitement par les Usagers de Drogue dépistés TBMR
- Insuffisance dans la disponibilité des médicaments nécessaires pour la gestion des effets indésirables
- Difficultés liées à l'hospitalisation des malades TBMR éligibles

3. Recommandations

➤ PNLT

- Approvisionner les CAT des médicaments nécessaires pour la gestion des effets indésirables

➤ ALLIANCE CI

- Poursuivre la formation des ASC à la prise en charge communautaire des patients TBMR
- Doter les ASC d'équipement de protection individuelle (APR)
- Veiller à la réalisation de l'enquête d'entourage des patients TBMR par les ASC
- Organiser la prise en charge des patients TBMR Usagers de Drogue en collaboration avec Médecins du Monde et le PNLT

➤ CAT

- Amélioration de l'implication des médecins-Chefs dans la prise en charge des des patients TBMR
- Veiller à la réalisation de la culture du MO de tous les patients dépistés TBMR
- Veiller à l'application strict du TDO chez les patients TBMR et aux consultations mensuelles
- Veiller à la réalisation des examens biologiques complémentaires des patients TBMR
- Améliorer la notification des effets indésirables chez les patients TBMR
- Améliorer la promptitude de transmission des rapports trimestriels

➤ IPCI/CeDReS

- Améliorer le délai de transmission trimestrielle des résultats de dépistage de l'ensemble des sites au PNLT via le service TBMR
- Améliorer le délai de rendu des résultats de culture aux sites de prise en charge des patients TBMR

4. Défis/ Perspectives 2025

- Assurer l'implantation cochléaire des 10 patients en attente
- Former les prestataires des 10 nouveaux CAT à la réalisation de l'ECG

- Poursuivre le coaching des prestataires impliqués dans la prise en charge des patients TBMR sur les sites non performants
- Veiller à la disponibilité des médicaments nécessaires à la gestion des effets indésirables sur les sites de prise en charge des patients TBMR
- Veiller à la réalisation des enquêtes d'entourage des patients TB pharmaco résistants en lien avec Alliance CI

VI. COMMUNICATION ET SUIVI COMMUNAUTAIRE

1. Activités

En plus des activités programmées et/ou financées dans le cadre des projets du programme, le personnel du service a contribué à la mise en œuvre des actions menées par d'autres programmes et institutions partenaires.

a. Activités planifiées

➤ Réunions du Groupe Technique Partenariat Tuberculose (GTPT)

Quatre (04) réunions trimestrielles ont été organisées.

- La première réunion du GTPT a permis au Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale de présenter les opportunités de prises en charge des personnes atteintes surdité à l'issue du traitement de la tuberculose multirésistante.
- La deuxième rencontre a été l'occasion pour l'Ordre des Pharmaciens de Côte d'Ivoire (ONPCI) de présenter le projet pour l'implication des pharmacies privées dans la lutte contre la tuberculose.
- Les troisième et quatrième rencontre ont été l'occasion de l'élaborer le draft du dossier cadre de collaboration composé d'un document cadre, de deux annexes : l'annexe décrivant les missions des partenaires impliqués dans le cadre de collaboration et le plan d'action de mise en œuvre du cadre.

➤ Journée Mondiale de Lutte contre la Tuberculose

Elle a été organisée le 27 mars 2024 à Songon Dagbé et couplée à un dépistage actif de la tuberculose à travers deux stratégies couplées la radio pulmonaire et le transport de crachats dans 5 villages de Songon dont Songon Abiathé 2, Songon Dagbé, Songon Agban, Songon Godoumé et Songon N'Brathé. Ce dépistage a contribué à l'identification de 03 cas confirmés TPB+.

➤ Réunions de la Taskforce tuberculose

Deux (02) réunions tenues sur quatre (04) prévues : les deux sessions ont permis de renforcer les capacités des parties prenantes à l'élaboration d'articles scientifiques à publier dans les revues spécialisées.

➤ Collaboration avec l'ONG Alliance CI

Deux (02) activités ont été réalisées sur quatre (04) prévues. Ces rencontres avaient pour but de présenter les résultats des Sous-Récepteurs de l'ONG Alliance CI, évaluer la contribution communautaire et de débattre de tout autre sujet d'intérêt.

- Campagne de sensibilisation et de dépistage actif lors de la CAN 2024 avec la participation des CAT localisés dans les villes hôtes de la compétition (voir annexe 1).
- Diffusion de spots sur la tuberculose et l'hygiène à la toux autour de la JMT 24 à travers la radiotélévision diffusée nationale avec la contribution du RMDEC (financement PEPFAR/COP22).
- Production d'un film sur les activités mises en œuvre dans le cadre du NFM3.

b. Participation aux activités des autres structures

Dans le cadre de la collaboration avec les autres institutions, le PNLT a participé à plusieurs activités des structures sous tutelle du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), des autres institutions de l'Etat et des ONG nationales et internationales.

Avec le CCM

- Mise en commun du projet PEAHS ;
- Rencontre des PR des trois pathologies (VIH-TB-Palu).

Avec la DSCSP

- GTT révision du Paquet Minimum d'Activité des Agents de Santé communautaire ;
- Révision du cahier des charges des coordonnateurs d'activités communautaires (CAC) Région et District ;
- Atelier d'élaboration et validation du Guide national de fonctionnalité des GAC ;
- Plan de communication du plan stratégique national de la santé communautaire de Côte d'Ivoire (PSNSC-CI) 2022 – 2025 ;
- Atelier de validation du cahier des charges des Coordonnateurs des Activités Communautaires (CAC) Région et District ;
- Atelier d'élaboration des modules de formation sur le Diagnostic Communautaire (DC) à l'endroit des membres du GAC ;
- Atelier de validation des modules de formation sur le Diagnostic Communautaire (DC) à l'endroit des membres du GAC ;
- 02 réunions semestrielles du comité central du cadre de coordination permanent des acteurs impliqués dans la santé communautaire (CCPPISC) ;
- 04 réunions trimestrielles du sous-groupe thématique coordination et planification du cadre de coordination permanent des acteurs impliqués dans la santé communautaire (CCPPISC).

Avec ALLIANCE-CI :

- ✓ Réunion de coordination du programme communautaire (Fond Mondial) Bouaké ;

- ✓ Réunion de coordination du programme communautaire (Fond Mondial) Abengourou ;
- ✓ Réunion de coordination du programme communautaire (Fond Mondial) Man ;
- ✓ Restitution de l'étude CRG.

Avec le PNSM

- ✓ La Journée Mondiale de la santé Mentale.

Avec ONUSIDA

- ✓ Réunions du groupe consultatif du GCC/CLM.

Avec le PNPM

- ✓ 1^{ère} édition de la semaine de la médecine traditionnelle ;
- ✓ 2 expositions de la médecine traditionnelle avec prise en charge de la tuberculose organisé par le PNPM.

Avec le MSHP-CMU

- ✓ Plan d'action mutualisé avec la DCRP ;
- ✓ Formation sur le leadership en communication stratégique ;
- ✓ La réunion trimestrielle des chargés de communication du Ministère de la Santé des structures sous tutelles.

Avec ENDA santé

- ✓ Atelier bilan de renforcement des capacités des acteurs de la Direction des Droits de l'Homme ;
- ✓ GTT droits humains avec la DDH ;
- ✓ Validation du draft 0 du rapport triennal VIH, Droits humains et tuberculose avec la DDH.

Avec le COLMTR

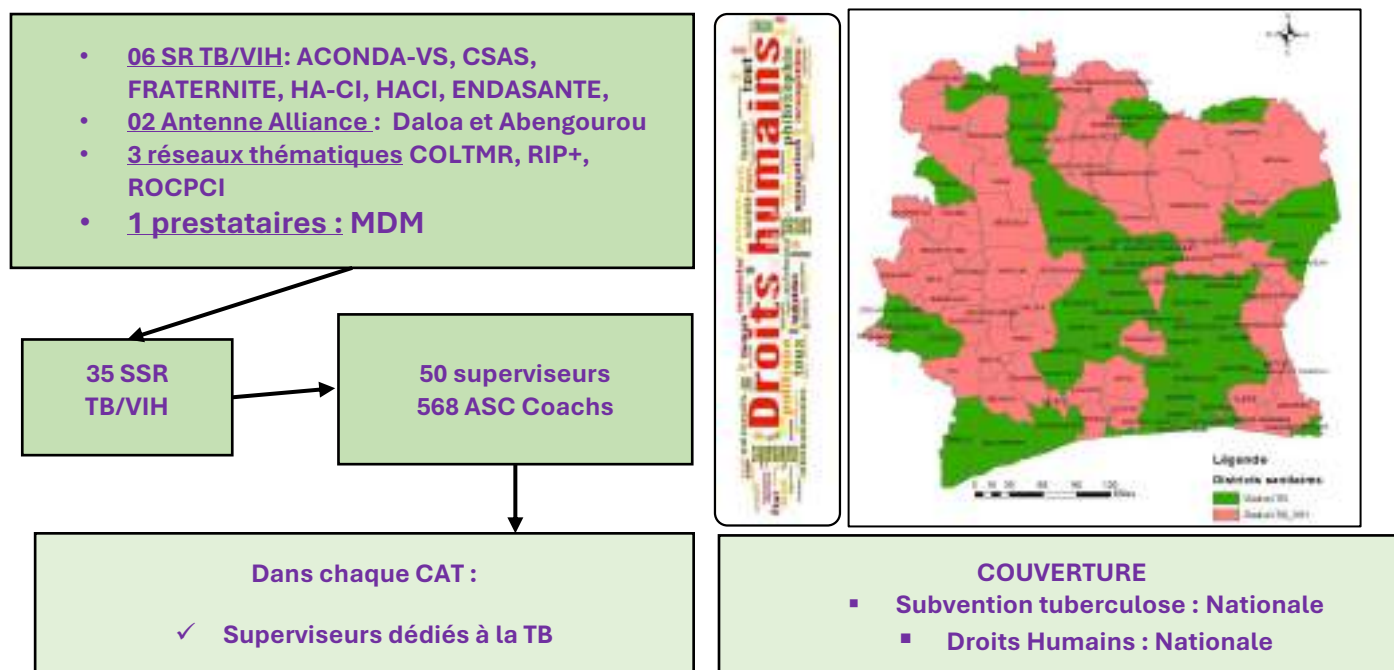
- ✓ Atelier de rédaction du plan d'action de l'étude CRG ;
- ✓ Tournée de sensibilisation dans les zones à forte stigmatisation (CRG) ;
- ✓ Formation des prestataires de santé et anciens malades sur l'utilisation de l'outil One Impact, Dabou.

Avec le PNLS

- ✓ Atelier de formation des gestionnaires de données sur les droits humains, Jacqueville ;
- ✓ Atelier de formation des gestionnaires de données sur les droits humains, Agboville.

2. Interventions communautaires

Le PNLT collabore avec Alliance CI, récipiendaire principal du FM pour la mise en œuvre du volet communautaire pour les subventions TB et VIH.



La couverture des interventions est nationale pour la subvention TB, Droits Humains.

	1494 acteurs communautaires					
	Superviseurs TB	Educateurs de pairs des MAC	Conseillers communautaires des MAC	ASC Coach	ASC Coach autres services	Parajuristes
Nombre d'acteurs communautaires	50	224	44	568	472	136
Sites	113 DDS	35 MAC		367 CAT/CDT	304 conseillers communautaires	113 DDS

Alliance CI a collaboré avec comme structures d'encadrement :

- 06 sous-réceptaires TB/VIH : ACONDA-VS, CSAS, FRATERNITE, HA-CI, HACI, ENDASANTE
- 02 antennes Alliance : Daloa et Abengourou
- 3 réseaux thématiques : COLTMR, RIP+, ROCPCI
- 1 prestataire : Médecins Du Monde
- 35 sous-sous-réceptaires TB/VIH

Au total 1494 acteurs communautaires ont été déployés.

3. Lutte contre la tuberculose dans le secteur privé

Les structures de santé privées jouent un rôle dans le dépistage, la référence, le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose ;

Parmi les CDT, on comptait 14 infirmeries d'entreprises privées, 03 cliniques privées et 13 centres privés confessionnels.

Ces structures ont notifié au total 1 157 cas de tuberculose.

Quatre (04) cas de TB pharmaco-résistante ont été référés par des cliniques privées (voir annexe4).

Tableau XV: Structures privées en 2024

	Régions	District	CDT	TB toutes formes	Nouveaux cas et rechutes TB toutes formes
PRIVE CONFESIONNEL	ABIDJAN 1	ABOBO EST	CM PRIVE CONFESIONNEL ST COEUR d'ABOBO-TE	101	98
	ABIDJAN 1	ABOBO EST	CMS PRIVE ONG ACID	103	100
	ABIDJAN 1	ABOBO OUEST	CMS El Rapha	108	108
	ABIDJAN 1	ABOBO OUEST	FSU-DM PUBLIC COMMUNAUTAIRE de ANONKOUA-KOUTE	253	252
	BERE	DIANRA	CSU-PC JOSEPH ALLAMONO DIANRA-VILLAGE	10	10
	BERE	MANKONO	CSC-ND CONSOLATA de MARANDALLAH	10	10
	GBEKE	BOUAKE-SUD	HG CONFESIONNEL Ste Camille de BOUAKE-SUD	66	63
	GRANDS PONTS	DABOU	HG CONFESIONNEL Protestant de DABOU	61	61
	INDENIE-DUABLIN	ABENGOUROU	CSU-DM CONFESIONNEL Maria Grazia Balbuzia de YAKASSE FEYASSE	21	20
	N'ZI	DIMBOKRO	CSU-D CONFESIONNEL NDA de DIMBOKRO	3	2
	PORO	KORHOGO 1	CMS Baptiste de TORGOKAHA	5	5
	SAN PEDRO	SAN-PEDRO	CSUS-CDV PRIVE Centre Espérance APROSAM de SAN PEDRO	32	30
	TCHOLOGO	FERKESSEDOUGOU	HG CONFESIONNEL BAPTISTE de FERKESSEDOUGOU	30	30
	TCHOLOGO	OUANGOLODOUGOU	CSU-DM CONFESIONNEL Cesaco Piansola de OUANGOLODOUGOU	34	33
				837	822
PRIVE LUCRATIF	ABIDJAN 1	ABOBO EST	CMS PRIVE GRAND CENTRE MEDICAL (ROUTE DE AKEÏKOI)	13	11
	ABIDJAN 2	COCODY BINGERVILLE	POLYCLINIQUE INTERNATIONALE SAINTE ANNE-MARIE (PISAM)	30	30
	ABIDJAN 2	TREICHVILLE-MARCORY	CSUS-CDV PRIVE Clinique de Confiance de BIETRY	69	40
				112	81
ENTREPRISES PRIVEES	ABIDJAN 1	YOPOUGON-OUEST SONGON	CM PRIVE Niekya de SONGON KASSABLE	3	3
	BAFING	KORO	CMS PRIVE Complexe Sucrier de BOROTOU	10	10
	GBOKLE	SASSANDRA	CMS PRIVE de BOLO	7	7
	GRANDS PONTS	JACQUEVILLE	CMS PRIVE Centre Médical PALMCI de IROBO	37	37
	HAMBOL	NIKARAMADOUGOU	CMS SUCAF CI de TAFIRE	10	10
	MARAHOUÉ	ZUENOULA	CMS PRIVE Complexe Sucrier de ZUENOULA	5	5
	NAWA	SOUBRE	CMS SIPEFI-CI OTTAWA	16	16
	SAN PEDRO	SAN-PEDRO	CMS PRIVE SAPH de SAN-PEDRO	33	32
	SAN PEDRO	SAN-PEDRO	CMS PUBLIC SOGB de GRAND-BEREY	28	28
	SAN PEDRO	TABOU	CMS PRIVE de IBOKE	8	8
	SAN PEDRO	TABOU	CMS PRIVE de NEKA	9	9
	SUD-COMOE	ABOISSO	CMS PRIVE de EHANIA	11	11
	TCHOLOGO	FERKESSEDOUGOU	CMS PRIVE Sucaf 1 de FERKESSEDOUGOU	31	30
				208	206

4. Recherche

En 2024, le PNLT en collaboration avec l'ONG Alliance CI et le COLTMR avec l'appui du Fonds Mondial a achevé l'étude d'évaluation CRG (Community Right and Gender) pour le compte de la Côte d'Ivoire.

Cette étude a permis de générer des informations stratégiques pour éclairer les interventions transformatrices de la riposte à la tuberculose en vue de l'équité fondée sur les droits et centrée sur les personnes. L'étude a mis en exergue le profil sociodémographique et épidémiologique des malades

5. Difficultés

- Insuffisance de matériels de communications (Micro, infographie, montage, ...) ;
- Retard de transmission des informations relatives à la tenue des réunions du PNLT et d'autres structures extérieures ;
- Absence du service communication dans l'organisation des réunions et missions du Directeur Coordonnateur du PNLT ;
- Manque de formation des membres du service communication en stratégies de communication.

6. Défis/ Perspectives 2025

a. Défis

- Révision du Plan de communication tuberculose incluant le plan communautaire et public ;
 - Renforcement des capacités en communication pour le changement de comportement social et mobilisation communautaire du personnel du service communication ;
 - Insuffisance des outils de communication ;
 - Financement insuffisant voire inexistant pour la communication sur la tuberculose
- Suivi effectif des activités de sensibilisation et d'information dans les régions/districts (affiches, informations auprès de la population sur la connaissance sur la tuberculose)

b. Perspectives

- Renforcer la sensibilisation de la TB à travers les réseaux sociaux ;
- Réviser et moderniser le plan de communication ;
- Renforcer les capacités en communication pour le changement social et comportemental
- Renforcer la collaboration avec les autres services du PNLT pour faciliter la communication sur les actions menées au niveau du programme ;
- Améliorer la communication institutionnelle ;
- Renforcer les capacités du personnel du service en infographie, la photographie et les montages etc.
- Mettre en place un pressbook

VII. GESTION DE PROGRAMME ET SUIVI ET EVALUATION

1. Activités

a. Activités planifiées

- Retraite bilan du PNLT pour rédiger le rapport annuel d'activités de la lutte contre la tuberculose à l'intention des membres de la direction de coordination du 24 février au 1^{er} mars 2024 à Jacqueville
- Atelier bilan annuel de discussion et d'échanges sur le rapport annuel du PNLT avec le niveau régional et les partenaires du 05 au 09 mai 2025 à Yamoussoukro
- Revue interne du PSN TB 2021-2025 du 21 au 25 octobre 2024 à Agboville
- Mission de coaching sur le DHIS2 dans 06 structures de santé (CAT Korhogo, CAT Bouaké, CAT Yamoussoukro, CAT Dimbokro, CAT Soubré, CAT Aboisso, CAT Adzopé)
- Mission semestrielle de suivi de la lutte contre la tuberculose dans les CAT/CDT/MAC

b. Activités non programmées et participé aux activités des structures du MSHPCMU et partenaires

Le service suivi et évaluation du PNLT a participé aux activités :

	Activités	Structures	Date	Lieu
1	Atelier d'harmonisation des méthodes d'estimation des données de population des programmes de santé	DIS	26 février - 1 ^{er} mars	Grand -Bassam
2	Visite de site du Fonds-Mondial dans les régions Abidjan-Marahoué-Haut-Sassandra-Tonkpi-Nawa et San-Pedro	PNLT	27 février - 06 mars	Abidjan-Marahoué-Haut-Sassandra-Tonkpi-Nawa, San-Pedro
3	Atelier d'élaboration de la feuille de route des subventions du Fonds-Mondial en lien avec la santé communautaire	DSCPS	03 - 04 avril	Grand-Bassam
4	Revue à mi-Parcours (RAMP) du plan National de Développement (PNDS) 2021-2025 (Première Réunion de Comité Technique de Coordination)	DPPS	09 avril	INSP
5	Réunion trimestrielle du sous-groupe thématique Suivi évaluation du cadre de concertation permanent de la santé communautaire.	DSCPS	17 - 20 avril	Grand -Bassam
6	Mission de supervision du dénombrement des ménages et de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide	PNLP	13 - 31 Mai	Côte d'Ivoire
7	Quatrième session de formation de formateurs nationaux pour le déploiement de l'application mSupply	DAP	10 - 14 juin	Yamoussoukro
8	Revue à mi-Parcours (RAMP) du plan National de Développement (PNDS) 2021-2025 (Réunion de Comité Technique de Coordination)	DPPS	18-juin	Abidjan
9	Capacity Building for Management and Evaluation of Health System in Côte d'Ivoire	KOICA	01 - 11 juillet	Corée

10	Revue à mi-Parcours (RAMP) du plan National de Développement (PNDS) 2021-2025 (Atelier de Concertation Régionale)	DPPS	19 - 23 août	Yamoussoukro
11	Atelier de restitution de la mission Spot Check et d'analyse des données T2 2024 des subventions du Fonds Mondial.	UCP-FM	20 - 24 août	Grand -Bassam
12	Atelier de formation des experts nationaux sur les modules de l'application mHEALTH.CI dans le cadre du projet pilote dans la région sanitaire du Poro	DSCPS	25 - 30 août	Adzopé
13	Plan de suivi et évaluation du PSN de la santé communautaire de Côte d'Ivoire	DSCPS	09 - 10 septembre	Yamoussoukro
14	Revue à mi-Parcours (RAMP) du plan National de Développement 2021-2025 (Atelier de consolidation des données du niveau central)	DPPS	09 - 12 septembre	Abidjan
15	Atelier d'orientation des acteurs de planification des directions centrales, programmes de santé et Instituts spécialisés, sur le guide national de planification et de budgétisation des interventions sanitaires	DPPS	17 - 20 septembre	Grand -Bassam
16	Revue à mi-Parcours (RAMP) du plan National de Développement (PNDS) 2021-2025 (Atelier de finalisation du rapport de la revue)	DPPS	07 - 11 octobre	Grand-Bassam
17	Atelier de validation des indicateurs communautaires	DSCPS/DIS	21 - 25 octobre	Yamoussoukro
18	Atelier de validation des outils communautaires révisés	DSCPS/DIS	25 - 28 octobre	Yamoussoukro
19	Revue à mi-Parcours (RAMP) du plan National de Développement (PNDS) 2021-2025 (Atelier de consolidation du rapport de la revue à mi-parcours du PNDS 2021-2025)	DPPS	28 - 31 octobre	Grand-Bassam
20	Troisième réunion trimestrielle des Sous-Groupes thématiques du cadre de concertation permanent des acteurs impliqués dans la santé communautaire (CCPISC)	DSCPS	24 - 28 novembre	Yamoussoukro
21	Atelier de validation du document de Planification Stratégique National de la lutte contre les Hépatites Virales en Côte d'Ivoire de 2025-2029	PNLHV	10 - 12 décembre	Yamoussoukro
22	Atelier de formation des utilisateurs finaux de l'application mhealth	DSCPS	10 - 23 décembre	INFAS Korhogo
23	Atelier de préparation de l'enquête démographique et de santé de CI 2025	DGP /ANSTAT	19 - 21 décembre	Grand -Bassam

Le plan d'action opérationnel a été exécuté à 100%

Concernant la saisie dans le DHIS2, la complétude était à 100% avec une cohérence à 99%.

2. Défis/ Perspectives 2025

a. Défis

- Amélioration des indicateurs
 - Accélérer la progression vers les objectifs de la stratégie ENDTB/ODD
 - Diminution de l'incidence avec une cible de 93/100 000 en 2026
 - Diminution de la mortalité avec une cible de 11/100 000 en 2026
 - Diminution des cas manquants avec augmentation de la notification des cas de Tb
 - Amélioration de la notification de la tuberculose pédiatrique
 - Amélioration du taux de succès thérapeutique
 - Réduction des décès liés à la Tb chez tous les cas de TB, y compris TB pharmacorésistance et TB/VIH (moins de 5%)
 - Maintien du taux de perdus de vue au niveau actuel (3%)
 - Amélioration du Traitement Préventif de la Tuberculose
- Disposition de données de qualité (complétude, cohérence, promptitude, exactitude ...)

b. Perspectives 2025

- Revue programmatique du PSN 2021-2025
- Revue épidémiologique de la tuberculose
- Rédaction du PSN 2026-2030
- Révision des outils de gestion de la tuberculose

RESULTATS 2024 DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

I. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE EN 2024

1. Principaux faits dans le monde en 2024 (Rapport mondial sur la tuberculose en 2025)

La tuberculose reste un problème de santé publique majeur dans le monde.

a. Incidence (cas incidents et taux d'incidence)

À l'échelle mondiale, en 2024, on estimait à 10,7 millions le nombre de personnes qui avaient contracté la tuberculose, soit un taux d'incidence de 131 nouveaux cas pour 100 000 habitants et 1,23 million en sont décédées, soit un taux de létalité était de 11,5%.

La tuberculose fait partie des dix premières causes de décès dans le monde et la première cause de décès imputable à un seul agent infectieux.

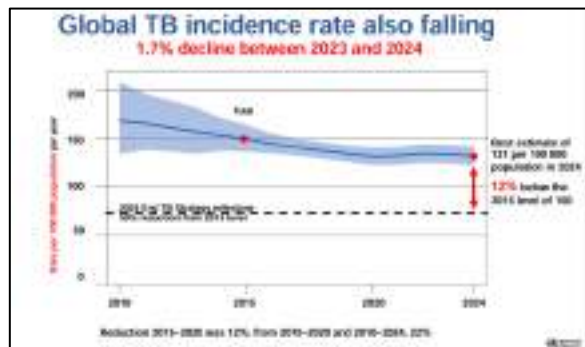
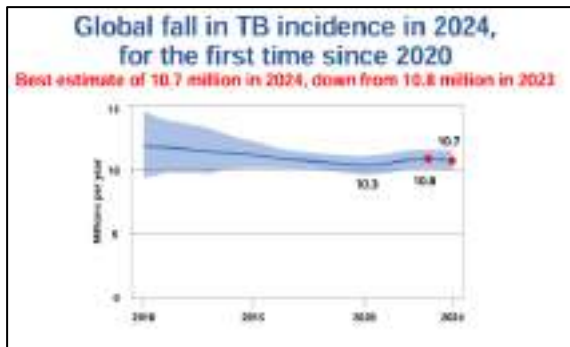
En 2024, La majorité des personnes qui ont développé la maladie, soit 87% du total mondial se retrouvaient dans 30 pays à forte charge de morbidité.



Huit (08) pays regroupaient 67% des cas incidents mondiaux : l'Inde (25%), l'Indonésie (10%), les Philippines (6,8%), la Chine (6,5%), le Pakistan (6,3%), le Nigéria (4,8%), la République démocratique du Congo (3,9%) et le Bangladesh (3,6%).

En 2024, des hommes représentaient 54%, les femmes 35% et les enfants 11% des cas incidents.

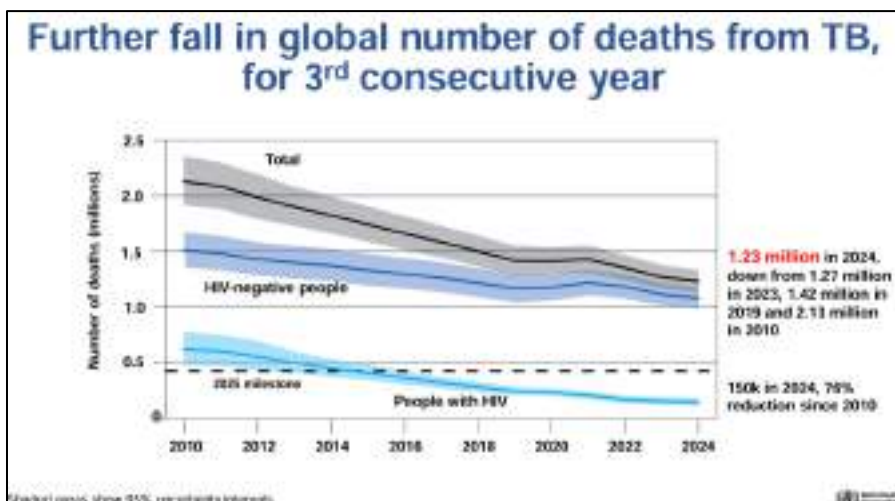
À l'échelle mondiale, le nombre de personnes atteintes de la maladie a diminué en 2024 (première baisse enregistrée depuis 2020), après 3 années consécutives d'augmentation (2021–2023) en raison des perturbations liées à la COVID. Une légère baisse (1%) des cas incidents en 2024 a été observée par rapport aux 10,8 millions enregistrés en 2023. Cependant, ils restent supérieurs au niveau de 2020 (10,3 millions).



Entre 2023 et 2024, on a observé une baisse plus importante (1,7%) du taux d'incidence de la tuberculose à l'échelle mondiale. Estimé à 131 pour 100 000 habitants en 2024, il est revenu au niveau de 2020.

b. Mortalité

À l'échelle mondiale, le nombre de décès dus à la tuberculose a également diminué en 2024. Le total de 1,23 millions représente une réduction de 3% par rapport aux 1,27 millions estimés en 2023.

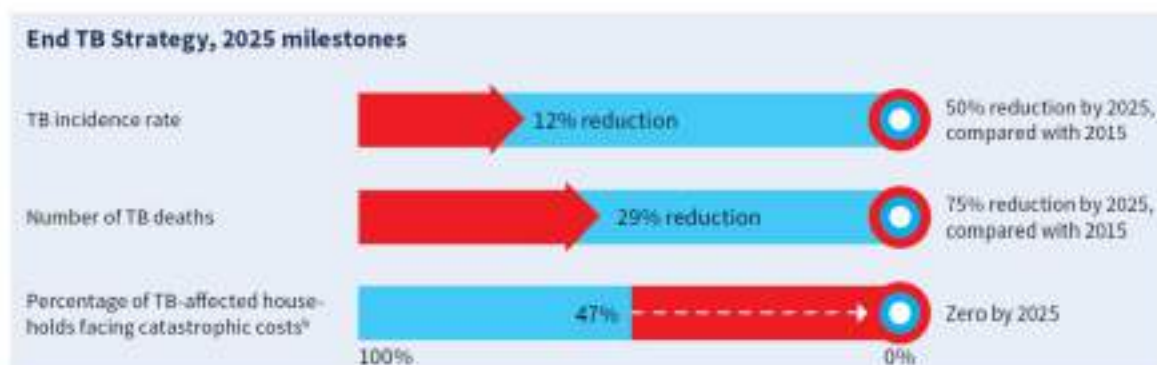


c. Progrès par rapport à 2015

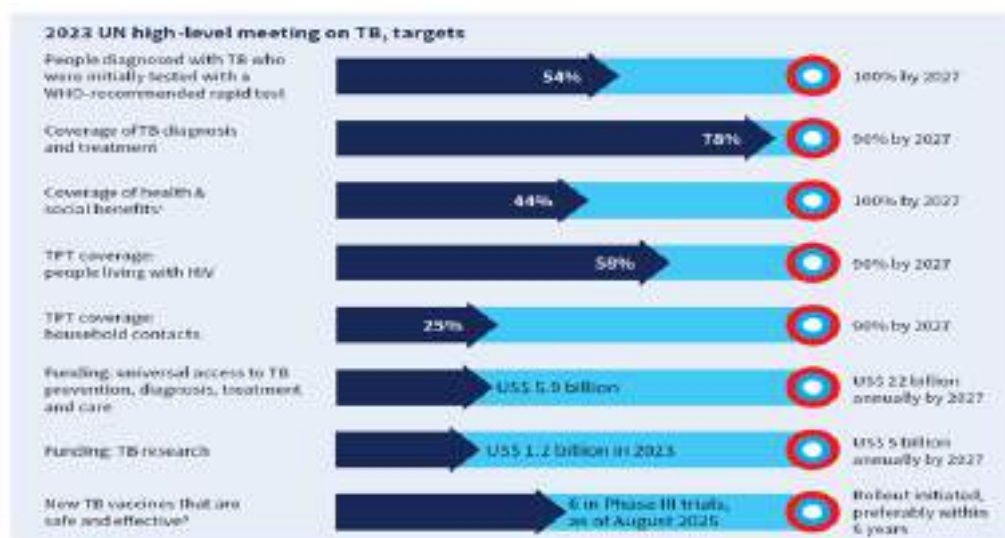
Après les revers enregistrés pendant la pandémie de COVID-19, la plupart des indicateurs évoluent dans la bonne direction et on observe des réussites au niveau régional et national. Les progrès accomplis dans la réduction de la charge de morbidité sont cependant loin des cibles de 2030 dans la plupart des régions du monde. L'évolution du paysage du financement menace ces progrès.

La réduction nette du taux d'incidence entre 2015 et 2024 a été de 12%, ce qui est loin du jalon prévu par la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose qui vise une réduction de 50% d'ici 2025 et de la cible de réduction de 80% d'ici 2030.

La réduction nette du nombre de décès entre 2015 et 2024 est impressionnante (29%), toutefois elle est encore loin du jalon prévu par la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose qui vise une réduction de 75% d'ici 2025, et de 90% d'ici 2030.



Entre 2015 et 2024, la Région africaine de l'OMS a enregistré une baisse de 28% du taux d'incidence de la tuberculose et de 46% du nombre de décès dus à la tuberculose. La Région européenne de l'OMS a enregistré des réductions de 39% et 49%, respectivement. Au total de 101 pays sont parvenus à réduire d'au moins 20% le taux d'incidence de la tuberculose et 65 pays ont atteint une réduction d'au moins 35% du nombre de décès dus à la tuberculose.



d. Notifications des pays

Au niveau mondial, 8,3 millions de personnes ont reçu un diagnostic de tuberculose en 2024, soit une légère augmentation par rapport aux 8,2 millions de 2023, soit 78 % des cas incidents estimés. Parmi eux, 54% ont bénéficié d'un diagnostic initial avec un test rapide, contre 48% en 2023.

Au total, 164 545 personnes ont reçu un traitement contre la tuberculose résistante à la rifampicine (TB-RR) en 2024. Cela représente 42% des quelque 390 000 personnes qui ont développé une tuberculose RR en 2024. La couverture est très proche de celle de 2023.

Le taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmaco sensible est resté élevé à 88%, et s'est amélioré à 71% pour la TB-RR. Entre 2000 et 2024, on estime que le traitement des personnes atteintes de tuberculose a permis d'éviter 83 millions de décès.

À l'échelle mondiale, 5,3 millions de personnes à haut risque de développer la tuberculose, ont bénéficié d'un traitement préventif de la tuberculose (TPT) en 2024, avec 3,5 millions de contacts étroits et 1,8 millions de personnes vivant avec le VIH. La couverture du traitement préventif de la tuberculose était de 58% chez les personnes vivant avec le VIH (contre 56% en 2023) et de 25% chez les contacts au sein du foyer (contre 20% en 2023).

e. Coûts catastrophiques

Un obstacle important à l'accès au diagnostic et au traitement de la tuberculose est le coût auquel sont confrontés les personnes atteintes de tuberculose et leurs ménages. En 2024, et environ 50% d'entre elles ont été confrontées à des coûts dépassant 20% du revenu annuel du ménage

f. Financement

Le financement de la lutte contre la tuberculose stagne et reste largement insuffisant. Le financement pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose s'élevait à 5,9 milliards de dollars USD en 2024, et le financement de la recherche sur la tuberculose s'élevait à 1,2 milliard USD en 2023. Ces chiffres représentent respectivement 27% et 24% des cibles mondiales (22 milliards USD et 5 milliards USD) par an d'ici 2027.

La baisse des financements des donateurs internationaux à partir de 2025 menace le financement global de la riposte à la tuberculose dans de nombreux pays.

g. Recommandations

Pour réduire davantage la charge de morbidité imputable à la tuberculose, il convient de :

- Améliorer la couverture des interventions de diagnostic, de traitement et de prévention de la maladie ;
- Agir sur les déterminants plus larges qui sont à l'origine de nouvelles infections ou augmentent le risque de développer la maladie une fois un sujet infecté : Les principaux déterminants du taux d'incidence de la tuberculose au niveau national sont le revenu par habitant et la prévalence de la dénutrition, de l'infection à VIH, du diabète, du tabagisme et des troubles liés à la consommation d'alcool.

- Agir sur les percées technologiques, comme un nouveau vaccin contre la tuberculose : Dix-huit vaccins contre la tuberculose sont en cours de développement clinique, dont six en essais de phase 3

Tous ces aspects dépendent de la disponibilité d'un financement adéquat

- Pour réduire ce fardeau économique, il faut accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et améliorer les niveaux de protection sociale.

Pour atteindre l'objectif consistant à mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose, auquel se sont engagés l'ensemble des États Membres de l'OMS et des Nations-Unis, il convient d'intensifier les efforts. Après les fortes réductions du financement par les donateurs internationaux en 2025, l'engagement politique et le financement national dans les pays à forte charge de morbidité de la tuberculose sont plus que jamais importants.

2. Épidémiologie de la tuberculose en Côte d'Ivoire en 2024

a. Incidence

En 2024, le taux d'incidence global était à 99 cas pour 100 000 habitants, soit un total 32 000 cas incidents.

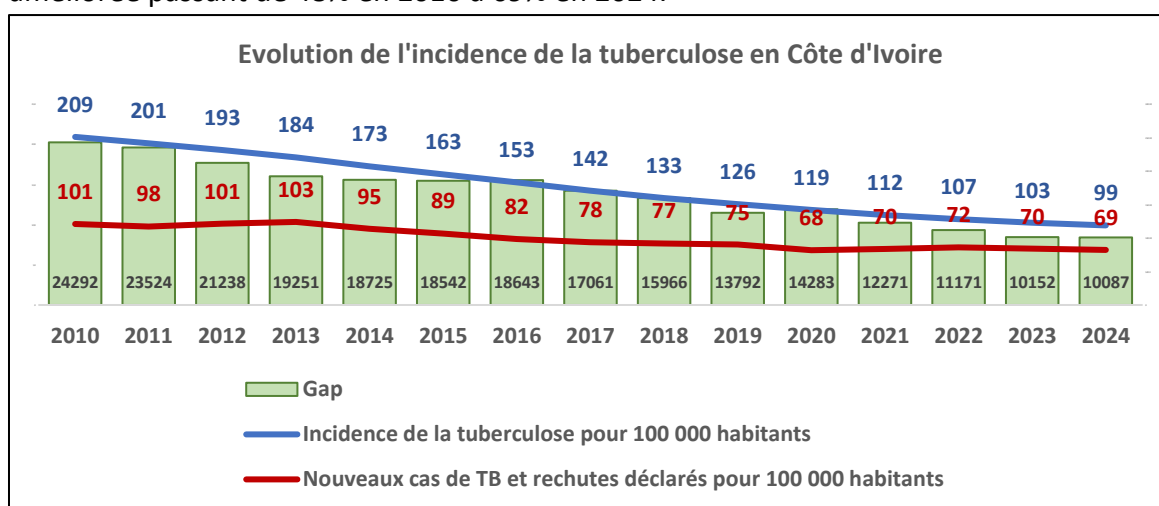


Parmi eux, on comptait 3 900 cas estimés de co-infection TB/VIH, soit une incidence de 12 cas TB/VIH pour 100 000 habitants ; et 840 cas estimés de tuberculose résistante à la rifampicine ou multirésistante, soit un taux d'incidence de 2,6 pour 100 000 habitants.

b. Evolution de l'incidence

	Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants	Nouveaux cas de TB et rechutes déclarés pour 100 000 habitants	Gap (Nombre de cas)	Couverture de traitement
2010	209	101	24292	48%
2011	201	98	23524	49%
2012	193	101	21238	52%
2013	184	103	19251	56%
2014	173	95	18725	55%
2015	163	89	18542	55%
2016	153	82	18643	54%
2017	142	78	17061	55%
2018	133	77	15966	57%
2019	126	75	13792	60%
2020	119	68	14283	58%
2021	112	70	12271	62%
2022	107	72	11171	67%
2023	103	70	10152	68%
2024	99	69	10087	69%

L'incidence de la tuberculose en Côte d'Ivoire est passée de 209/100 000 habitants à 99/100 000 habitants en 2024. Elle a diminué progressivement. La couverture de traitement s'est améliorée passant de 48% en 2010 à 69% en 2024.



Le gap cas estimés-cas notifiés a également diminué au fil des années. Il restait encore important en 2024 de 10 087 cas manquants. On constate une augmentation du gap entre 2019 et 2020 du fait de la COVID19.

c. Répartition des cas incidents par âge et sexe

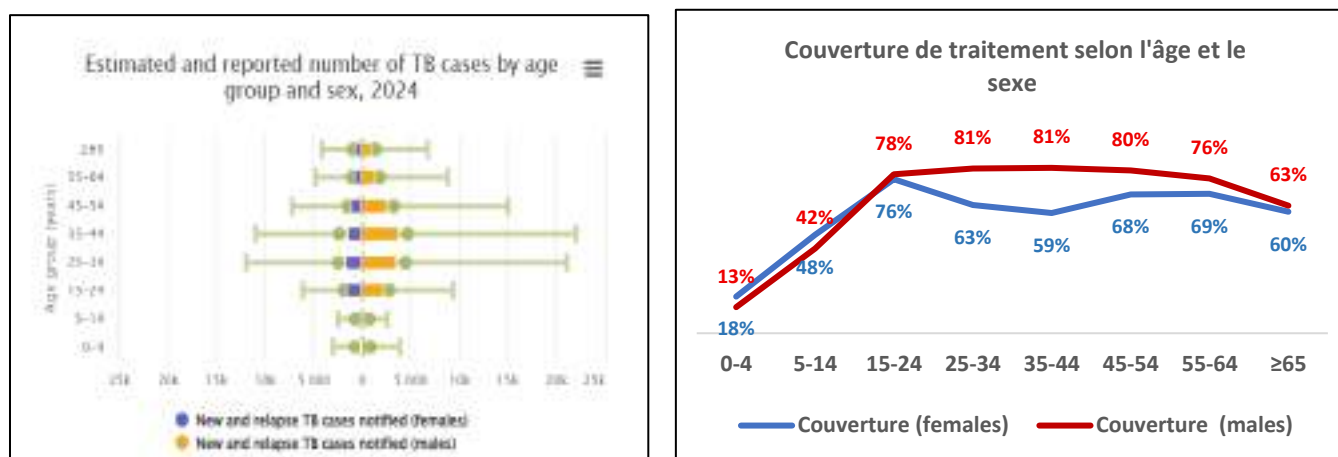


Figure 7 : Cas incidents et couverture de traitement par âge et sexe en 2024 (Source OMS)

Il existe une prédominance masculine chez les cas incidents sauf dans la classe d'âge 5-14 ans où le sex ratio est égal à 1.

On note des couvertures de traitement très faibles chez les enfants de 0 à 4 ans.

Chez les hommes, la couverture augmente ensuite pour atteindre un pic chez la classe d'âge 25-44 ans, puis elle diminue progressivement.

Chez les femmes, l'évolution de la couverture suit les mêmes tendances que chez les hommes. Elle est caractérisée par une baisse de la couverture entre 15 et 44 ans.

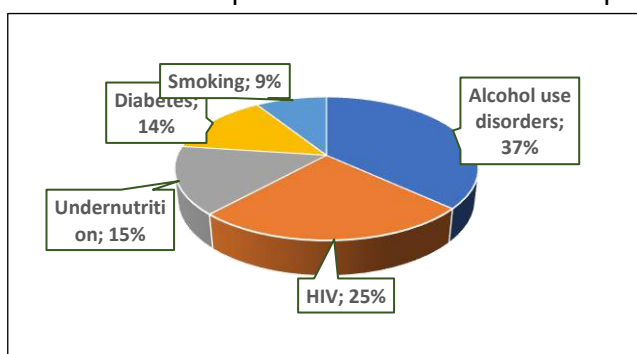
La couverture de traitement chez les femmes est plus importante chez les sujets de sexe féminin entre 0 et 24 ans. Cette tendance s'inverse à partir de l'âge adulte. Cela fait pourrait suggérer des problèmes d'accessibilité des femmes adultes au diagnostic de la tuberculose, mais également aux services de santé en général.

d. Facteurs de risque de la tuberculose

Selon l'OMS, en 2014, plus de 14 000 cas incidents ont été imputables à 05 facteurs de risque.

	Estimated number
Alcohol use disorders	5300
HIV	3600
Undernutrition	2200
Diabetes	2000
Smoking	1300
	14400

Source : OMS



II. Tuberculose pharmaco résistante

La prévalence de la tuberculose résistante à la rifampicine a connu une baisse aussi bien chez les nouveaux cas que chez les retraitements.

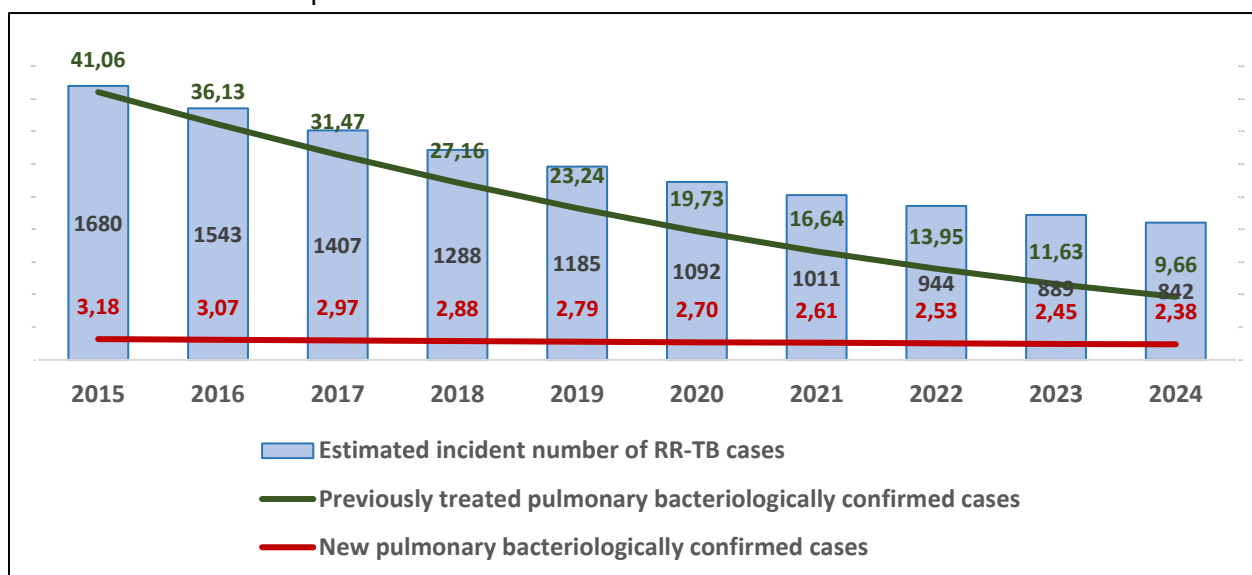


Figure 8 : Evolution de la prévalence de la tuberculose résistante à la rifampicine de 2015 à 2024 (Source : OMS)

Cela s'est traduit par une diminution progressive des cas estimés qui sont passés de 1680 à 842.

1. Mortalité

En 2024, le taux de mortalité chez les TB VIH négatif était à 13/100 000 habitants et de 3,7/100 000 habitants pour les TB VIH positifs, soit un taux global de 16,7 décès pour 100 000 habitants. Le nombre de décès était estimé à 5 400.

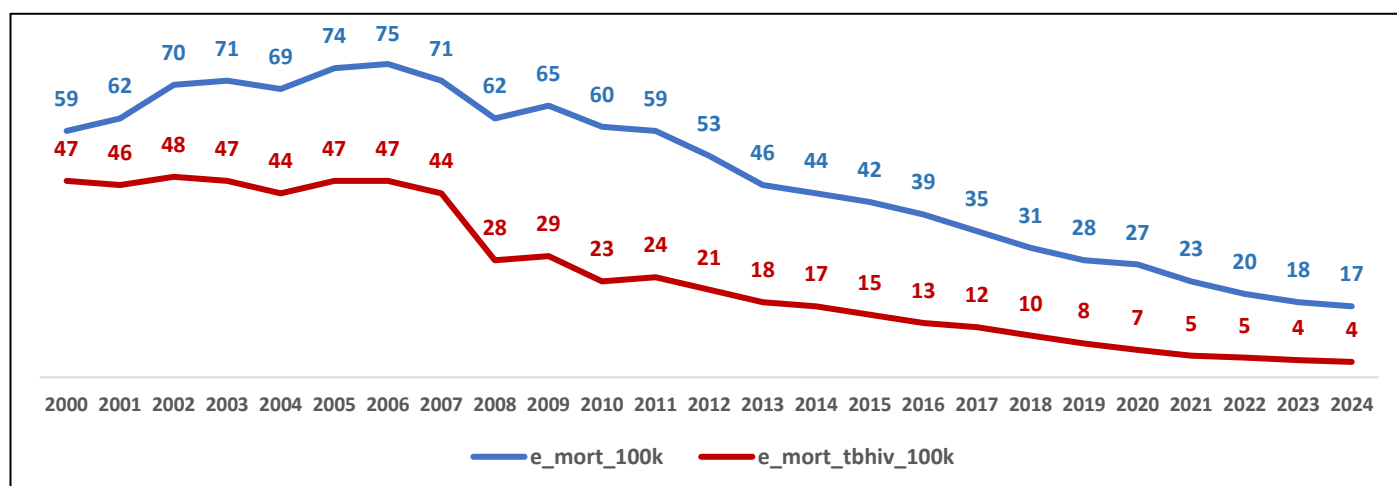


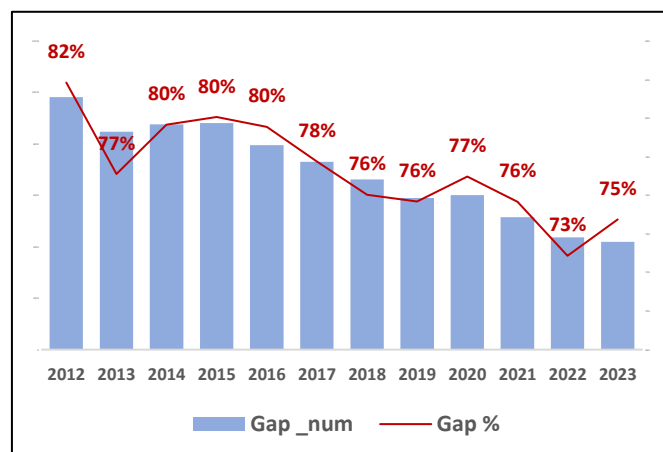
Figure 9 : Evolution du taux de mortalité de la tuberculose en Côte d'Ivoire de 2000 à 2024

Source : OMS

Le taux de mortalité global a connu une baisse importante. Il en est de même pour le taux de mortalité lié à la coinfection TBVIH.

2. Evolution du gap en décès estimés et décès estimés

	e_mort_num	newrel_died	Gap_num	Gap %
2012	12000	2178	9822	82%
2013	11000	2518	8482	77%
2014	11000	2237	8763	80%
2015	11000	2193	8807	80%
2016	10000	2045	7955	80%
2017	9400	2091	7309	78%
2018	8700	2085	6615	76%
2019	7800	1897	5903	76%
2020	7800	1796	6004	77%
2021	6800	1655	5145	76%
2022	6000	1628	4372	73%
2023	5600	1414	4186	75%



Le gap entre les cas de décès notifiés et les décès estimés a été divisé de moitié entre 2012 et 2023. Il demeure cependant très important. Il a évolué entre 73% et 82% dans la période. En 2023, plus de 4000 décès dus à la tuberculose n'ont pas été notifiés.

3. Progrès par rapport à 2015

La stratégie EndTB, Stratégie mondiale de l'OMS pour mettre fin à la TB a été adoptée par le pays. Elle vise à éradiquer l'épidémie de tuberculose d'ici 2035, en réduisant la mortalité et l'incidence respectivement de 90 % et 95 % par rapport à 2015, ainsi qu'à éliminer les coûts catastrophiques pour les ménages touchés.

Elle comporte des jalons pour les années 2020 et 2025.

Indicateur	Jalon 2025	2025	2024	% réduction
Réduction du nombre de décès	75%	10508	5420	48%
Réduction du taux d'incidence de la tuberculose (/100000 habitants)	50%	162,5	99,1	39%
Pourcentage de familles touchées par la tuberculose supportant des coûts catastrophiques dus à cette maladie	0	-	45%	

L'incidence a diminué de 39% en 2024, alors que le jalon 2025 vise une baisse de 50%.

La nombre de décès à de 48% en 2024, alors que le jalon 2025 vise une baisse de 75%.

En 2025, presque la moitié des ménages étaient confrontés à des coûts catastrophiques.

Bien qu'on observe une diminution de la charge de la tuberculose, les progrès sont insuffisants pour atteindre les cibles 2025.

III. TUBERCULOSE PHARMACOSENSIBLE

1. Dépistage et diagnostic

En 2024, 21 833 cas de tuberculose toutes formes dont 21 464 (98%) nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes et 16 574 (77%) nouveaux cas et rechutes de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée ont été notifiés.

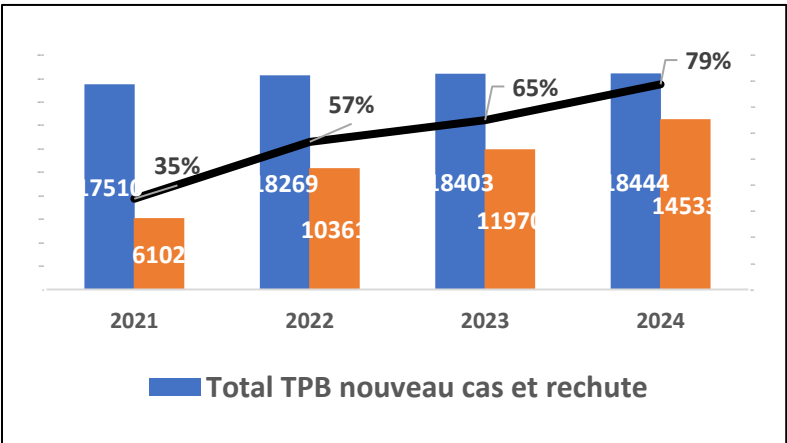
Les taux de notification étaient de **67** cas pour 100 000 habitants pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculoses toutes formes ; et **52** cas pour 100 000 habitants pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée.

Parmi ces cas, on comptait **107** personnels de santé.

Tableau X : Notification de la tuberculose pharmacosensible en 2024

	Nouveaux cas	Rechutes	Déjà traités (hors rechutes)		TB toutes formes
			Echecs	Reprises	
Formes pulmonaires confirmées bactériologiquement	15 326	1 248	155	189	21 856
Formes pulmonaires diagnostiquées cliniquement	1 721	149		10	
Formes extrapulmonaires confirmées bactériologiquement ou diagnostiquées cliniquement	2 920	100		15	
	19 967	1 497	155	214	
	21 464(98%)				

a. Diagnostic initial par les tests moléculaires



Le diagnostic initial par les outils moléculaires, notamment le GeneXpert a débuté en 2021. Auparavant le test Xpert était réalisé pour des groupes cibles : PVVIH, enfants détenus, retraitement.

Le déploiement des appareils GeneXpert et le transport d'échantillons des structures de santé vers les plateformes

GeneXpert ont permis d'augmenter la couverture qui est passée de 35% en 2021 à 79% en 2024

b. Evolution de la notification dans le temps

Les résultats du dépistage de 2009 à 2024 sont retracés dans le tableau et le graphique ci-dessus.

Tableau XI : Evolution des cas notifiés de tuberculose de 2009 à 2024

Années	TPM+/TPB+				TPM-/TPB-				TEP				TOTAL
	Nouveaux cas	Rechutes	Reprises	Echecs	Nouveaux cas	Rechutes	Reprises	Echecs	Nouveaux cas	Rechutes	Reprises	Echecs	
2009	14300	998	137	301	2321				4952				23 009
2010	14131	1017	130	372	2381				5179				23 210
2011	14416	1015	120	324	2316				4729				22 920
2012	14660	940	135	325	2818				5344				24 222
2013	15241	953	147	403	3119				5436				25 299
2014	14233	898	123	352	2901				5243				23 750
2015	13912	936	146	259	2689	92	3	0	4706	123	13	0	22 879
2016	13442	889	155	179	2509	74	9	0	4346	97	10	0	21 710
2017	13349	962	143	189	2322	85	25	0	4105	116	11	0	21 307
2018	13431	877	112	146	2635	89	4	0	3891	111	7	0	21 303
2019	14229	780	156	111	2176	63	6	0	3849	111	17	0	21 498
2020	12890	705	94	146	2105	90	7	0	3833	94	8	0	19 972
2021	14350	984	129	194	2081	95	8	0	3155	64	12	0	21 072
2022	14989	1238	141	242	1932	121	11	0	3080	82	9	0	21 845
2023	15097	1388	189	199	1771	136	5	0	2958	107	6	0	21 856
2024	15326	1248	155	189	1721	149	10	0	2920	100	15	0	21 833

L'évolution de la notification est marquée par plusieurs phases :

- Entre 2009 et 2010, le nombre de cas notifiés a connu une légère augmentation (+1%).
- En 2011, lors de la crise post-électorale, il y a eu un arrêt total des activités pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois pour certains structures de santé qui ont été pillées. Ceci a eu pour conséquence une légère baisse du dépistage
- L'augmentation importante de la notification et le pic observé en 2013 font certainement suite à la crise post-électorale de 2011. Une augmentation probable de la transmission, a entraîné une augmentation de la notification en 2012 et 2013.

L'année 2013 a été également marquée par une accélération de décentralisation.

- A partir de 2016, on a assisté à une baisse régulière de la notification, en moyenne de 5% chaque année. Elle a été moins marquée en 2017 (-2%) et s'est stabilisée en 2018 (0%).
- En 2019, la tendance à la baisse de la notification s'est inversée et la courbe de notification est dans une phase ascendante.

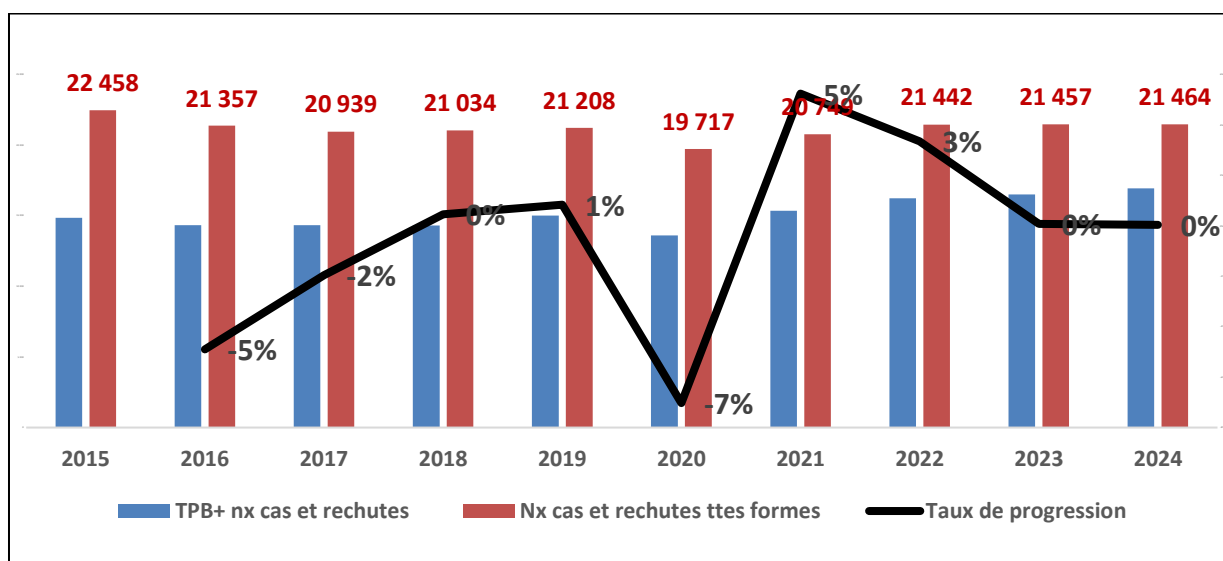


Figure 10 : Evolution de la notification des cas de TB toutes formes de 2015 à 2024

Le renforcement des activités communautaires, à partir de 2017 a contribué à accroître la notification.

- En 2020, dans le contexte de la pandémie à COVID-19, une cassure importante de la courbe de notification a été observée avec une diminution de 7% du nombre de cas.
- En 2021, une augmentation de 6% a été observée avec la stabilisation de l'épidémie à COVID19.
- La notification a augmenté en 2022 avec l'utilisation du GeneXpert pour le diagnostic initial.
- Elle est restée stable en 2023 et 2024.

Tableau XIII : Evolution du taux de notification de la tuberculose de 2015 à 2024

	Population (Site ANSTAT)	Nouveaux cas et rechutes	Taux de notification	Evolution
2015	23 260 786	22 458	97	
2016	23 865 566	21357	89	-7%
2017	24 486 071	20 939	86	-4%
2018	25 122 709	21 034	84	-2%
2019	25 775 899	21 208	82	-2%
2020	26 453 542	19 717	75	-9%
2021	27 087 732	20 749	77	3%
2022	30 215 846	21 442	71	-7%
2023	31 066 127	21 457	69	-3%
2024	31 719 275	21 464	68	-2%

Le taux de notification a progressivement diminué au fil des années, sauf en 2021 où l'évolution est positive. En 2020, il a connu une forte baisse liée à la pandémie à COVID19. Elle a été suivie en 2021, par une augmentation liée à une reprise des activités.

En 2022, on constate également une forte diminution du taux de notification, malgré une augmentation de la notification. Cela s'explique par l'augmentation importante de la population entre 2021 et 2022 avec les données du RGPH 2021.

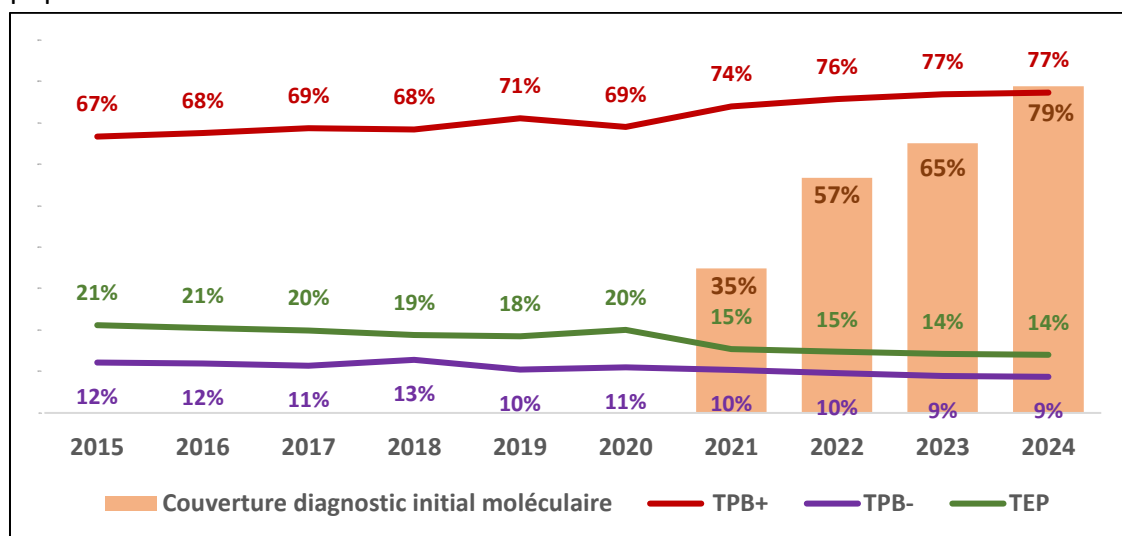


Figure 11 : Répartition des cas de tuberculose par formes de 2015 à 2024

Le pourcentage des formes pulmonaires bactériologiquement confirmées (TPB+) a progressivement augmenté entre 2015 et 2024 ; tandis que les proportions des formes pulmonaires diagnostiquées cliniquement (TPB-) et extrapulmonaires (TEP) ont diminué. On constate en 2020 une baisse des TPB+, et une augmentation des TPB-, du fait de la pandémie à COVID19, pendant laquelle les activités de diagnostic en laboratoire ont été ralenties. Le diagnostic initial de la tuberculose par le GeneXpert a débuté en 2021. Ainsi, les formes TPB+ ont connu une forte augmentation, passant de 69% à 74%. La proportion des TPB+ a augmenté progressivement au fur et à mesure que la couverture en diagnostic initial moléculaire a augmenté. On constate cependant que cette proportion est restée stable entre 2023 et 2024, alors que la couverture a connu une forte augmentation.

c. Répartition des cas selon la localisation géographique

Tableau XIX: Répartition géographique des cas de tuberculose en 2024

	Total nouveaux cas et rechutes toutes formes	Population INS 2023	Taux de notification
NATIONAL	21 464	31 897 435	68
ABIDJAN 1	4 004	3 702 432	108
ABIDJAN 2	5 122	3 167 731	162
AGNEBY-TIASSA	625	948 625	66
BAFING	165	284 507	58
BAGOUE	224	555 284	40
BELIER	659	926 898	71
BERE	209	531 377	39
BOUNKANI	153	457 346	33
CAVALLY	201	759 082	26
FOLON	23	158 160	15
GBEKE	860	1 481 982	58
GBOKLE	163	495 715	33

GÔH	465	1 074 687	43
GONTOUGO	455	996 297	46
GRANDS PONTS	448	494 551	91
GUEMON	360	1 004 523	36
HAMBOL	276	664 702	42
HAUT SASSANDRA	1 072	1 871 304	57
IFFOU	279	420 890	66
INDENIE-DUABLIN	309	772 125	40
KABADOUGOU	87	316 130	28
LÔH-DJIBOUA	476	1 196 914	40
MARAHOUÉ	608	1 063 083	57
ME	527	793 278	66
MORONOU	301	480 780	63
NAWA	594	1 253 555	47
N'ZI	270	288 788	93
PORO	322	1 125 689	29
SAN PEDRO	599	1 137 914	53
SUD-COMOE	529	854 147	62
TCHOLOGO	127	649 739	20
TONKPI	781	1 505 339	52
WORODOUGOU	171	463 862	37

Des disparités régionales ont été observées dans la répartition des cas de tuberculose.

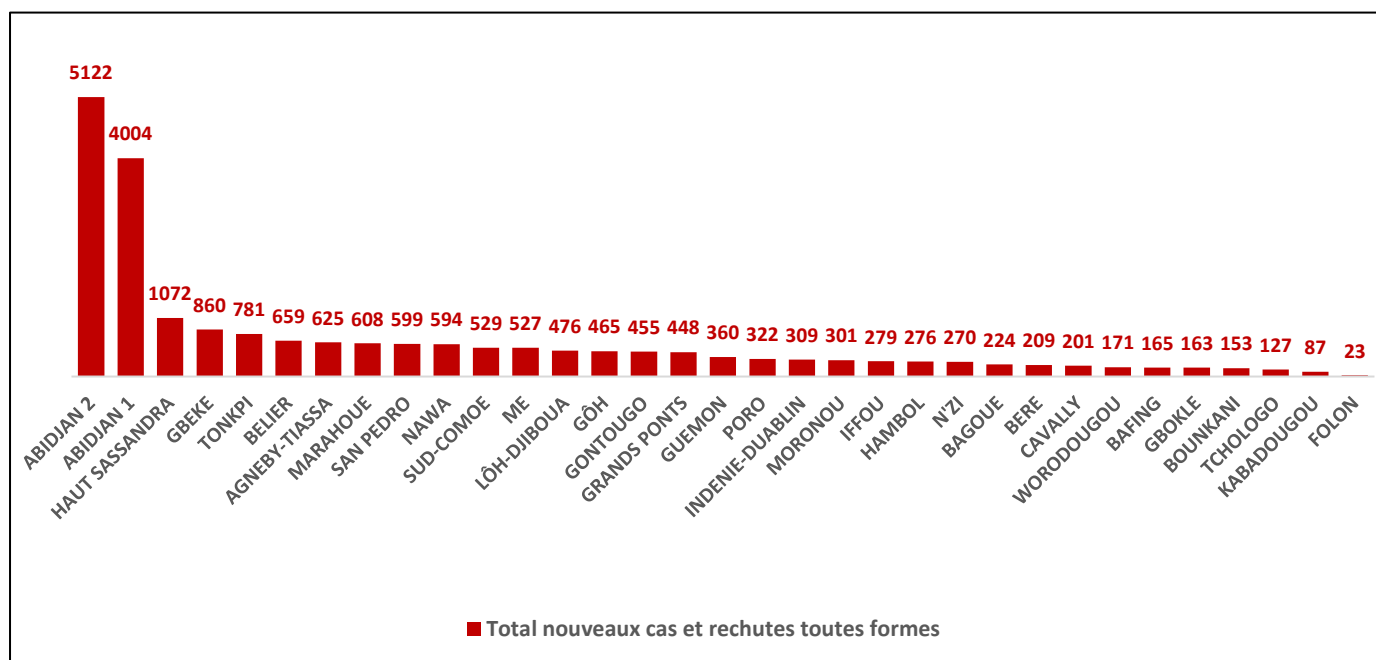


Figure 12 : Répartition des nouveaux cas et rechutes par régions sanitaires en 2024

La notification a été plus élevée à Abidjan au cours de l'année 2024. En effet, 43% des cas ont été notifiés dans les régions d'Abidjan.

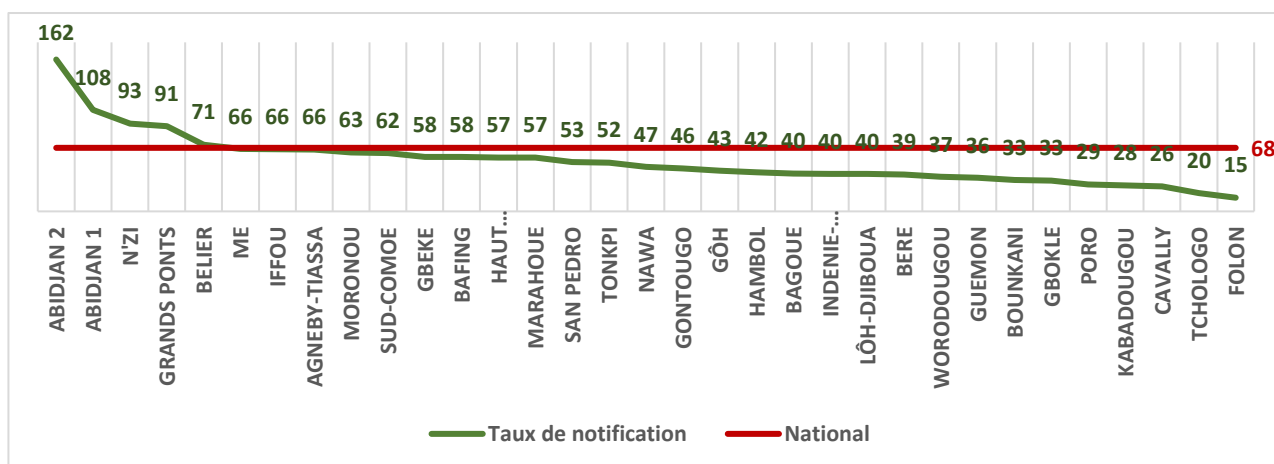


Figure 13 : Taux de notification dans les régions sanitaires en 2024

A l'intérieur du pays, ce sont les régions du Haut-Sassandra, du Gbèkè, du Tonkpi et qui ont dépisté le plus grand nombre de cas. Les plus petits effectifs ont été retrouvés dans le Folon, le Kabadougou, le Tchologo, le Bounkani, le Gboklè, le Bafing et le Worodougou.

05 régions avaient un taux de notifications supérieurs à la moyenne nationale (Abidjan 2, Abidjan 1, N'Zi, Grands-Ponts Bélier, Mé, Iffou).

Abidjan 1 et 2 étaient caractérisées par des taux de notification particulièrement élevés, supérieur à l'incidence 2024 (99/100 000 habitants).

Les régions du Folon, du Tchologo, du Cavally, du Kabadougou et du Poro ont présenté des taux particulièrement bas (moins de 30/100 000). A l'exception du Cavally, elles sont situées dans le nord du pays.

d. Tuberculose à Abidjan

Tableau XX : Notification des cas de tuberculose à Abidjan en 2024

Districts sanitaires	Nouveaux cas et rechutes toutes formes	Population 2024	Taux de notification
Abobo Est	1157	743 666	156
Abobo Ouest	407	707 927	57
Adjamé-Plateau-Attécoubé	1619	714 513	227
Anyama	399	445 855	89
Cocody Bingerville	993	983 883	101
Koumassi	564	450 183	125
Port-Bouet-Vridi	746	668 232	112
Treichville-Marcory	1200	350 920	342
Yopougon-Est	1148	781 359	147
Yopougon-Ouest Songon	893	1 023 626	87

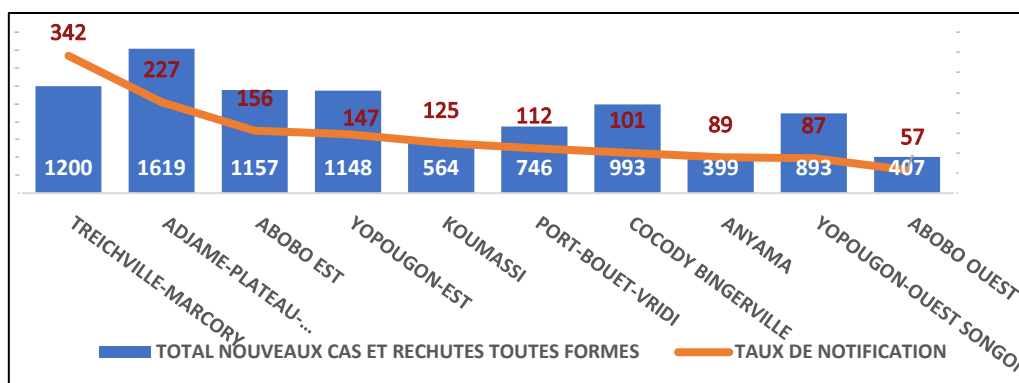


Figure14 : Taux de notification des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes à Abidjan en 2024

Abidjan, les taux de notification les plus élevés ont été retrouvés dans les districts sanitaires de Treichville-Marcory et Adjamé-Plateau-Attécoubé.

e. Contribution communautaire à la notification et au suivi des patients

En 2024, au niveau national, 42% des nouveaux cas et rechutes toutes formes de tuberculose ont été référés par les agents communautaires.

Tableau XXI: Référence communautaire des cas de tuberculose en 2024

	PNLT 4 : Nombre total de nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes	TB - Nombre de nouveaux et rechutes de TB toutes formes référées par les communautaires	%
COTE D'IVOIRE	21464	9010	42%
ABIDJAN 1	4004	1301	32%
ABIDJAN 2	5122	1597	31%
AGNEBY-TIASSA	625	412	66%
BAFING	165	111	67%
BAGOUE	224	136	61%
BELIER	659	454	69%
BERE	209	163	78%
BOUNKANI	153	101	66%
CAVALLY	201	45	22%
FOLON	23	9	39%
GBEKE	860	378	44%
GBOKLE	163	73	45%
GÔH	465	266	57%
GONTOUGO	455	200	44%
GRANDS PONTS	448	227	51%
GUEMON	360	130	36%
HAMBOL	276	109	39%
HAUT SASSANDRA	1072	349	33%

IFFOU	279	153	55%
INDENIE-DUABLIN	309	134	43%
KABADOUGOU	87	26	30%
LÔH-DJIBOUA	476	202	42%
MARAHOUÉ	608	382	63%
ME	527	307	58%
MORONOU	301	101	34%
N'ZI	270	85	31%
NAWA	594	292	49%
PORO	322	155	48%
SAN PEDRO	599	287	48%
SUD-COMOE	529	324	61%
TCHOLOGO	127	55	43%
TONKPI	781	306	39%
WORODOUGOU	171	140	82%

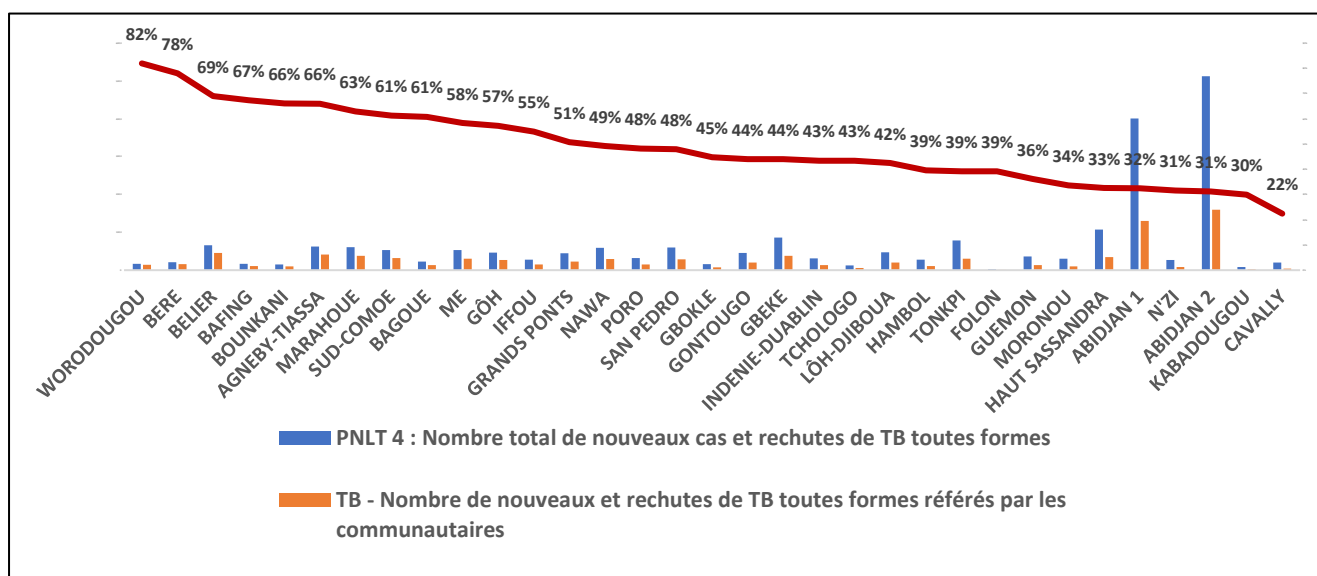


Figure 15 : Références communautaires des cas de tuberculose en 2024

La contribution communautaire variait entre 82% et 22%.

Tableau XXII: Suivi communautaire des cas de tuberculose en 2024

	Nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes	Nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes suivis par les communautaires	%
COTE D'IVOIRE	21464	20064	93%
ABIDJAN 1	4004	3795	95%
ABIDJAN 2	5122	4484	88%
AGNEBY-TIASSA	625	624	100%
BAFING	165	165	100%
BAGOUE	224	201	90%
BELIER	659	641	97%

BERE	209	208	100%
BOUNKANI	153	147	96%
CAVALLY	201	192	96%
FOLON	23	15	65%
GBEKE	860	817	95%
GBOKLE	163	153	94%
GÔH	465	460	99%
GONTOUGO	455	403	89%
GRANDS PONTS	448	446	100%
GUEMON	360	319	89%
HAMBOL	276	239	87%
HAUT SASSANDRA	1072	1038	97%
IFFOU	279	279	100%
INDENIE-DUABLIN	309	299	97%
KABADOUGOU	87	70	80%
LÔH-DJIBOUA	476	450	95%
MARAHOUÉ	608	608	100%
ME	527	525	100%
MORONOU	301	287	95%
N'ZI	270	184	68%
NAWA	594	565	95%
PORO	322	269	84%
SAN PEDRO	599	581	97%
SUD-COMOE	529	524	99%
TCHOLOGO	127	125	98%
TONKPI	781	781	100%
WORODOUGOU	171	170	99%

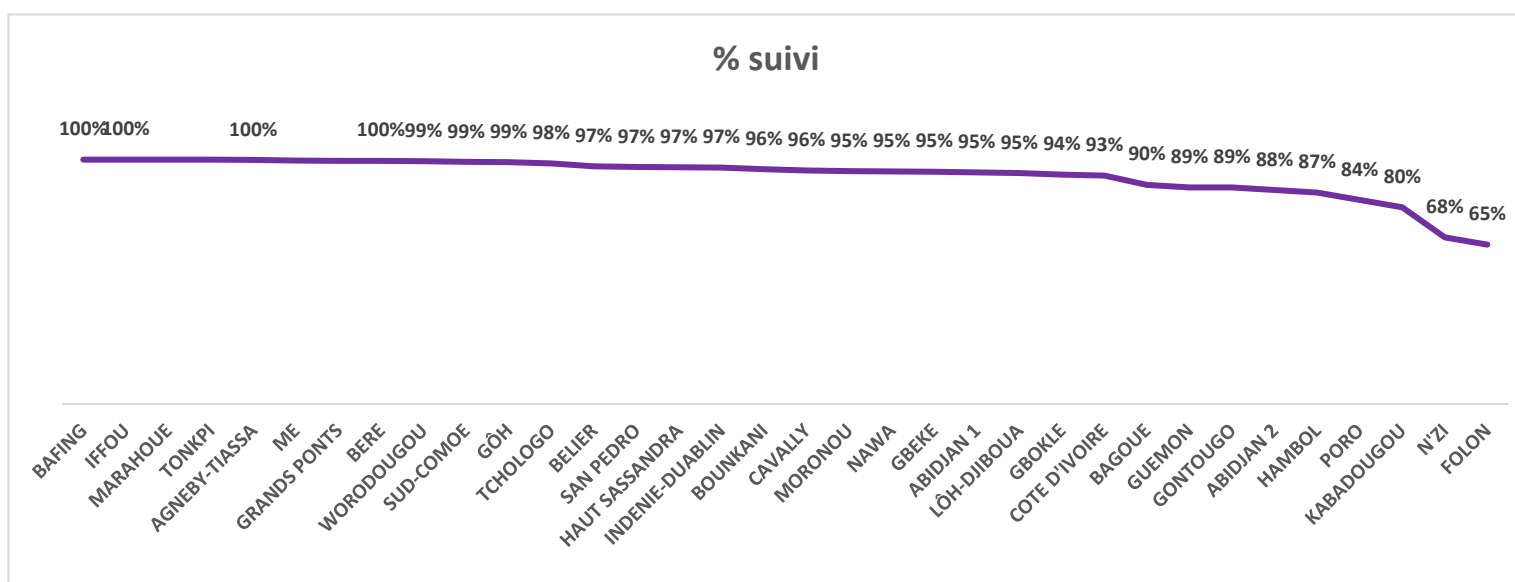


Figure 16 : Suivi communautaire des cas de tuberculose dans les régions en 2024

Le suivi communautaire variait entre 100% et 65%.

f. Répartition des cas de tuberculose selon l'âge et le sexe

La répartition des nouveaux cas et rechutes de tuberculose par âge et sexe montre une prédominance des cas dans les classes d'âge 15-44 ans. Cette tranche d'âge représente 63% des cas.

Le sex ratio était de 2 hommes/1 femme pour l'ensemble des cas.

Il est resté en faveur des hommes dans toutes les classes d'âge sauf dans les tranches 0-4ans et 5-14 ans, où il était égal à 0,9.

	0-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	>65 ans
Masculin	104	314	2152	3476	3658	2512	1342	867
Féminin	119	361	1407	1537	1387	1004	674	544
Total	223	675	3559	5013	5045	3516	2016	1411
%	1%	3%	17%	23%	24%	16%	9%	7%
Sex ratio	0,9	0,9	1,5	2,3	2,6	2,5	2,0	1,6

On constate à partir de 15 ans, une augmentation progressive du sex ratio avec un pic dans la classe d'âge 35-44 ans. Elle est suivie d'une diminution à partir de 45ans.

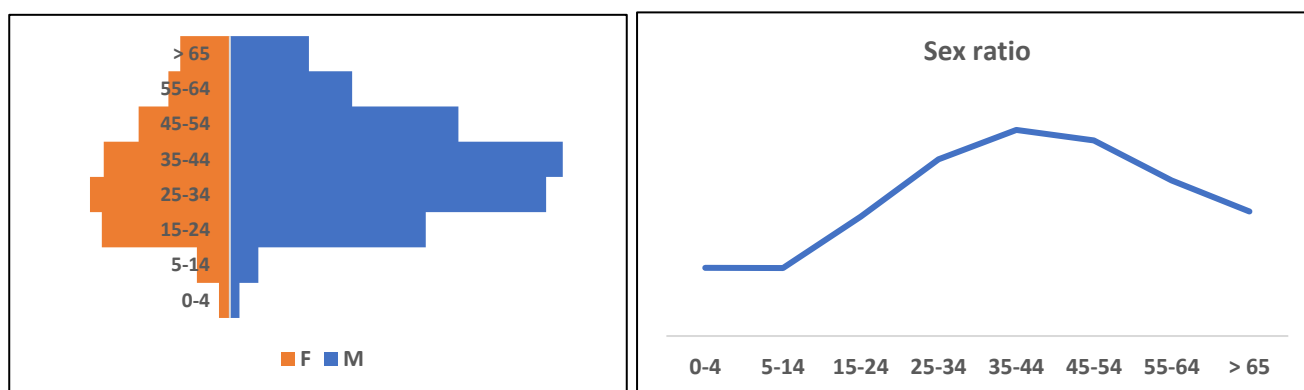


Figure 17 : Répartition par âge et sexe et sex ratio des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes en 2024

g. Tuberculose infantile

En 2024, 898 enfants ont été diagnostiqués parmi les nouveaux cas et rechutes, soit une proportion de 4,2% (Norme OMS Pays à revenu faible et intermédiaire : 5-15%).

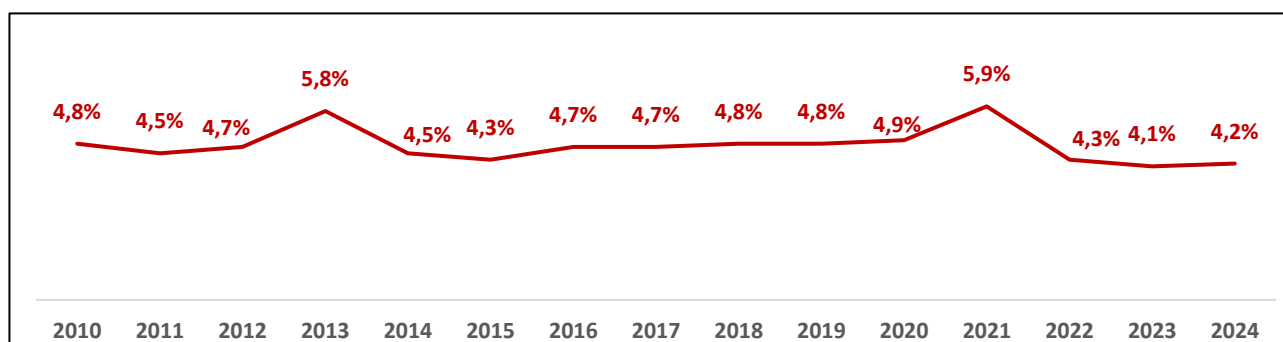


Figure 18 : Evolution de la notification des enfants au niveau national de 2010 à 2024

La sous-notification de la tuberculose pédiatrique est persistante.

Entre 2010 et 2024, 02 pics avec notification supérieure à 5% ont été observés en 2013 et 2021. A la faveur du projet CAPTB, la notification s'est améliorée passant de 4,9% en 2020 à 5,9% en 2021. Une chute des chiffres a ensuite été observée. Entre 2023 et 2024, elle s'est légèrement améliorée, mais demeurent toujours insuffisante.

Tableau XXIII: Notification de la TB infantile par régions sanitaires en 2024

Organisation unit	Total nouveaux cas et rechutes	Nombre enfants	% enfants	Ratio 0-4/5-15 ans
COTE D'IVOIRE	21458	898	4.2	0,2
ABIDJAN 1	4004	140	3.5	0,2
ABIDJAN 2	5122	252	4.9	0,3
AGNEBY-TIASSA	625	17	2.7	0,0
BAFING	165	12	7.3	0,0
BAGOUE	226	12	5.4	0,0
BELIER	660	36	5.5	0,4
BERE	209	10	4.8	0,1
BOUNKANI	152	6	3.9	0,0
CAVALLY	201	12	6	0,0
FOLON	24	1	4.3	0,0
GBEKE	861	31	3.6	0,3
GBOKLE	163	12	7.4	0,0
GÔH	466	12	2.6	0,0
GONTOUGO	455	15	3.3	0,1
GRANDS PONTS	448	14	3.1	0,2
GUEMON	353	15	4.2	0,0
HAMBOL	273	15	5.4	0,3
HAUT SASSANDRA	1073	44	4.1	0,0
IFFOU	279	13	4.7	0,6
INDENIE-DUABLIN	309	8	2.6	0,0
KABADOUGOU	87	6	6.9	-
LÔH-DJIBOUA	476	14	2.9	0,0
MARAHOUÉ	608	29	4.8	0,2
ME	529	11	2.1	0,0
MORONOU	301	9	3	0,0
N'ZI	270	15	5.6	0,0
NAWA	591	35	5.9	0,0
PORO	322	14	4.3	0,0
SAN PEDRO	599	24	4	0,0
SUD-COMOE	529	11	2.1	0,0
TCHOLOGO	127	7	5.5	0,3
TONKPI	780	42	5.4	0,2
WORODOUGOU	171	4	2.3	-

Les proportions d'enfants parmi les cas de tuberculose variaient entre 7,4% et 2,1%.

Seulement 11 régions ont eu une performance supérieure à 5%.

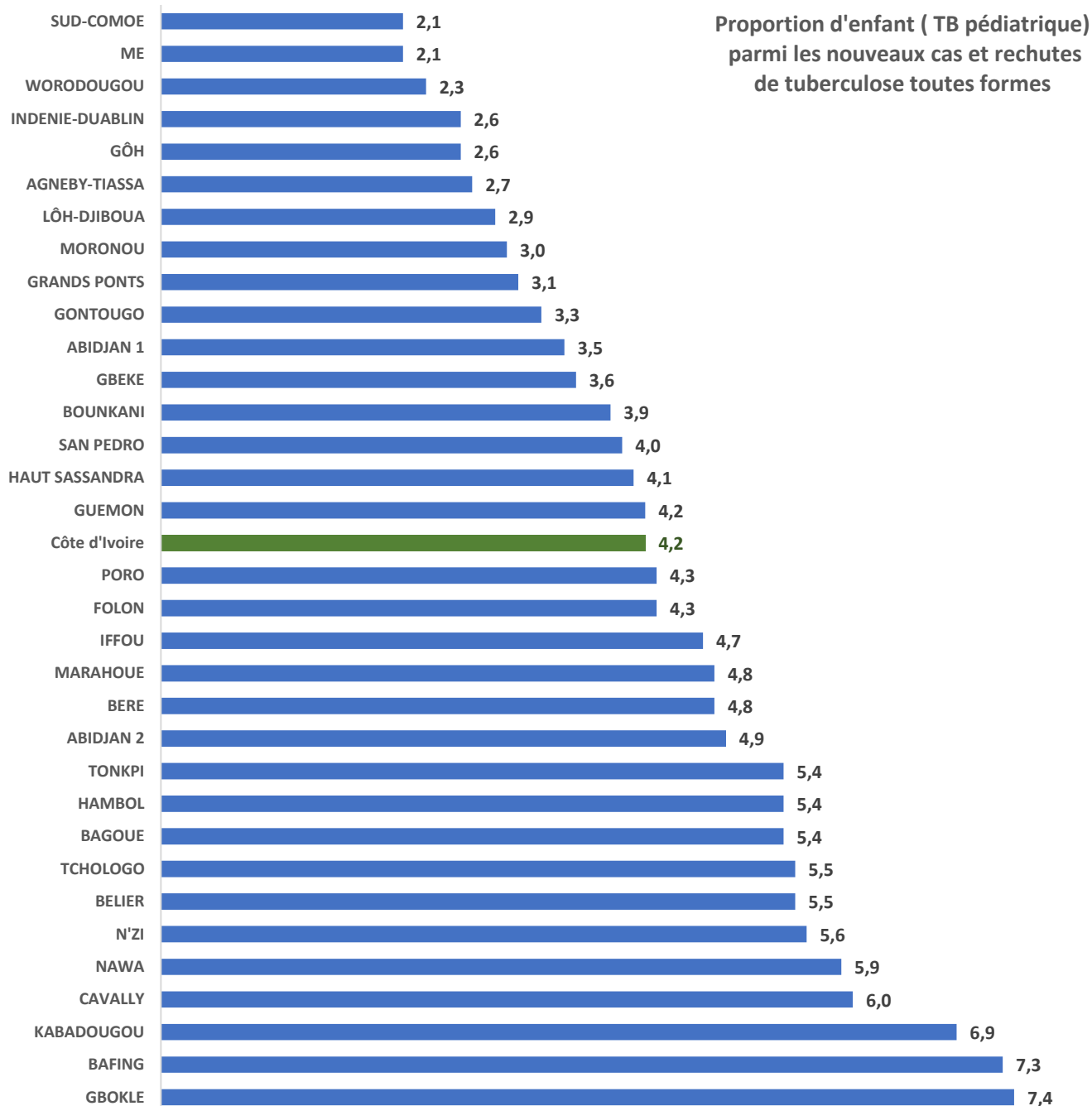
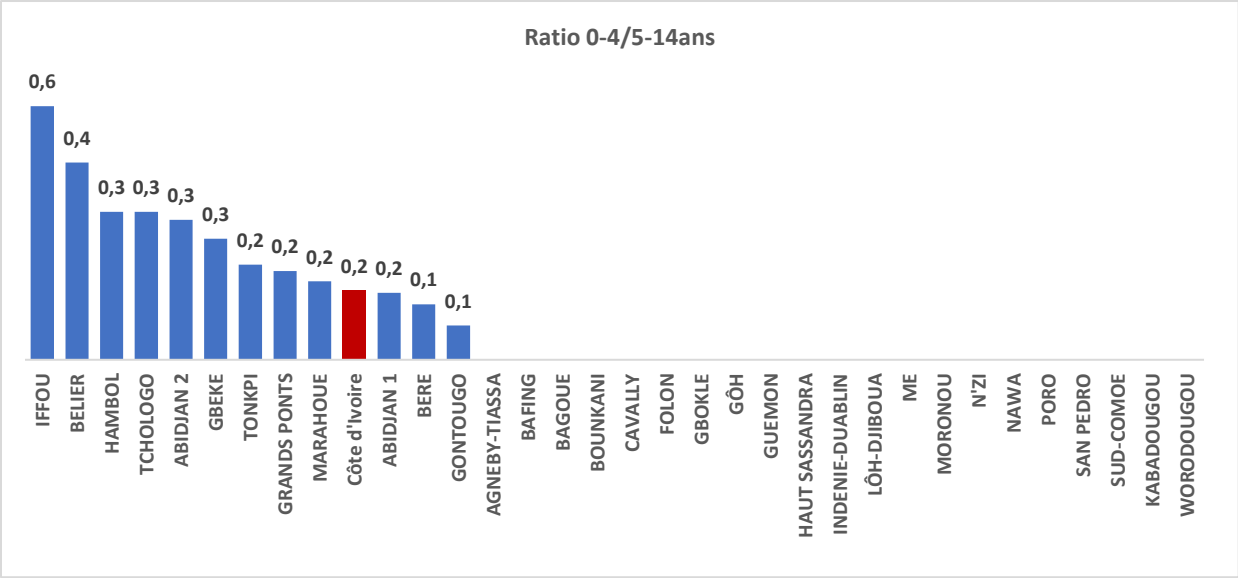


Figure 9 : Notification de la Tb infantile par régions sanitaires en 2024

Ratio 0-4/5-14

Les enfants de 0-5 ans constituent un groupe à haut risque de développer une tuberculose. Selon l'OMS, le ratio entre le nombre d'enfants de 0-4ans et 5-14ans devrait être compris entre 1,5 et 3 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Au niveau national, ce ratio était de 0,3.

Il existe donc une sous-notification de la tuberculose de l'enfant et particulièrement dans la tranche d'âge 0-4 ans.



Aucune région n'a atteint la limite de 1,5.

h. Tuberculose dans les maisons d'arrêt et de correction

En 2024, 368 cas de tuberculose toutes formes ont été notifiées dans les prisons contre 319 en 2023. Les formes contagieuses représentaient 80% des cas.

Tableau XIIIIV : Notification de la tuberculose chez les personnes incarcérées au niveau national en 2024

	Nouveaux cas	Rechutes	Déjà traités (hors rechutes)		Total TB par formes
			Echecs	Reprises	
Formes pulmonaires, confirmées bactériologiquement (TPB+)	249	45	0	1	295 (80%)
Formes pulmonaires, diagnostiquée cliniquement (TPB-)	19	2		0	21 (6%)
Formes extrapulmonaires, confirmées bactériologiquement ou diagnostiquées cliniquement (TEP)	51	1		0	52 (14%)
Total	367 (99,7%)		0	1	368

Parmi ces cas, 363, soit 99% ont été testés pour le VIH et le taux de coinfection était égal à 5% avec 18 cas TB/VIH.

Tableau XXV: Répartition des cas notifiés de tuberculose dans les maisons d'arrêt et de correction en 2024

MAC	Total TB notifiés toutes Formes
MAC ABENGOUROU	6
MAC BOUNA	0
MAC ABOISSO	4
MAC ADZOPE	0
MAC AGBOVILLE	3
MAC TIASSALE	6
MAC BONDOUKOU	5

MAC BOUAFLE	0
CAMP PENAL BOUAKE	8
MAC BOUAKE	11
MAC BOUNDIALI	1
MAC DALOA	37
MAC BONGOUANOU	5
MAC DIMBOKRO	7
MAC M'BAHIKRO	7
MAC SALIAKRO	0
MAC DIVO	4
MAC LAKOTA	1
MAC GAGNOA	4
MAC OUME	1
MAC GRAND BASSAM	2
MAC KATIOLA	0
MAC KORHOGO	3
MAC MAN	14
MAC DANANE	1
MAC ODIENNE	2
MAC TOUBA	1
MAC TABOU	0
MAC SASSANDRA	4
MAC SEQUELA	2
MAC SOUBRE	11
MAC TOUMODI	5
MACA YOPOUGON	204
MAC DABOU	4
MAC SAN PEDRO	5
NATIONAL	368

En 2024, 29 prisons ont notifié des cas. La MAC Yopougon, et la MAC Daloa, ont notifié 65% des cas.

❖ Répartition par âge et sexe

Tableau XXVI : Répartition des nouveaux cas et rechutes de tuberculose par sexe et tranche d'âge dans les prisons en 2024

	0-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	>65 ans
Hommes	0	0	71	138	110	33	9	1
Femmes	0	0	1	2	1	0	0	0

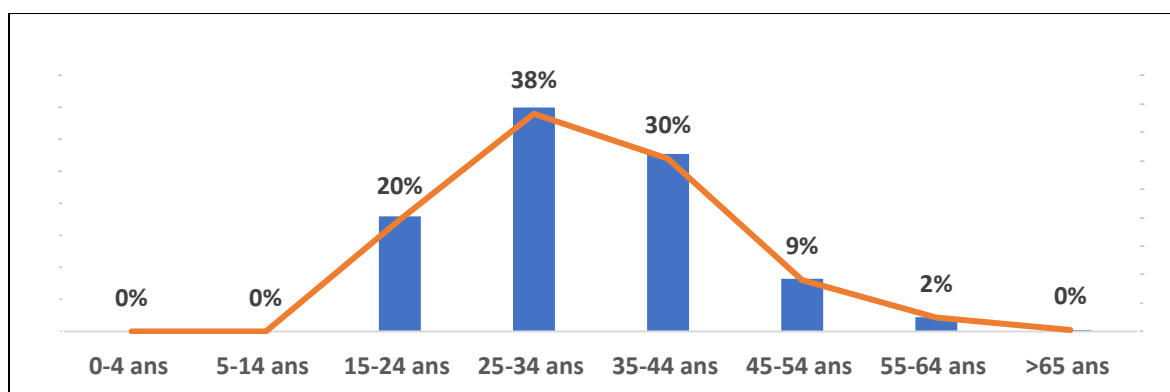


Figure 20 : Répartition par âge des nouveaux cas et rechutes de Tb toutes formes dans les prisons en 2024

Les tranches d'âges 15-44 ans représentaient 88% des cas avec un pic dans la tranche d'âge 25-34 ans). Le sex ratio était largement en faveur des hommes avec 04 femmes parmi les cas.

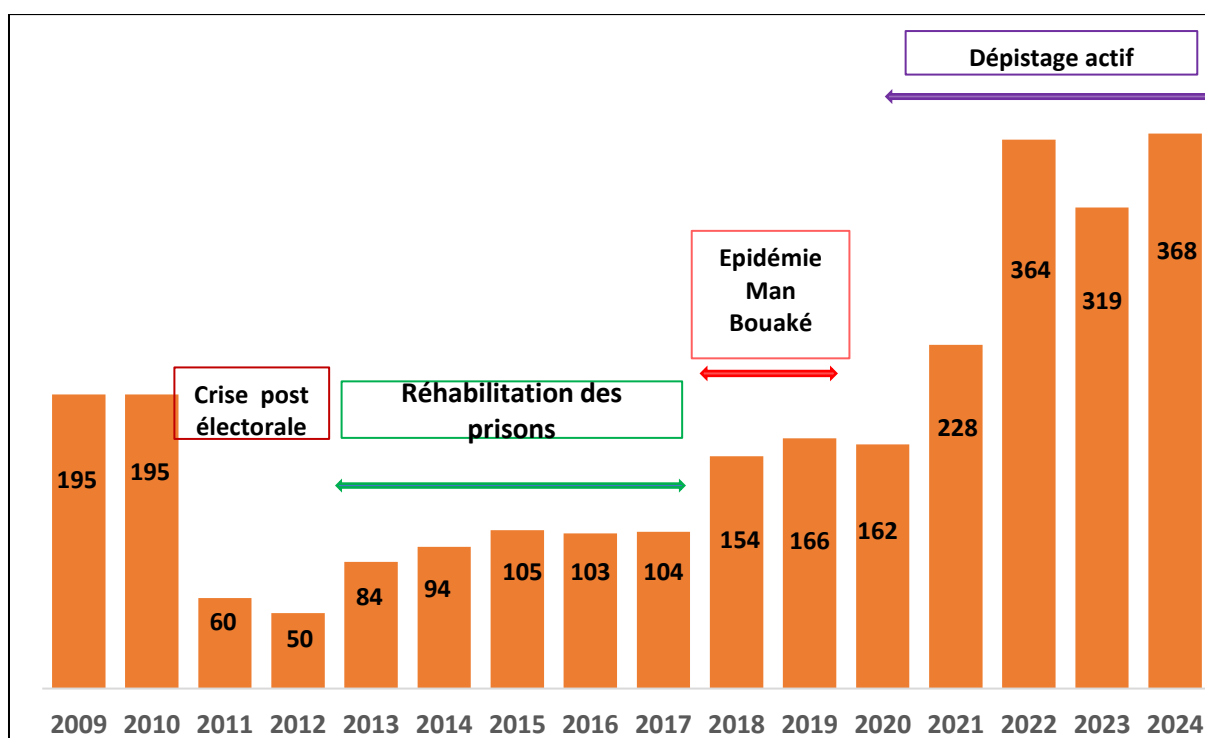


Figure 21 : Evolution de la notification des cas de TB toutes formes dans les prisons de 2009 à 2024

L'évolution de la tuberculose dans les maisons d'arrêt et de correction a connu à partir de 2011, une chute importante du fait de la crise post-électorale pendant laquelle les prisons ont été ouvertes et saccagées. La réhabilitation de ces prisons et par conséquent, leur réouverture a été lente et progressive.

En 2018, une épidémie a été observée dans la prison de Man. Cette épidémie s'est atténuée en 2019. De même, une augmentation des cas a été observée dans les maisons d'arrêt et de correction de Bouaké (Camp Pénal de Bouaké, MAC Bouaké). Ceci a occasionné un pic de la notification en 2018 et 2019. Depuis 2021, des dépistages actifs organisés dans les MAC ont contribué à améliorer la notification. En 2024, les campagnes de dépistage actif ont permis de diagnostiquer 69 cas, soit 16% de cas.

i. Tuberculose dans les structures privées

Au total, 1000 cas de tuberculose pharmacosensible, dont 955 nouveaux cas et rechutes ont été notifiés par les structures privées.

Entreprises Privées

Régions	Districts	Infirmieries des entreprises privées	TB toutes formes	Nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes
ABIDJAN 1	YOPOUGON-OUEST SONGON	CM PRIVE Niekly de SONGON KASSABLE	3	3
BAFING	KORO	CMS PRIVE Complexe Sucrier de BOROTOU	10	10
GBOKLE	SASSANDRA	CMS PRIVE de BOLO	6	6
GRANDS PONTS	JACQUEVILLE	CMS PRIVE Centre Médical PALMCI de IROBO	7	7
HAMBOL	NIAKARAMADOUGOU	CMS SUCAF CI de TAFIRE	3	3
MARAHOUÉ	ZUENOULA	CMS PRIVE Complexe Sucrier de ZUENOULA	3	3
NAWA	SOUBRE	CMS SIPEFI-CI OTTAWA	0	0
SAN PEDRO	SAN-PEDRO	CMS PRIVE SAPH de SAN-PEDRO	5	5
SAN PEDRO	SAN-PEDRO	CMS PUBLIC SOGB de GRAND-BEREBY	28	28
SAN PEDRO	TABOU	CMS PRIVE de IBOKE	8	8
SAN PEDRO	TABOU	CMS PRIVE de NEKA	9	9
SUD-COMOE	ABOISSO	CMS PRIVE de EHANIA	8	8
TCHOLOGO	FERKESSEDOUGOU	CMS PRIVE Sucaf 1 de FERKESSEDOUGOU	1	1
			91	91

Cliniques privées

Régions	District	CDT	TB toutes formes	Nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes
ABIDJAN 1	ABOBO EST	CMS PRIVE GRAND CENTRE MEDICAL (ROUTE DE AKÉIKOI)	13	11
ABIDJAN 2	COCODY BINGERVILLE	POLYCLINIQUE INTERNATIONALE SAINTE ANNE-MARIE (PISAM)	1	1
ABIDJAN 2	TREICHVILLE-MARCORY	CSUS-CDV PRIVE Clinique de Confiance de BIETRY	69	40
			83	52

Centres privés confessionnels

Régions	District	CDT	TB toutes formes	total nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes
ABIDJAN 1	ABOBO EST	CM PRIVE CONFESIONNEL ST COEUR d' ABOBO-TE	101	98
ABIDJAN 1	ABOBO EST	CMS PRIVE ONG ACID	103	100
ABIDJAN 1	ABOBO OUEST	CMS El Rapha	108	108
ABIDJAN 1	ABOBO OUEST	FSU-DM PUBLIC COMMUNAUTAIRE de ANONKOUA-KOUTE	300	299
BERE	DIANRA	CSU-PC JOSEPH ALLAMONO DIANRA-VILLAGE	4	4
BERE	MANKONO	CSC-ND CONSOLATA de MARANDALLAH	10	10
GBEKE	BOUAKE-SUD	HG CONFESIONNEL Ste Camille de BOUAKE-SUD	51	48
GRANDS PONTS	DABOU	HG CONFESIONNEL Protestant de DABOU	51	51
INDENIE-DUABLIN	ABENGOUROU	CSU-DM CONFESIONNEL Maria Grazia Balbuzia de YAKASSE FEYASSE	21	20
N'ZI	DIMBOKRO	CSU-D CONFESIONNEL NDA de DIMBOKRO		
PORO	KORHOGO 1	CMS Baptiste de TORGOKAHA	5	5
SAN PEDRO	SAN-PEDRO	CSUS-CDV PRIVE Centre Espérance APROSAM de SAN PEDRO	32	30
TCHOLOGO	FERKESSEDOUGOU	HG CONFESIONNEL BAPTISTE de FERKESSEDOUGOU	6	6
TCHOLOGO	OUANGOLODOUGOU	CSU-DM CONFESIONNEL Cesaco Piansola de OUANGOLODOUGOU	34	33
			826	812

Tous les nouveaux cas et rechutes toutes formes ont été testés pour le VIH et le taux de coinfection global était à 12%. Tous les patents coinfectés ont été mis sous ARV.

	TB toutes formes	Nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes	Nouveaux cas et rechutes de TB testés pour le VIH	Coinfectés TB/VIH	Taux de coinfection TB/VIH	Coinfectés TB/VIH sous ARV
Entreprises privées	91	91	91	7	8%	7
Cliniques	83	52	52	7	13%	7
Privé confessionnel	826	812	812	102	13%	102
Total privé	1000	955	955	116	12%	116

2. Prévention

En 2024, 6 975 contacts de patients atteints de tuberculose contagieuse, ont bénéficié d'un traitement préventif de la tuberculose. Parmi ceux-ci, on comptait :

- 5 753 enfants de moins de 5 ans
- 356 contacts volontaires ou présentant des facteurs de risque : 103 enfants de 05 à 14 ans et 253 contacts de plus de 05 ans
- 1095 contacts détenus

Le traitement préventif chez les enfants de moins de 05 ans qui est une activité de routine a été mis en œuvre dans tous les CATs/CDTs.

Concernant les enfants de plus de 05 ans, les adolescents et adultes, le PNLT a prévu sous la NFM3, mettre en œuvre un projet pilote de diagnostic de l'Infection Tuberculeuse Latente et de mise sous Thérapie Préventive de la tuberculose dans 07 sites pilotes à partir de 2021.

Le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente (ITL) n'a pas pu être fait du fait de l'indisponibilité de la tuberculine au niveau mondial.

Pour pallier cela, le PNLT a décidé, à l'instar des enfants de moins de 5 ans, de mettre systématiquement sous TPT d'autres groupes à risque comme les prisonniers et malnutris contacts de patients tuberculeux.

Ainsi, la note modificatrice N°04673 de la note circulaire N°03541 a été élaborée et signée le 27 mai 2022, pour démarrer la prise en charge de l'ITL chez les prisonniers et malnutris contacts de patients présentant une tuberculose bacillifère sans faire la preuve de l'ITL par le test cutané à la tuberculine (TCT) ou le test de libération de l'Interféron gamma (TLIG/IGRA). Deux structures sanitaires de prise en charge de la tuberculose à savoir le CAT de Koumassi et la MACA ont été identifiées pour démarrer l'activité.

Le projet pilote TPT contact initié au CAT de Koumassi et dans la MAC Abidjan a permis de mettre 103 cas contacts sous traitement préventif. Cette activité a continué en 2023 dans ces 02 sites pilotes. Un passage à échelle a eu lieu 2024. L'activité a été menée dans tous les CAT/CDT d'Abidjan pour la mise sous TPT des contacts présentant des facteurs de risque ou volontaires et dans toutes les maisons d'arrêt et de correction du pays. Les facteurs de risques ont été élargis au tabagisme, la consommation d'alcool, aux traitements immunosuppresseurs, à l'insuffisance rénale, au cancer, au diabète et au VIH.

Tableau XIV : Répartition des sujets mis sous traitement préventif par tranche d'âge en 2024

Total TPT contacts	
Enfants -5ans	5 524
Enfants 5 - 14 ans	103
Plus de 15 ans	1 348
- Contacts avec facteurs de risque ou volontaires	253
- Détenus	1 095
Total	6 975

Tableau XVIII : Evolution de la thérapie préventive de la tuberculose de 2015 à 2024

Années	Formes contagieuses	Enfants de moins de 05 ans sous TPT	Plus de 05 ans	Total contacts mis sous TPT
2015	15 253	2 708	0	2 708
2016	14 665	3 172	0	3 172
2017	14 643	4 488	0	4 488
2018	14 552	4 602	0	4 602
2019	15 276	5 929	0	5 929
2020	13 835	5 370	0	5 370
2021	15 664	5 715	0	5 715
2022	16 227	6 001	103	6 104
2023	16 485	5 706	47	5 753
2024	16 918	5 524	1451	6 975

a. Thérapie préventive chez les enfants de moins de 05 ans

En 2024, 5 524 enfants contacts de moins de 05 ans ont initié une Thérapie Préventive de la tuberculose, soit 33% des formes contagieuses.

Tableau XXIX : Mise sous TPT des enfants-contacts de moins de 5 ans en 2024

	Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant commencé un TPT	Total formes contagieuses (TPB+)	Ratio enfant sous TPT/formes contagieuses
Côte d'Ivoire	5524	16918	33%
ABIDJAN1	847	3091	27%
ABIDJAN2	735	3590	20%
AGNEBY-TIASSA	243	504	48%
BAFING	52	101	51%
BAGOUE	38	206	18%
BELIER	152	568	27%
BERE	37	203	18%
BOUNKANI	58	147	39%
CAVALLY	75	185	41%
FOLON	4	22	18%
GBEKE	357	633	56%
GBOKLE	55	144	38%
GÔH	118	403	29%
GONTOUGO	154	410	38%
GRANDSPONTS	152	359	42%
GUEMON	87	264	33%
HAMBOL	81	216	38%
HAUT-SASSANDRA	242	945	26%
IFFOU	111	255	44%
INDENIE-DUABLIN	81	270	30%
KABADOUGOU	24	67	36%
LÔH-DJIBOUA	252	444	57%
MARAHOUÉ	239	511	47%
ME	214	440	49%
MORONOU	86	229	38%

N'ZI	64	231	28%
NAWA	197	469	42%
PORO	111	260	43%
SANPEDRO	183	522	35%
SUD-COMOE	116	430	27%
TCHOLOGO	54	111	49%
TONKPI	178	536	33%
WORODOUGOU	127	152	84%

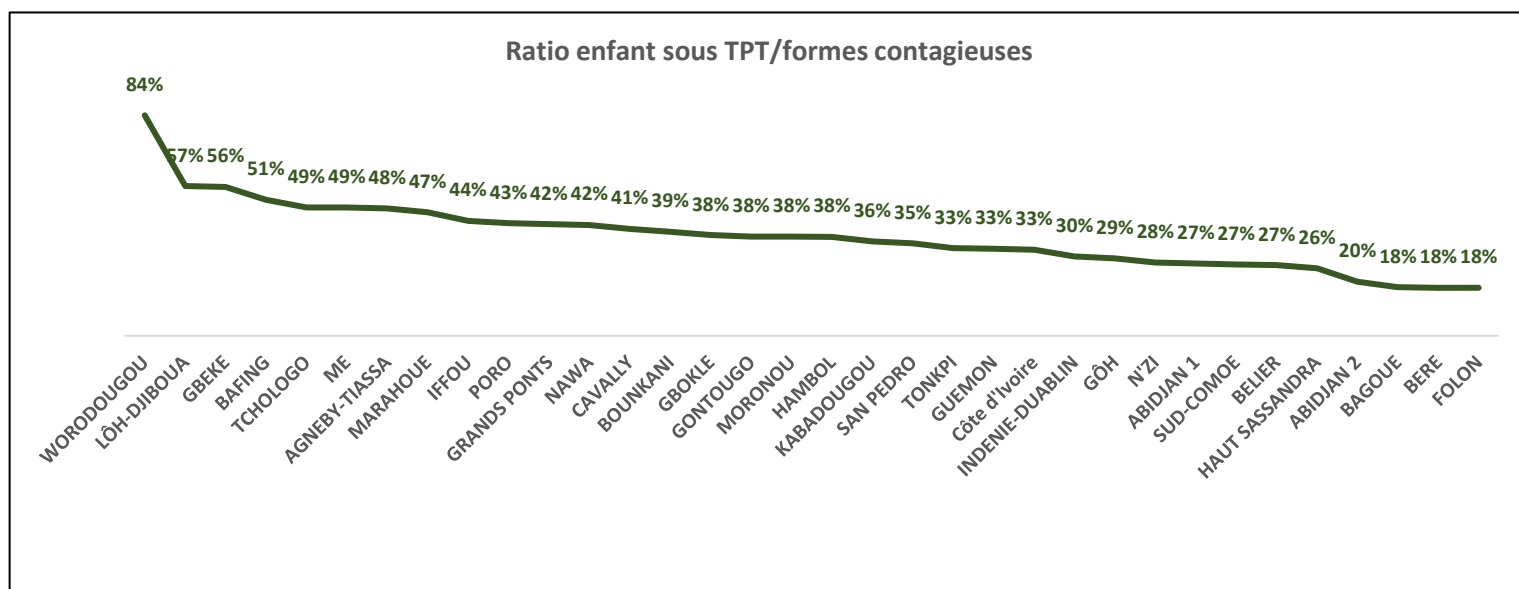


Figure 22 : Mise sous INH des enfants contacts de moins de 5 ans dans les régions sanitaires en 2024

En utilisant le rapport entre enfants mis sous TPI et les cas TPB+ pour évaluer cet indicateur, les performances variaient entre 84% et 18%.

18 régions ont dépassé la cible de 37%. On note que les régions d'Abidjan ont présenté des performances faibles (27% et 20%), enregistrant les gaps les plus importants.

Vu qu'Abidjan draine 43% des cas de tuberculose, il convient de renforcer cette activité dans ses régions.

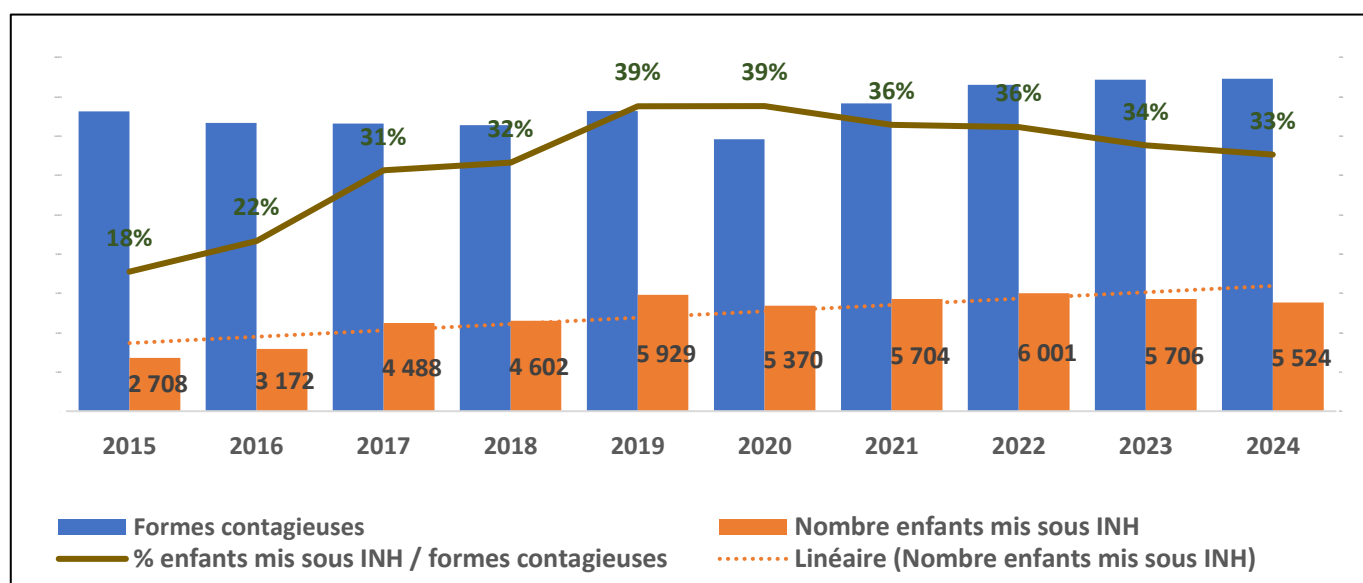


Figure 23 : Evolution de la mise sous TPT des contacts de moins de 05 ans de 2015 à 2024

Le traitement préventif chez les enfants contacts de moins de 05 ans s'est amélioré de 2015 à 2022. On constate cependant une régression de l'activité à partir de 2023.

b. Dans les maisons d'arrêt et de correction

En 2024, 1 095 contacts détenus ont initié une TPT.

Tableau XXX : Traitement préventif de la tuberculose dans les MAC en 2024

	Contacts détenus mis sous TPT
MAC ABENGOUROU	35
MAC ABOISSO	0
MAC ADZOPE	0
MAC AGBOVILLE	0
MAC TIASSALE	0
MAC BONDOUKOU	19
MAC BONGOUANOU	0
MAC BOUAFLE	0
MAC BOUAKE	8
INF-P PUBLIC Prison Civil Maison Pénale de BOUAKE	56
MAC BOUNA	0
MAC BOUNDIALI	32
MAC DABOU	16
MAC DALOA	64
MAC M'BAHIKRO	0
MAC DIMBOKRO	32
MAC SALIAKRO	0
MAC DIVO	0
MAC LAKOTA	7
MAC GAGNOA	8
MAC OUME	8
MAC GUIGLO	0
MAC KATIOLA	0
MAC KORHOGO	0
MAC MAN	56
MAC DANANE	0
MAC ODIENNE	0
MAC SAN-PEDRO	63
MAC TABOU	16
MAC SASSANDRA	0
MAC SEQUELA	8
MAC SOUBRE	0
MAC TOUBA	26
MAC TOUMODI	0
MACA YOPOUGON	641
TOTAL MAC	1 095

17 MAC ont mis des contacts sous TPT.

Plus de la moitié des contacts détenus (59%) ont été mis sous TPT à la MAC d'Abidjan (PPA).

La prévention dans les MAC s'est améliorée par rapport aux 02 années précédentes.

Cela est lié au passage à échelle à toutes les MAC du pays, à la disponibilité des médicaments et à un meilleur suivi de l'activité.

c. Chez les contacts présentant des facteurs de risque ou volontaires

Le nombre de contacts mis sous TPT était de 356 : 103 enfants de 05 à 14 ans et 253 de plus de 15 ans.

L'activité a été menée exclusivement à Abidjan.

Tableau XXXI : Traitement préventif de la tuberculose chez les contacts présentant des facteurs de risque ou volontaires

REGIONS SANITAIRES	DISTRICTS SANITAIRES	CENTRES DE PEC EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE	5-14 ans	>15 ans	TOTAL
ABIDJAN 1	ABOBO EST	CSUS-CAT PUBLIC de ABOBO SOGEFIHA	5	20	25
ABIDJAN 1	ABOBO EST	CHR PUBLIC Houphouët Boigny de ABOBO (ABOBO NORD)	7	11	18
ABIDJAN 1	ABOBO EST	CM PRIVE CONFESIONNEL ST COEUR d'ABOBO-TE	3	9	12
ABIDJAN 1	ABOBO EST	CMS PRIVE ONG ACID	3	9	12
ABIDJAN 1	ABOBO EST	CSU-DM COMMUNAUTAIRE de ABOBO-TE	4	8	12
ABIDJAN 1	ABOBO EST	FSU COMMUNAUTAIRE de ABOBO BAOULE	3	9	12
ABIDJAN 1	ABOBO EST	FSU COMMUNAUTAIRE de ABOBO AVOCATIER	3	3	6
ABIDJAN 1	ABOBO OUEST	FSU COMMUNAUTAIRE de ANONKOUA-KOUTE	9	9	18
ABIDJAN 1	ABOBO OUEST	CM PRIVE Clinique El Rapha de ABOBO	6	2	8
ABIDJAN 2	ADJAME-PLATEAU-ATTECOUBE	CSUS-CAT PUBLIC de ADJAME	0	6	6
ABIDJAN 1	ANYAMA	HG PUBLIC de Anyama	1	4	5
ABIDJAN 1	ANYAMA	CSU-D PUBLIC de ANYAMA	1	0	1
ABIDJAN 1	ANYAMA	CSR-DM PUBLIC de EBIMPE	2	32	34
ABIDJAN 2	KOUMASSI	CSUS-CAT PUBLIC de KOUMASSI	0	1	1
ABIDJAN 2	KOUMASSI	HG PUBLIC de KOUMASSI	5	30	35
ABIDJAN 2	PORT-BOUET-VRIDI	CSU-DM COMMUNAUTAIRE de PORT-BOUET GONZAGVILLE	0	4	4
ABIDJAN 2	PORT-BOUET-VRIDI	FSU COMMUNAUTAIRE de PORT-BOUET VRIDI CANAL	15	19	34
ABIDJAN 2	TREICHVILLE-MARCORY	CSUS-CAT PUBLIC de TREICHVILLE	12	53	65
ABIDJAN 1	YOPOUGON-EST	FSU COMMUNAUTAIRE de YOPOUGON TOITS-ROUGES	0	8	8
ABIDJAN 1	YOPOUGON-EST	CSU-DM COMMUNAUTAIRE de YOPOUGON ANDOKOI	7	4	11
ABIDJAN 1	YOPOUGON-OUEST SONGON	FSU COMMUNAUTAIRE de YOPOUGON PORT-BOUET II	2	1	3
ABIDJAN 1	YOPOUGON-OUEST SONGON	CSU-DM COMMUNAUTAIRE de YOPOUGON AZITO	15	11	26
			103	253	356

Le nombre de contacts mis sous TPT a augmenté du fait du passage à échelle du CAT de Koumassi à tous les CDT d'Abidjan et de l'ajout d'autres facteurs d'éligible au TPT.

d. Suivi de la TPT chez les enfants contacts de moins de 05 ans

En 2023, 84% des enfants mis sous TPT ont terminé leur traitement.

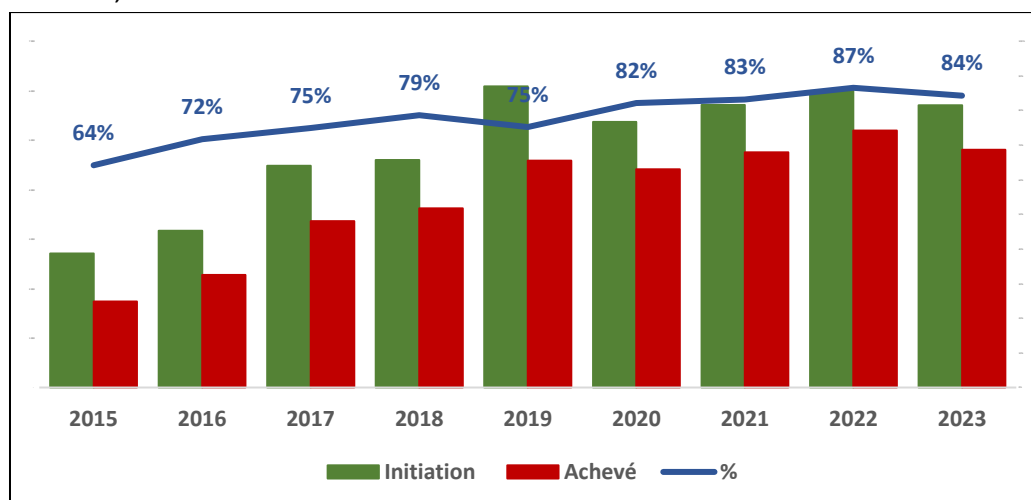


Figure 24 : Suivi des enfants de moins de 5 ans mis sous TPT dans les régions sanitaires de 2015 à 2023

Le suivi de la mise sous TPI des enfants contacts passant de 64% en 2015 à 87% en 2022. Cependant, il y a eu un relâchement qui s'est traduit par une diminution notable de la proportion d'enfants ayant terminé le TPT.

3. Résultats de traitement

La cible nationale du taux de succès thérapeutique pour l'année 2024 était de 87% pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes. La performance nationale a été de 88%.

Tableau XXXII : Résultats de traitement de la cohorte 2023

	Guéris	Traitement terminé	Succès th.	Echecs	Décédés	Perdus de vue	Non évalué
Nouveaux cas et rechutes confirmés bactériologiquement	84%	4%	88%	2%	5%	4%	1%
Retraitement hors rechutes	69%	7%	76%	8%	5%	11%	1%
Nouveaux cas et rechutes diagnostiqués cliniquement		86%	86%		10%	2%	1%
Total nouveaux cas et rechutes	65%	23%	88%	1%	7%	3%	1%
Nouveaux cas et rechutes TB/VIH	53%	30%	83%	1%	13%	2%	1%
Nouveaux cas et rechutes suivis par les communautaires	66%	22%	88%	1%	6%	3%	1%

Le taux succès thérapeutique était de 88% chez les nouveaux cas et rechutes confirmés bactériologiquement et de 86% chez les nouveaux cas et rechutes diagnostiqués cliniquement.

Le taux de décès était de 7% chez les nouveaux cas et rechutes toutes formes, soit 1414 décès.

Le taux de perdus était de 3, soit 702 perdus de vue.

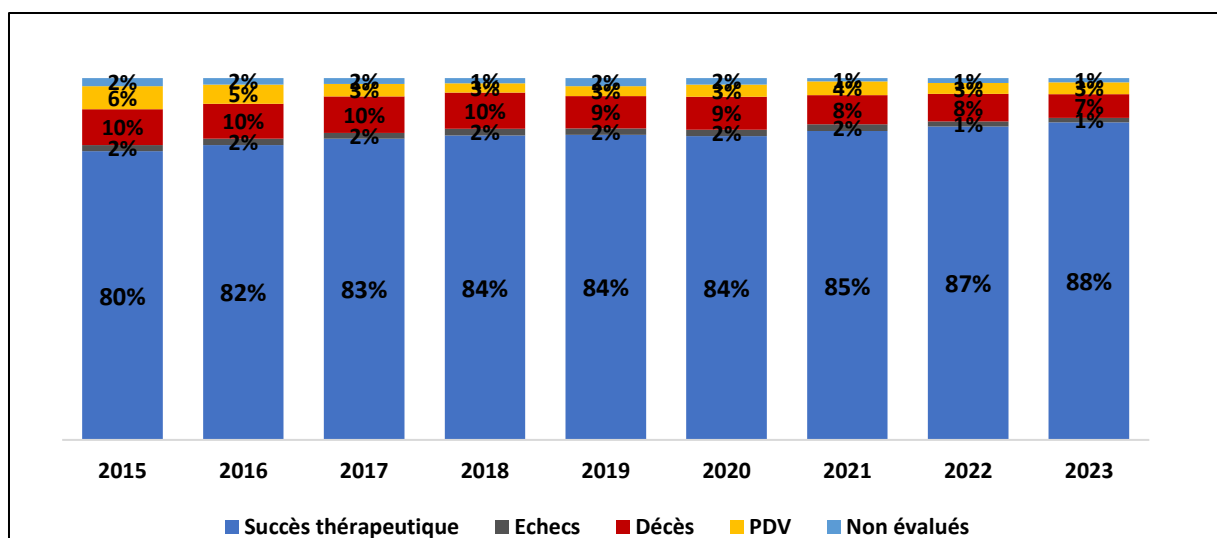


Figure 25 : Evolution des résultats de traitement des cas de Tb pharmacosensible de 2015 à 2023

Le taux de succès thérapeutique s'est amélioré au fil des années passant de 80% en 2015 à 88% en 2023. Cela est lié à une diminution des taux de décès qui sont passés de 10% à 7%, et du taux de perdus de vue qui est passé de 6% à 3%.

e. Résultats de traitement selon les régions sanitaires

Tableau XXXIII : Résultats de traitement des nouveaux cas et rechutes toutes formes par régions sanitaires en 2023

	Succès thérapeutique	Echecs	Décès	Perdus de vue	Non évalués
Côte d'Ivoire	88%	1%	7%	3%	1%
ABIDJAN 1	86%	1%	6%	6%	1%
ABIDJAN 2	89%	1%	6%	2%	1%
AGNEBY-TIASSA	93%	1%	6%	1%	0%
BAFING	94%	1%	3%	1%	0%
BAGOUE	83%	0%	9%	2%	6%
BELIER	80%	3%	9%	5%	3%
BERE	96%	0%	3%	1%	0%
BOUNKANI	85%	0%	12%	2%	1%
CAVALLY	89%	3%	2%	5%	0%
FOLON	65%	4%	22%	9%	0%
GBEKE	87%	2%	10%	1%	0%
GBOKLE	84%	1%	8%	6%	1%
GÔH	90%	1%	6%	1%	1%
GONTOUGO	84%	0%	6%	9%	1%
GRANDS PONTS	88%	2%	9%	0%	0%
GUEMON	92%	2%	5%	1%	0%
HAMBOL	92%	0%	6%	2%	0%
HAUT SASSANDRA	86%	2%	8%	3%	1%
IFFOU	82%	1%	9%	5%	2%
INDENIE-DUABLIN	92%	2%	5%	1%	1%
KABADOUGOU	96%	0%	2%	0%	2%

LÔH-DJIBOUA	89%	0%	6%	4%	1%
MARAHOUÉ	93%	1%	3%	1%	2%
ME	90%	1%	6%	3%	0%
MORONOU	85%	0%	12%	1%	2%
N'ZI	74%	0%	11%	12%	3%
NAWA	92%	1%	5%	2%	0%
PORO	77%	2%	12%	4%	5%
SAN PEDRO	89%	2%	5%	4%	1%
SUD-COMOE	83%	1%	9%	4%	3%
TCHOLOGO	80%	1%	13%	5%	2%
TONKPI	93%	2%	3%	2%	0%
WORODOUGOU	89%	4%	4%	3%	0%

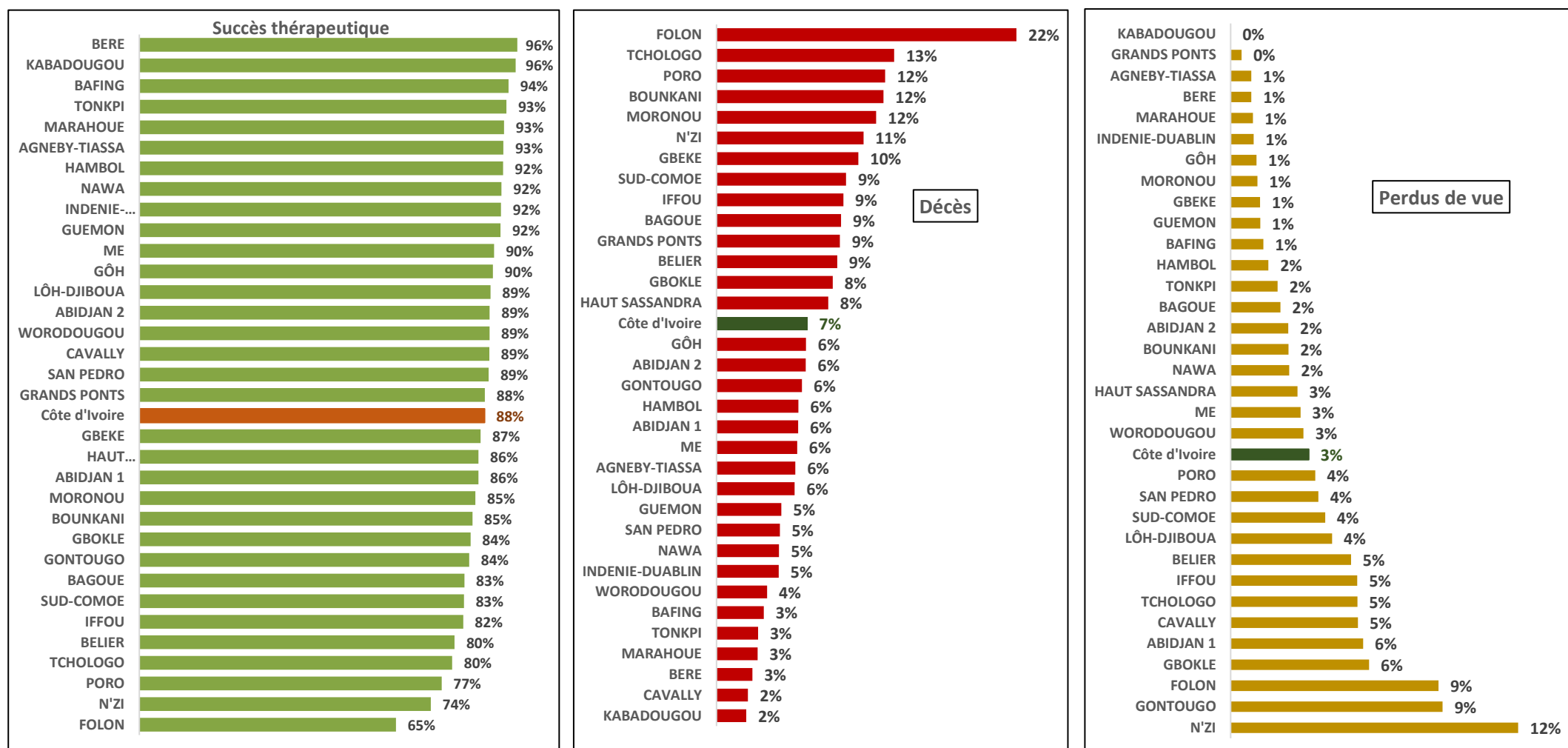


Figure 26 : Résultats de traitement dans les régions sanitaires en 2023

12 régions ont atteint ou dépassé un taux de succès thérapeutique de 90% avec les meilleures performances dans le Bère, le Kabadougou, qui ont dépassé la barre des 95%. Les plus faibles taux ont été retrouvés dans le Folon (65%), le N'Zi (74%) et le Poro (77%) qui sont en deçà de 80%. Les taux de décès variaient entre 2% et 22%, tandis que les taux de perdus de vue variaient entre 0% et 12%.

f. Résultats de traitement à Abidjan

Les résultats de traitement à Abidjan présentent des disparités selon les districts.

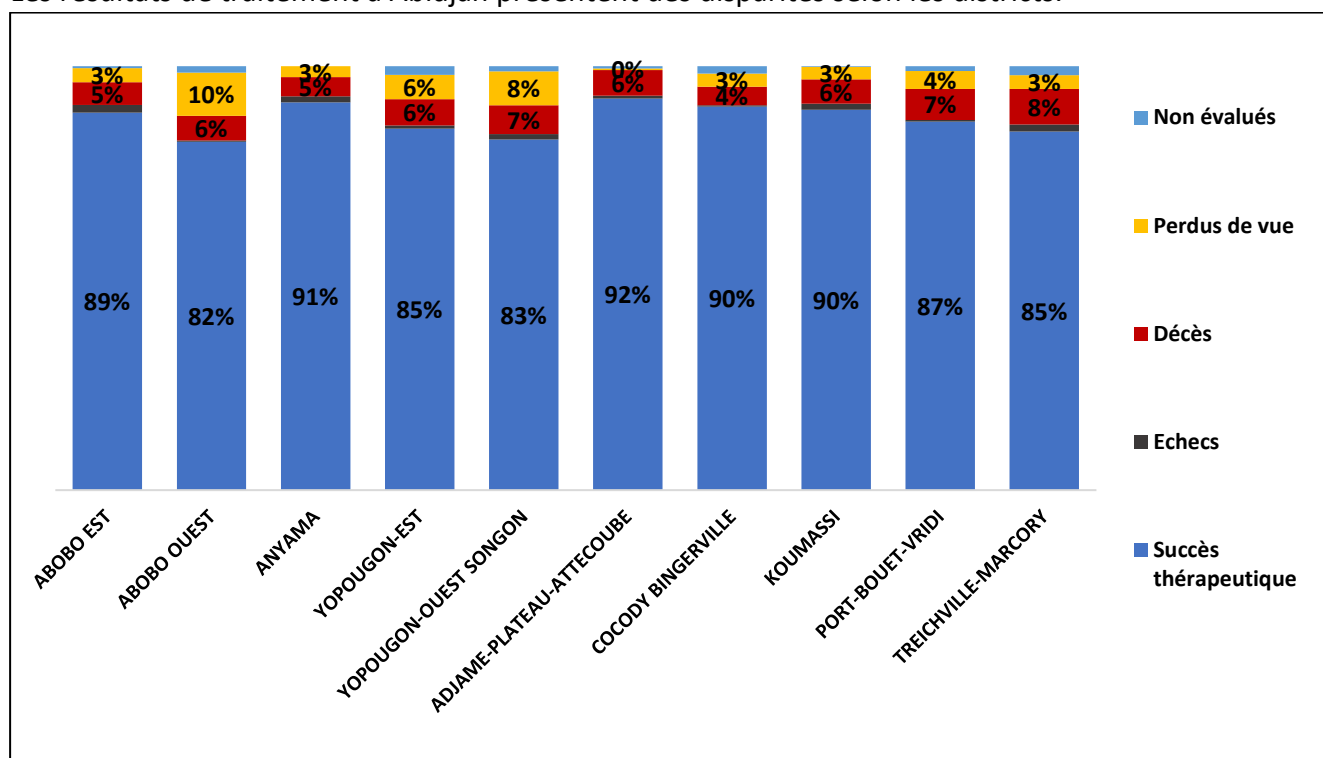


Figure 27 : Résultats de traitement des cas de TB pharmacosensible de la cohorte 2023 à Abidjan

Les districts d'Adjamé-Plateau-Attécoubé, d'Anyama, de Koumassi et de Cocody-Bingerville ont présenté des taux de succès supérieurs à 90%.

Les districts d'Abobo-Ouest, de Yopougon-Ouest-Songon ont présenté des plus faibles performances. Les taux de décès et surtout de perdus de vue étaient élevés dans ces districts.

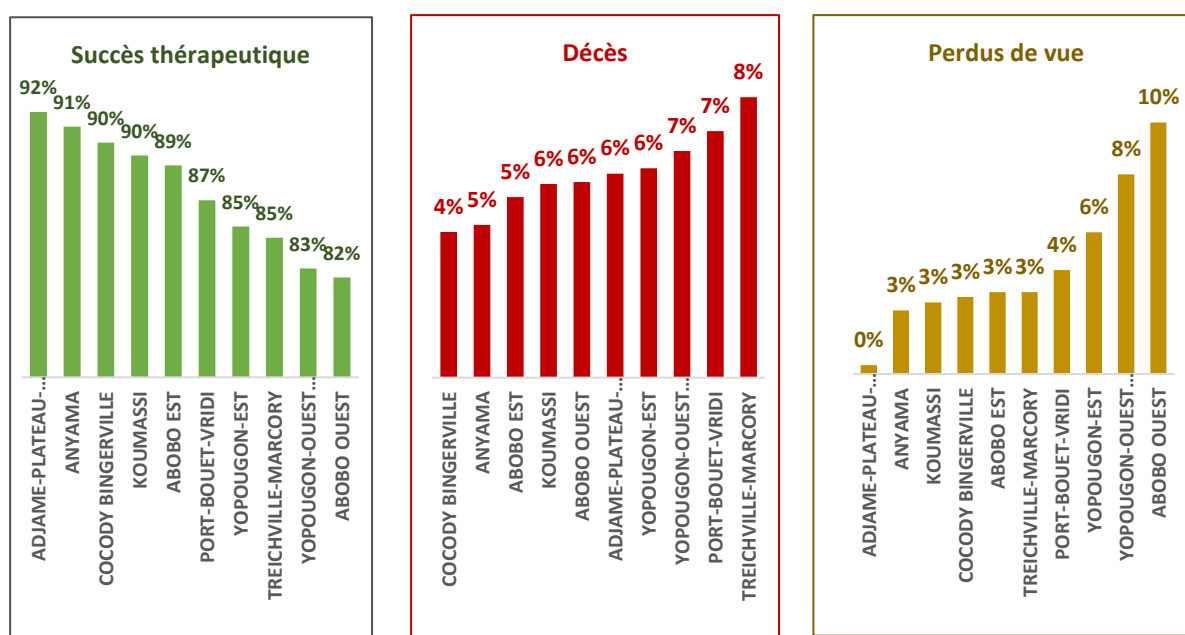


Figure 28 : Résultats de traitement de la cohorte 2023 dans les districts d'Abidjan

g. Evolution des résultats de traitement dans le temps

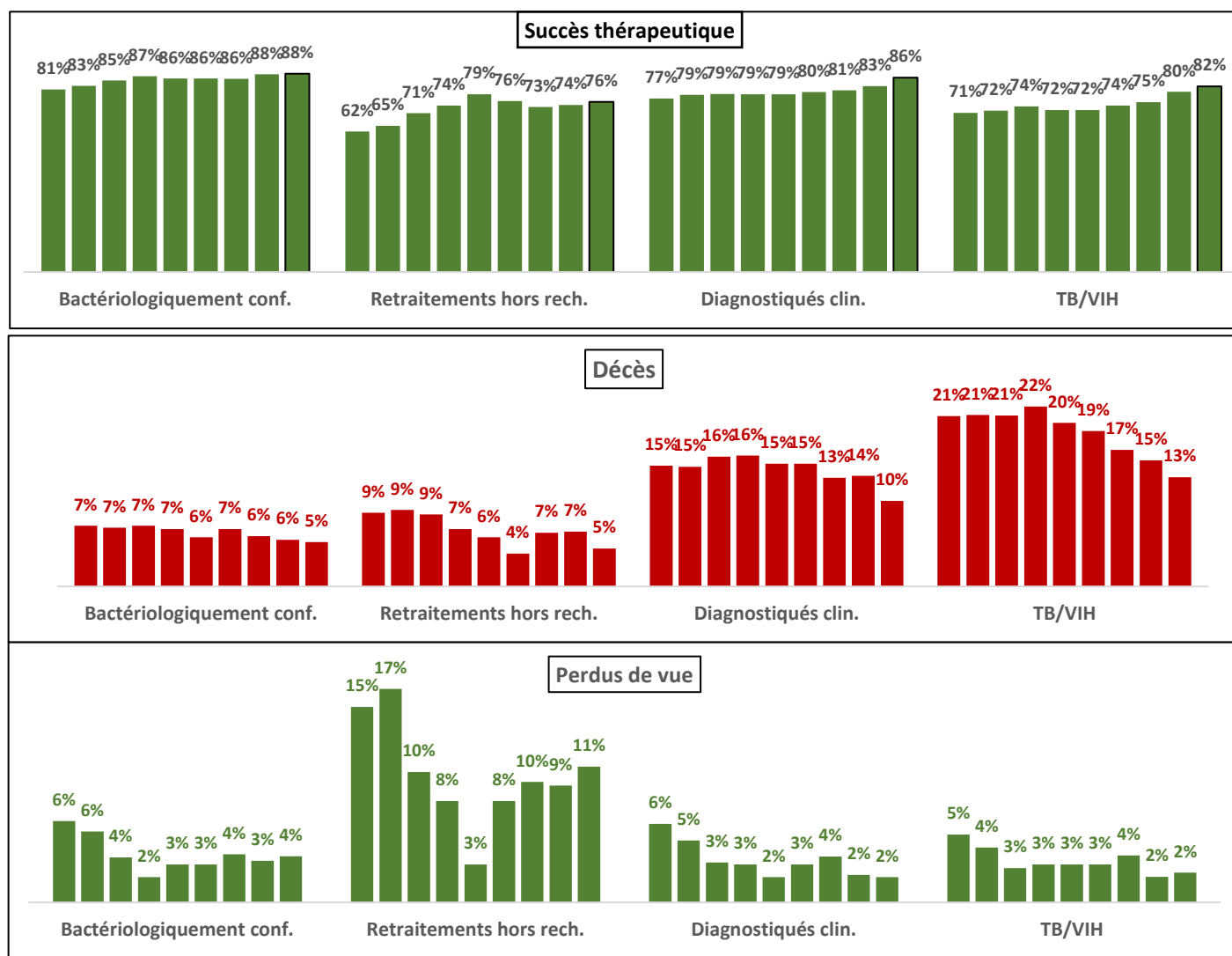


Figure 29 : Résultats de traitement des cas de TB pharmacosensible de 2015 à 2023

Entre 2015 et 2023, on observe une tendance générale à l'amélioration des résultats de traitement avec une augmentation du succès thérapeutique, une diminution des décès et des perdus de vue chez toutes les catégories de patients.

IV. LUTTE CONJOINTE TUBERCULOSE – VIH

En 2024, sur un total de **21 464** nouveaux cas et rechutes de TB, **21 129** patients, soit **97 %** ont été dépistés pour le VIH et la prévalence nationale du VIH chez les patients atteints de tuberculose était de **12%**.

Tableau XXXIV : Cascade TBVIH par régions sanitaires en 2024

	Nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes	Nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes testés pour le VIH		Testés positifs au VIH	Taux de co-infection	Sous ARV		Sous Cotrim	
Côte d'Ivoire	21464	21129	98%	2579	12.2	2503	97%	2207	86%
ABIDJAN 1	4004	3991	100%	471	11.8	443	94%	361	77%
ABIDJAN 2	5122	5055	99%	1012	20	992	98%	832	82%
AGNEBY-TIASSA	625	612	98%	34	5.6	34	100%	34	100%
BAFING	165	163	99%	13	8	13	100%	13	100%
BAGOUE	224	156	70%	5	3.2	4	80%	3	60%
BELIER	659	644	98%	57	8.9	51	89%	38	67%
BERE	209	202	97%	6	3	7	117%	6	100%
BOUNKANI	153	153	100%	12	7.8	12	100%	11	92%
CAVALLY	201	201	100%	32	15.9	32	100%	32	100%
FOLON	23	21	91%	1	4.8	1	100%	1	100%
GBEKE	860	859	100%	128	14.9	125	98%	119	93%
GBOKLE	163	144	88%	5	3.5	6	120%	6	120%
GÔH	465	466	100%	70	15	65	93%	65	93%
GONTOUGO	455	455	100%	43	9.5	43	100%	43	100%
GRANDS PONTS	448	448	100%	48	10.7	46	96%	48	100%
GUEMON	360	356	99%	26	7.3	26	100%	26	100%
HAMBOL	276	271	98%	16	5.9	16	100%	16	100%
HAUT SASSANDRA	1072	1038	97%	74	7.1	74	100%	74	100%
IFFOU	279	279	100%	21	7.5	22	105%	17	81%
INDENIE-DUABLIN	309	309	100%	33	10.7	32	97%	32	97%
KABADOUGOU	87	87	100%	17	19.5	17	100%	4	24%
LÔH-DJIBOUA	476	476	100%	30	6.3	28	93%	29	97%
MARAHOUÉ	608	608	100%	53	8.7	53	100%	52	98%
ME	527	523	99%	40	7.6	44	110%	41	103%
MORONOU	301	301	100%	29	9.6	29	100%	27	93%
N'ZI	270	264	98%	20	7.6	18	90%	15	75%
NAWA	594	561	94%	48	8.6	46	96%	48	100%
PORO	322	294	91%	33	11.2	33	100%	33	100%
SAN PEDRO	599	598	100%	50	8.4	48	96%	46	92%
SUD-COMOE	529	520	98%	61	11.7	53	87%	52	85%
TCHOLOGO	127	123	97%	18	14.6	17	94%	10	56%
TONKPI	781	780	100%	60	7.7	60	100%	60	100%
WORODOUGOU	171	171	100%	13	7.6	13	100%	13	100%

1. Dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose

Les régions ont dépisté entre 70% et 100% des cas.

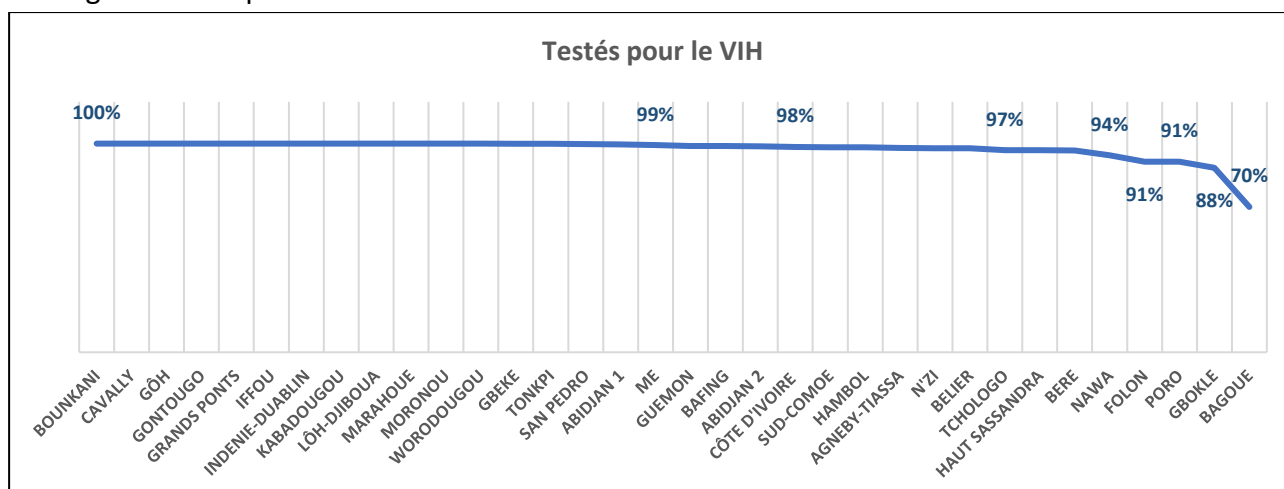


Figure 30 : Dépistage de la coinfection TB/VIH dans les régions sanitaires en 2024

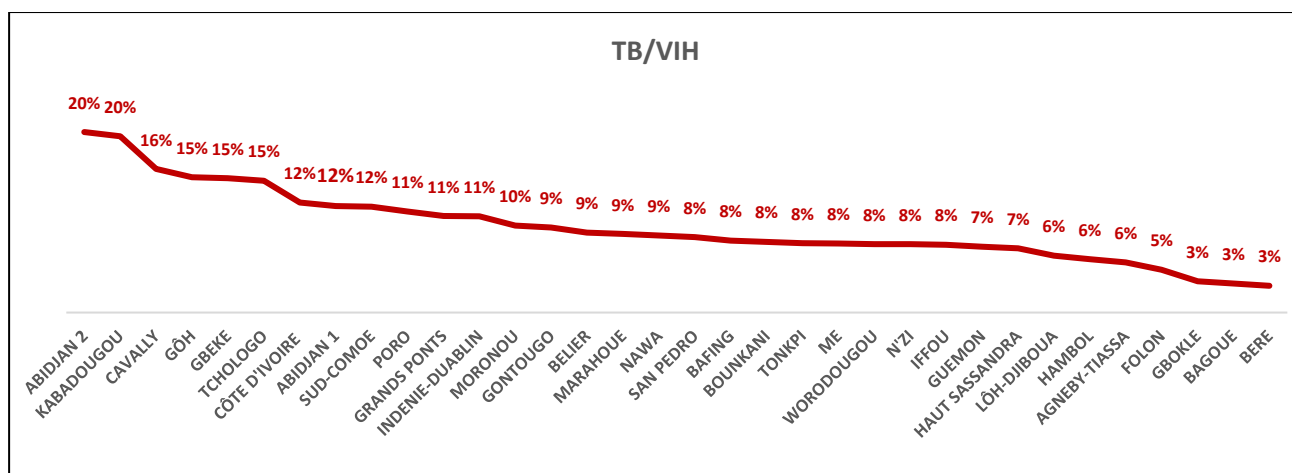


Figure 31 : Prévalence de la coinfection TB/VIH dans les régions sanitaires en 2024

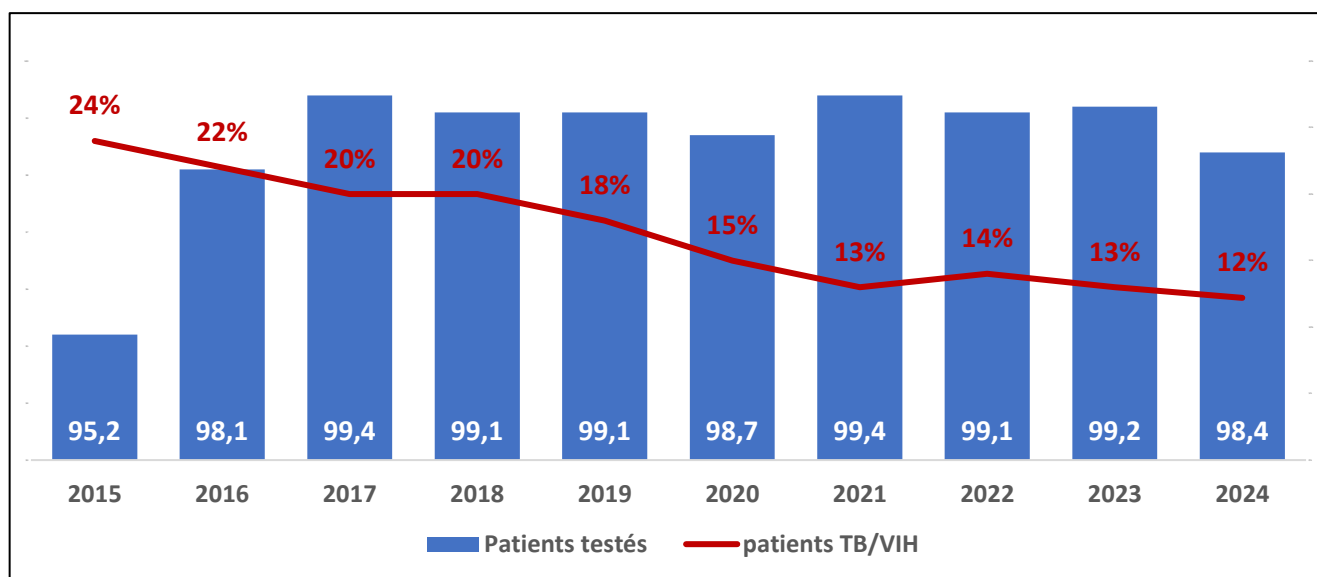


Figure 32 : Test VIH et coinfection TB/VIH au niveau national de 2015 à 2024

Pour la cohorte 2024, les prévalences de la coinfection TB/VIH variaient entre 3% et 20% avec une moyenne nationale de 12%

La proportion de patients testés pour le VIH a diminué en 2024 du fait du changement des tests

On note une diminution progressive du taux de la prévalence de la co-infection TB/VIH, passant de 24% en 2015 à 12% en 2024.

2. Coinfection TB/VIH

Tableau XXXV : Mise sous ARV et Cotrim des cohortes TB/VIH 2023 et 2024

	Mis sous CTX	Mis sous ARV
Cohorte 2023	94%	99%
Cohorte 2024	86%	97%

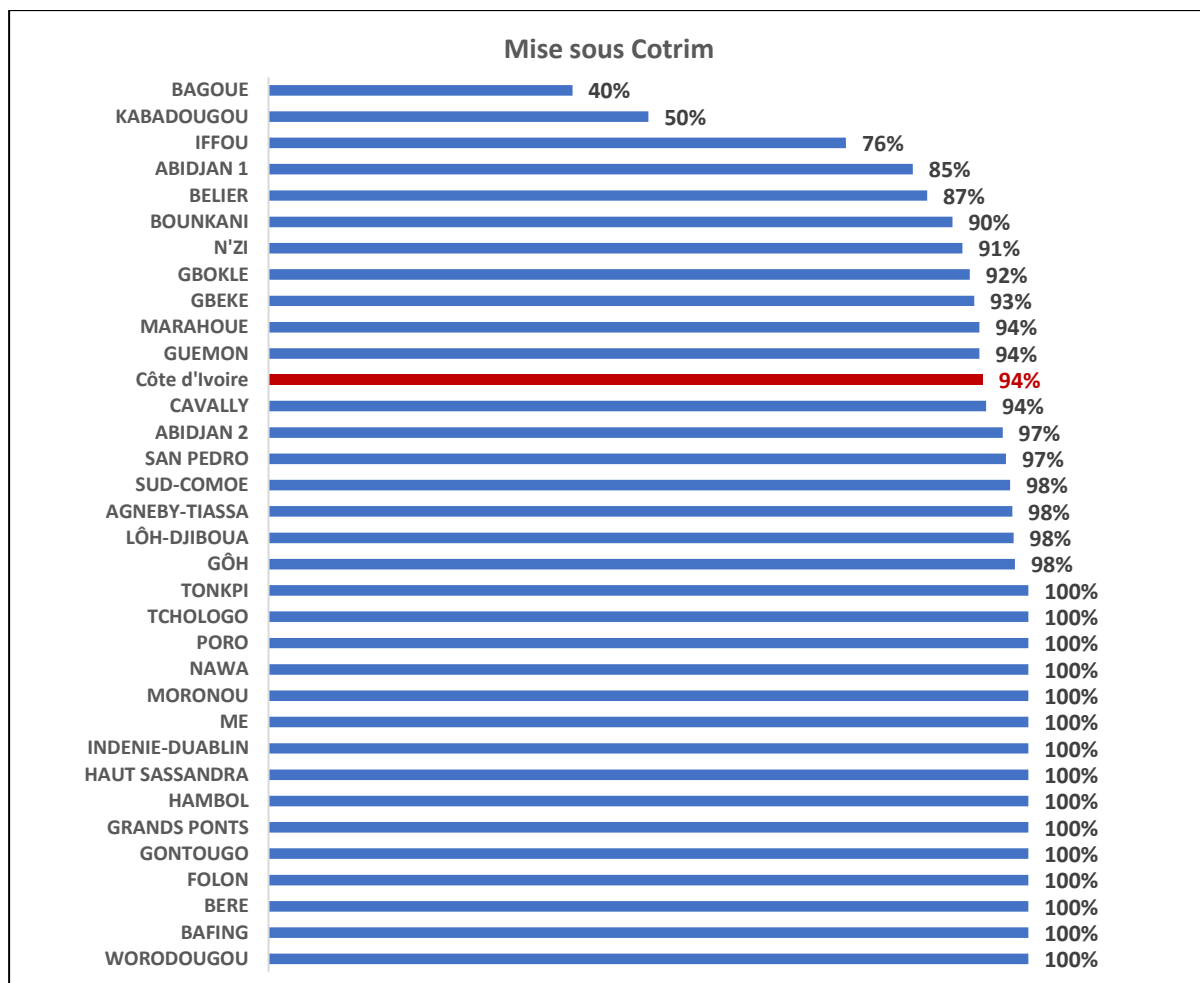


Figure 33 : Mise sous Cotrim par regions sanitaires en 2024 (cohorte 2023)

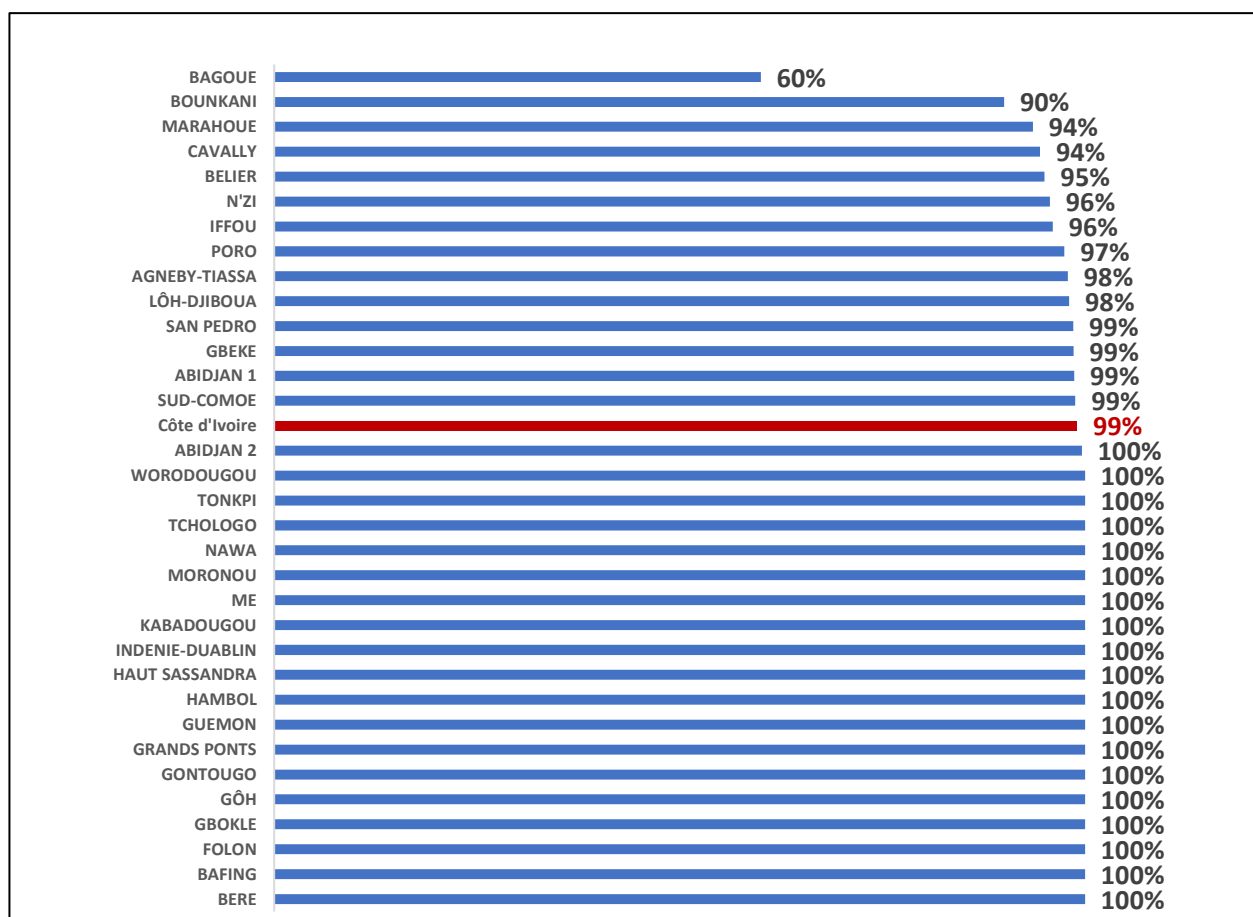


Figure 34 : Mise sous ARV par régions sanitaires en 2024 (cohorte 2023)

En 2024, dans les régions, la mise sous ARV variait entre 100% et 90% et la mise sous Cotrim variait entre 100% et 40%. Il s'agit cependant de données provisoires, vu que certains patients ont été rattrapés après le rapportage des données.

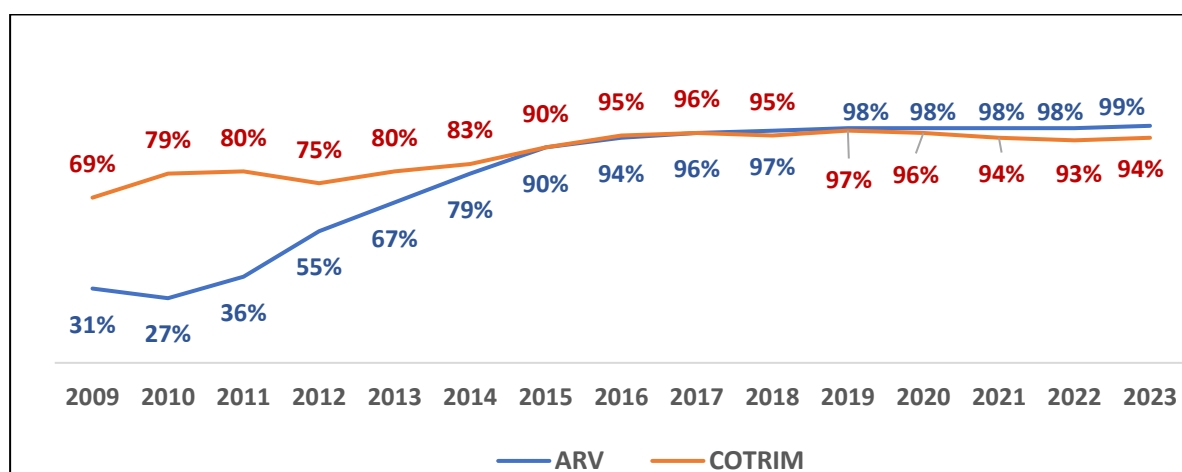


Figure 3 : Evolution de la prise en charge de la co-infection TB/VIH entre 2010 et 2023 (Cohorte 2023)

La prise en charge de la co-infection s'est améliorée au fil des années. Les directives de prise en charge du PNLT recommandent la mise systématique sous ARV et Cotrimoxazole des patients co-infectés TB/VIH. De plus la délégation des soins aux infirmiers pour la prescription

des ARV et la prise en charge systématique des femmes enceintes et/allaitantes vivant avec le VIH sous ARV dans les services PTME ont renforcé l'activité.

3. Recherche active de la tuberculose chez les PVVIH

En 2024, les données provisoires du PNLIS extraites du DHIS2 sur la RA TB ont montré que :

- **317 939 PVVIH** ont reçu les soins VIH (y compris ARV) dans l'établissement au cours du mois dans 2 595 structures de PEC du VIH ;
- Parmi eux **236 113 PVVIH** ont bénéficié d'une recherche active de la TB à la dernière visite ; soit un **taux de recherche active de 74 %**

On note une régression de 1 point par rapport à 2023

L'analyse des données de la recherche active de la tuberculose a révélé qu'en 2024, sur les 113 districts sanitaires, pour la RA TB chez les PVVIH :

- 34 districts ont atteint la cible de 100% ;
- 43 districts sont compris entre 80% et 99%
- 18 districts sont compris entre 50 % et 79 % ;
- 18 districts sont compris entre 5% et 49%, dont les plus faibles sont les districts de Kouassi Kouassikro (9%), Yopougon-Est (22%), Dikodougou & Grand Bassam (25%), M'Batto (27%), Treichville-Marcory, Jacquleville, Soubré (28%), Bouaké Nord-Est (29%), Grand-Lahou (31%), Tengrela (34%), Zuenoula & Ferkessédougou (35%), Mankono (37%), Port-Bouet-Vridi (38%), Agboville (40%), Madinani & Lakota (44%)

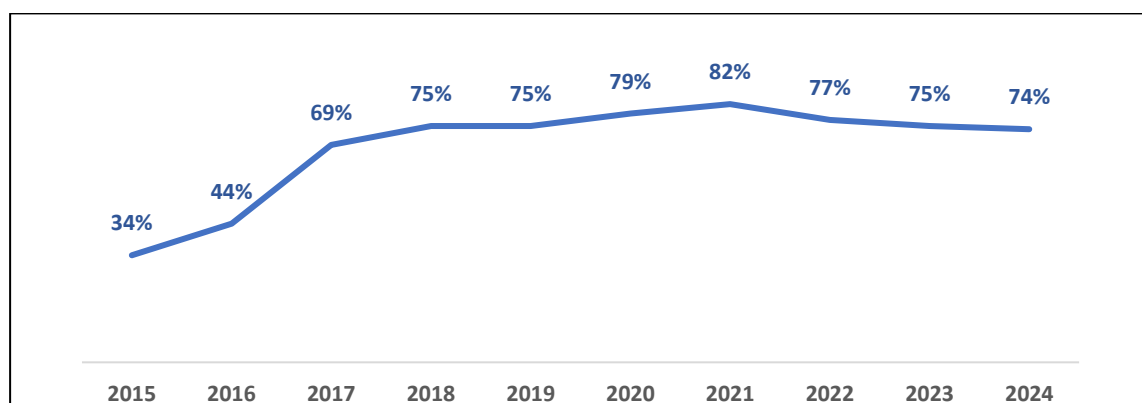


Figure 36 : Evolution de la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH entre 2015 et 2024

Le screening s'est amélioré au fil des années, du fait du renforcement des capacités des acteurs lors des missions de coaching/formation des prestataires de structures moins performantes, de la mise en œuvre du traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH dans certaines structures, d'une appropriation par les services de prise en charge du VIH.

Le taux de recherche active de la tuberculose a connu une augmentation significative passant de 34% en 2015 à 82% en 2021. Cependant, à partir de 2022, il a progressivement diminué pour atteindre 74% en 2024. Des efforts restent à faire pour atteindre la cible de 100%, c'est-à-dire que tous les patients VIH positifs ayant reçu les soins VIH dans les établissements bénéficient d'une recherche active de la tuberculose à la dernière visite.

4. Thérapie préventive de la tuberculose (TPT) chez les PVVIH

En 2024, sur 578 prévus, 432 établissements ont rapporté des données sur la mise en œuvre du TPT.

Sur un nombre total de 259 793 patients VIH positif sous traitement ARV (file active), 126 764 PVVIH sous traitement ARV ont bénéficié du TPT et parmi eux 61 524 l'ont achevé soit un taux d'achèvement de 49%.

Parmi les 126 764 PVVIH ayant bénéficié du TPT, 77 756 étaient mis sous protocole 3HP, 27 156 PVVIH mis sous 6H et 44 386 PVVIH sous pyridoxine (Vitamine B6).

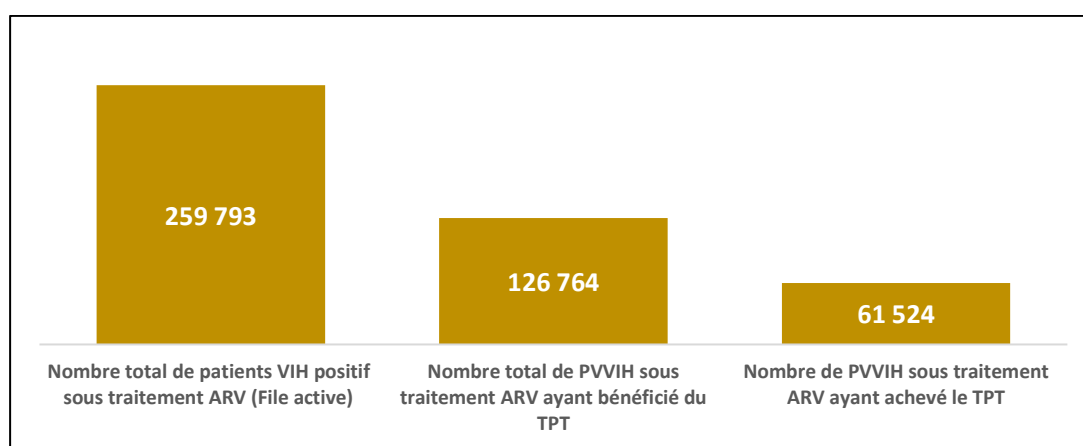


Figure 37 : Cascade TPT chez les PVVIH en 2024

5. Contrôle de l'infection tuberculeuse en milieux de soins

En 2024, 108 agents de santé ont contracté une tuberculose.

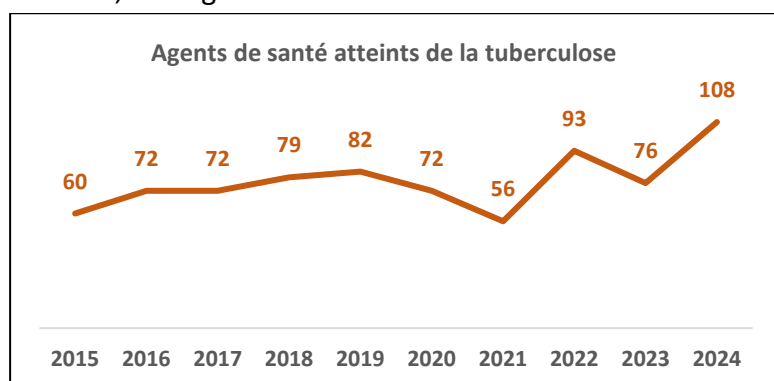


Figure 38 : Nombre de cas de tuberculose parmi les agents de santé de 2015 à 2024

Le nombre notifié d'agents de santé atteints de tuberculose a connu une augmentation après 2021 avec des pics en 2022 et 2024. Cela est lié, soit à une recrudescence des cas ou alors à une amélioration de la notification.

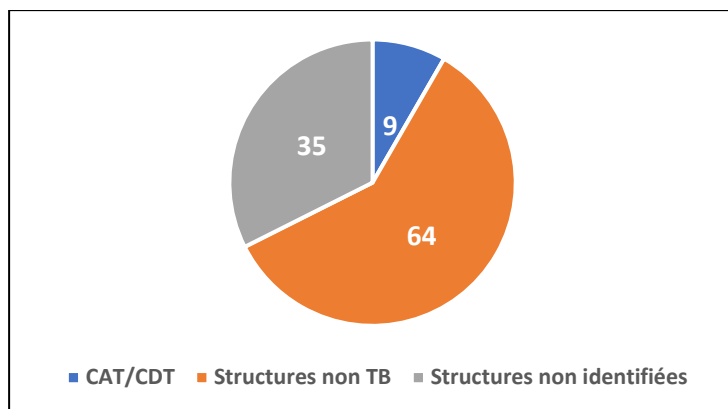


Figure 39 : Structures d'affectation des agents de santé atteints de tuberculose en 2024

La structure d'affectation des agents de santé était disponible pour 73 agents de santé, soit 68%. Parmi ceux-ci, 64, soit 68% ne provenaient pas des structures de prise en charge de la tuberculose (CAT/CDT).

Tableau XXXVI : Qualification des agents de santé atteints de Tb en 2024

Qualification	
Médecin/Pharmacien	06
IDE/SF	24
Tech Labo/ RADIO	05
Aides-soignants	14
Etudiants	15
ASC	08
Autres	26
Non mentionnée	10
TOTAL	108

Les corps les plus touchées étaient les aides-soignants et les infirmiers/sage-femmes.

V. POINT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE MULTI-RESISTANTE/ ULTRA RESISTANTE

1. Diagnostic et mise en traitement des cas TBRR/MR

En 2024, 524 patients TB-RR/MR ont été notifiés et 448 ont initié un traitement de seconde ligne.

Tableau XVII : Répartition des patients TB-RR/MR et mis en traitement par âge, sexe et selon le statut sérologique en 2024

	Patients diagnostiqués			Patients mis en traitement		
Age	>15	<15	Inconnu	>15	<15	Inconnu
	510	10	4	435	9	4
Sexe	Hommes	Femmes	Inconnu	Hommes	Femmes	Inconnu
	357	167	0	301	147	-
Sérologie VIH	Positif	Négatif	Inconnu	Positif	Négatif	Inconnu
	71	395	58	69	378	1

Chez les patients diagnostiqués, les enfants représentaient 2% des cas. Le sexe-ratio était de 2,14 hommes pour 1 femme et le taux de coïnfection avec le VIH était de 15% chez les patients mis en traitement.

Du fait du délai de mise en traitement lié au bilan préthérapeutique, certains patients peuvent initier leur traitement au 1^{er} trimestre de l'année suivante. Il s'agit surtout des cas diagnostiqués au dernier trimestre.

Tableau XXXVIII : Initiation de traitement des patients TBRR/MR en 2024 et 2025

		Nombre notifié	Initiation du traitement		Total	
			2024	2025		
Diagnostic	2023	459	16	0	16	
	2024	524	432	13	445	85%
			448	13		

En 2024, 448 patients TBRR/MR ont initié un traitement de seconde ligne. Parmi eux, on compte 16 patients diagnostiqués en 2023.

Parmi le nombre total de cas diagnostiqués en 2024, 445 ont initié un traitement de 2^{nde} ligne, soit 85% : 432 en 2024 et 13 au 1^{er} trimestre 2025. Le gap était égal à 79 cas non mis en traitement.

Parmi ces cas, on comptait entres autres :

14 patients sont décédés avant l'initiation du traitement

04 patients migrants repartis sur le Niger juste après leur dépistage (mobilité transfrontalière)

08 refus de traitement

11 usagers de drogues avec une mobilité de résidence perdus de vue

01 PréXDR diagnostiqués ; donc retiré de la cohorte des TB

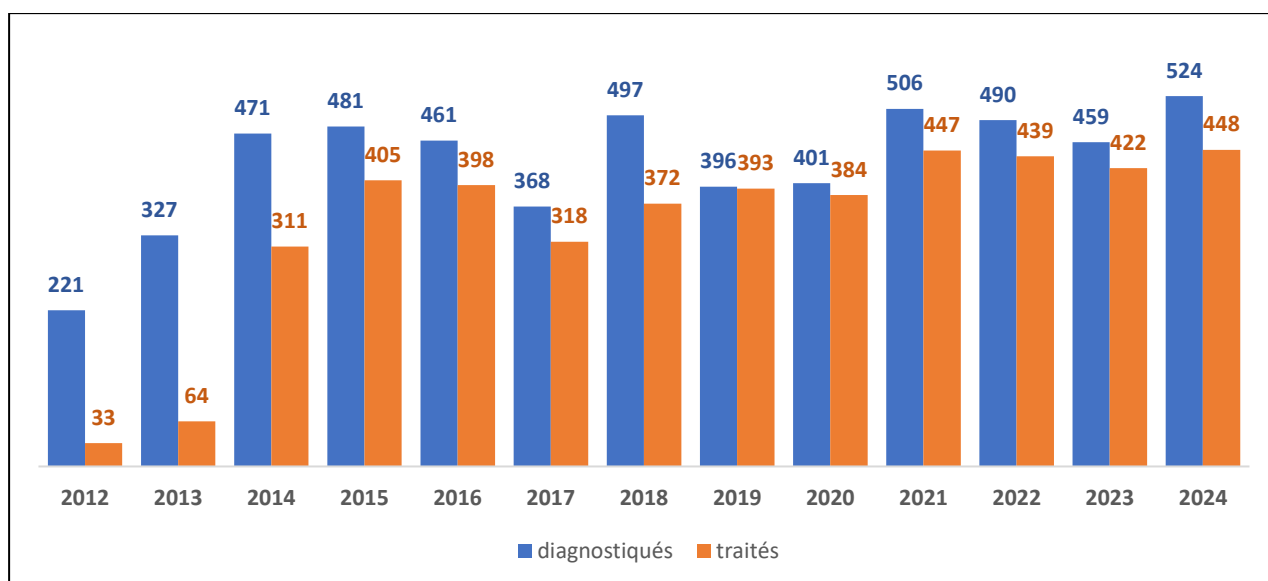


Figure 40 : Notification et mise en traitement TBRR/MR de de seconde ligne 2012 à 2024

Le diagnostic de la tuberculose multi résistante s’est amélioré avec le déploiement d’appareils GeneXpert dans le pays. On a cependant noté à partir de 2016 une diminution de la notification, malgré l’augmentation des capacités diagnostic du pays.

Après un pic observé en 2018, on observe une diminution importante des cas de TBMR/RR en 2019 et une légère tendance à l’augmentation en 2020. En 2021, la notification s’est améliorée de façon notable avec l’utilisation du GeneXpert pour le diagnostic initial.

Cependant en 2022 et 2023, on note une baisse du nombre de TBRR/MR notifiés respectivement à 490 et 459. En 2024, la notification a connu une augmentation, probablement lié au transport d’échantillons par LAPOSTE CI.

Tableau XXXIX : Répartition des patients TBRR/MR par site en 2024

Diagnostic		Mise en traitement	
Site de dépistage		Site de prise en charge	
CAT ABENGOUROU	12	CAT ABENGOUROU	11
CAT ABOBO	61	CAT ABOBO	63
CAT ABOISSO	8	CAT ABOISSO	7
CAT ADJAME	97	CAT ADJAME	46
CAT ADZOPE	9	CAT ADZOPE	9
CAT AGBOVILLE	10	CAT AGBOVILLE	11
CAT BINGERVILLE	2	CAT BINGERVILLE	4
CAT BONDOUKOU	4	CAT BONDOUKOU	4
CAT BONGOUANOU	5	CAT BONGOUANOU	7
CAT BOUAFLE	3	CAT BOUAFLE	5
CAT BOUAKE	17	CAT BOUAKE	19
CAT DABOU	10	CAT DABOU	14
CAT DALOA	20	CAT DALOA	14
CAT DAOUKRO	2	CAT DAOUKRO	2
CAT DIMBOKRO	3	CAT DIMBOKRO	2
CAT DIVO	1	CAT DIVO	10
CAT DUEKOUE	5	CAT DUEKOUE	5

CAT FERKESSEDOUGOU	2	CAT FERKESSEDOUGOU	2
CAT GAGNOA	26	CAT GAGNOA	16
CAT GUIGLO	3	CAT GUIGLO	6
CAT KATIOLA	4	CAT KATIOLA	4
CAT KORHOGO	8	CAT KORHOGO	9
CAT KOUMASSI	25	CAT KOUMASSI	31
CAT MAN	16	CAT MAN	14
CAT ODIENNE	1	CAT MANKONO	1
CAT SAN-PEDRO	8	CAT ODIENNE	1
CAT SASSANDRA	1	CAT SAN PEDRO	8
CAT SEGUELA	3	CAT SASSANDRA	1
CAT SOUBRE	8	CAT SEGUELA	1
CAT TOUBA	1	CAT SOUBRE	8
CAT TREICHVILLE	35	CAT TREICHVILLE	24
CAT YAMOUSOUKRO	16	CAT YAKRO	14
CAT YOPOUGON	1	CAT YOPOUGON	50
CDT FSU COM ANONKOUAKOUTE	5	CAT/DUEKOUÉ/CDT KOUIBLY	1
CDT H G PORT-BOUET	10	PPH CHU COCDY	24
CeDReS	18		
CePReF	17		
HMA	3		
INDE	1		
IPCI	37		
PPA (MACA)	5		
TURQUIE	1		
	524		448

2. Dépistage et mise en traitement des cas de tuberculose PréUR/UR

En 2024, 21 patients pré XDR et 01 XDR ont été notifiés

19 patients pré XDR/XDR ont été mis en traitement de seconde ligne : 01 patiente est décédée avant traitement et 01 a initié le traitement en 2025

Tableau XL: Evolution du dépistage et traitement Pré XDR et XDR de 2015 à 2024

	Pré-XDR	XDR	Traités
2015	00	05	01
2016	00	03	02
2017	14	03	09
2018	18	03	13
2019	10	06	07
2020	20	7	17
2021	21	03	10
2022	39	01	20
2023	27	01	21
2024	21	01	19

3. Résultat de traitement

a. Traitement TBMR/RR

Le taux de succès thérapeutique de la cohorte 2023 est de 74%, légèrement en baisse comparativement à celui de l'année précédente de 75%. Le taux de décès reste toujours élevé (12%) tout comme le taux de perdus de vue (8%).

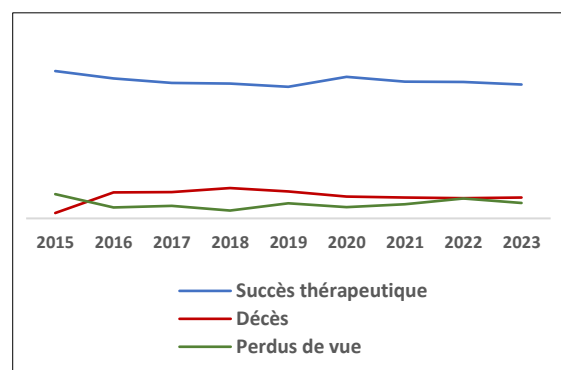
Tableau XVII : Résultats de traitement de la cohorte TBRR/MR 2023

	Guérison	Traitement terminé	Echecs	Décès	Perdus de vue	Non évalués
TB-RR/MR	213	100	21	49	36	06
	50%	24%	5%	12%	8%	1%
	74%					

❖ Evolution des résultats de traitement

Tableau XVIII : Résultats de traitement des cas de TBRR/MR de 2015 à 2023

	Guéri	Traitement terminé	Echecs	Décès	Perdus de vue	Non évalués	Succès thérapeutique
2015	39%	42%	3%	3%	13%	0%	81%
2016	21%	56%	3%	14%	6%	0%	77%
2017	45%	29%	4%	14%	7%	0%	75%
2018	48%	26%	4%	17%	4%	1%	74%
2019	52%	20%	5%	15%	8%	0%	72%
2020	60%	18%	3%	12%	6%	1%	78%
2021	56%	20%	5%	11%	8%	0%	75%
2022	61%	14%	2%	11%	11%	1%	75%
2023	50%	24%	5%	12%	8%	1%	74%



Depuis 2015, le taux de succès thérapeutique connaît une diminution passant de 81% en 2015 à 74% en 2023. En 2015, le taux de décès était bas avec un taux de perdus de vue élevé. Il s'agissait probablement de décès non signalés.

Les taux de guérison étaient faibles en 2015 et 2016. Les difficultés de transmission des résultats de culture par les laboratoires centraux qui expliquaient les nombres relativement élevés de traitement terminé ont pu être amoindries. Ainsi, à partir de 2017, les taux de guérisons se sont progressivement améliorés.

Le taux de décès est resté élevé entre 2016 et 2023 oscillant respectivement entre 11% et 17% pour le taux de décès. Le taux de perdus de vue a évolué en dents de scie avec une augmentation importante en 2022. En 2023, on constate une baisse notable

b. Traitement pré XDR/XDR

Tableau XLIII : Résultats de traitement des patients TB-préXDR/XDR des cohortes 2022 et 2023

	Cohorte 2022 Protocole long (18- 20 mois)		Cohorte 2023 Protocole BPaL/BPaLM court 6 mois	
Guérison	2	10%	4	33%
Traitement Terminé	8	38%	6	50%
Succès thérapeutique	48%		83%	
Echec	1	5%	0	0%
Décès	6	29%	2	17%
Perdus de vue	4	19%	0	0%
Non évalué	0	0%	0	0%
	21		12	

Le taux de succès thérapeutique s'est amélioré au fil des années. Il est passé de 27% en 2017 à 44% en 2021 et 48% pour la cohorte 2022. Les taux de décès et perdus de vue restent encore élevés.

En 2023, 12 patients ont reçu un traitement court BPaL/BPaLM.

Les résultats de traitement laissent apparaître un succès thérapeutique nettement meilleur avec une meilleure observance du traitement (pas de perdus de vue) et un risque de décès moindre.

FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

1. Exécution des financements du PNLT 2024

Au titre de l'année 2024, le financement exécuté s'élevait à **3 698 391 913 FCFA**.

Tableau XLIV: Financement total de la lutte contre la tuberculose en 2024

N°	Sources de financements	Objet du financement	Dotations exécutées	Observations
1	BUDGET ETAT	Fonctionnement et cofinancement Fonctionnement des CAT	1 052 905 454 188 700 738	Ces dépenses concernent toutes les activités du budget Etat exécutées à 99,71 % NPSP 415 millions, soit 40%
2	Fonds Mondial de Lutte contre la Tuberculose	Intensification des interventions de lutte contre la tuberculose (GC7 1ère Année 2024)	2 256 068 496	Ces dépenses concernent toutes les activités du plan annuel 2024 ; Les dépenses avec avis effectifs de UCP (FM) 70%
3	Cellule PEPFAR	Activités de Lutte conjointe TB/VIH en Côte d'Ivoire COP23 année 01	116 162 400	Ces dépenses concernent toutes les interventions MSHP Coag
4	EXPERTISE France (Initiative 5%)	Assistance technique, formation, recherche opérationnelles scientifique sur TB / coût de financement de l'assistance technique pour l'évaluation de la cascade	84 554 825	EXPERTISE France intervient en Côte d'Ivoire essentiellement pour l'appui technique (consultance)
MONTANT TOTAL			3 698 391 913	

2. Lignes exécutées sur les financements de l'Etat dans le cadre de la volonté de payer du fonds mondial pour l'année 2024

- Acquisition des médicaments de 1^{ère} ligne
- Distribution de 2700 kits Alimentaires pour les malades TB/MR
- Achat de 12 ordinateurs portables
- Achat de mobiliers de bureau (chaises et tables de bureau) pour l'équipement de la salle de conférence et des 10 nouveaux CAT
- Contrat de prestations d'entretien (42 agents) des CAT/CDT
- Achat d'un (1) véhicule de type 4*4 TOYOTA HILUX
- Prise en charge des travaux de réhabilitation des CAT /CDT : Dabou, Mankono, Sassandra, Tieningboué et Touba
- Achat de matériels biomédicaux
 - 9 microscopes binoculaires à fluorescence
 - 13 appareils ECG
- Fournitures de consommables médicaux
 - Achat de 137 Films B/100 pour Appareils radiographique 35X35
 - Achat de 22 Cartons Révélateurs pour Films radiographique
 - Achat de 22 Cartons Fixateurs
 - Achat de 500 paquets de 50 Bandelette pour hémoglobinomètre
 - Achat de 5 paquets de 100 Vacutainer de prélèvement
 - Achat de 10 boîtes de 100 Tubes violette (Intrants pour le suivi des TBMR)
 - Achat de 10 boîtes de 100 Tubes rouge (Intrants pour le suivi des TBMR)
 - Achat de 52 boîtes de 100 d'Aiguilles 21 G
 - Achat de 64 Gants B/100
 - Achat de 230 paquets de Sacs poubelles 50L noir
 - Achat de 230 paquets de Sacs poubelles 50L rouge
 - Achat de 37 Comptes comprimés triangulaire
 - Achat de 120 Boîtes de sécurité/collecteur objets souillés
 - Achat de 1 896 réactifs de laboratoires (Genexpert)
 - Achat de 388 bobines
 - Achat de 15 Tubes Falcon 15 ml lot de 50
 - Achat de 34 Pipettes de transfert 5ML (à usage unique) lot de 50
- Outils de sensibilisation
 - Achat de 30 077 dépliants sur la tuberculose
 - Achat de 22 488 Affiches sur la tuberculose

3. Bilan financier 2023 du Fonds Mondial

Financement total GC7 2024-2026

Désignation	Montant en EUR	Montant en XOF
Budget hors HP	6 021 875,91	3 950 091 656
Budget HP	6 003 346,93	3 937 937 442
	12 025 222,84	7 888 029 098

Exécution budgétaire 2024

PNLT	Budget 2024 (EUR)	Décaissements reçus	Taux de décaissement	Dépenses 2024 (EUR)	Taux d'exécution budgétaire 2024 (%)
	(A)	B	(B)/(A)	(C)	(C) / (A)
Subvention hors HP	2 184 657,97	1 791 112,85	82%	1 371 816,5	62,79%
Subvention HP	1 227 332,09	2 090 730,84	170%	982 982,99	80,09%
Subvention globale	3 411 990,06	3 881 843,69	114%	2 354 799,49	69,02%

Tableau XLV : Exécution du budget classique GC7 2024

Code	Libellé	Réalizations	Budget	Disponible	Taux d'exécution (%)
01	1.0 Human Resources (HR)	412 767,06	428 096,21	15 329,15	96,01
02	2.0 Travel related costs (TRC)	324 807,46	422 582,21	97 774,75	76,86
03	3.0 External Professional services (EPS)	91 234,13	331 219,59	239 985,46	27,54
04	4.0 Health Products - Pharmaceutical Products (HPPP)	238 503,82	742 119,70	503 615,88	32,14
05	5.0 Health Products - Non-Pharmaceuticals (HPNP)	143 932,62	201 379,85	57 447,23	71,47
06	6.0 Health Products - Equipment (HPE)		90 348,15	90 348,15	
07	7.0 Procurement and Supply-Chain Management costs (PSM)	17 364,66	193 484,40	176 119,74	8,97
09	9.0 Non-health equipment (NHP)	55 660,11	288 328,28	232 668,17	19,30
10	10.0 Communication Material and Publications (CMP)	28 333,72	33 538,78	5 205,06	84,48

11	11.0 Indirect and Overhead Costs	228 582,95	327 997,34	99 414,39	69,69
12	12.0 Living support to client/ target population (LSCTP)	68 885,61	180 819,78	111 934,17	38,10
13	13.0 Payment for results	57 184,58	199 440,00	142 255,42	28,67
	Total	1 739 386,12	3 439 354,29	1 699 968,17	68,47

4. Difficultés

- Retard dans la livraison des médicaments antituberculeux de 1ère ligne avec risque de rupture par l'absence de préfinancement de l'achat
- Faiblesse du budget de réhabilitation face au nombre élevé des sites dégradés de prise en charge de la TUBERCULOSE
- Insuffisance de financement pour la mobilisation sociale et la communication sur la tuberculose
- Manque d'appareils de radiographie os-poumons numérique dans les CAT (10 nouveaux CAT et les CAT Adjamé. Abengourou. Korhogo et Daloa « défaillants »)
- Transmission tardive des fiches et des contacts des patients au service comptabilité pour la prise en charge des transports.
- Retard de la confirmation du paiement des transports des patients par les CAT.
- Difficultés liées aux justificatifs des avances de fonds (retard, qualité et complétudes des pièces).
- Lenteur dans la passation des marchés
- Insuffisance de communication du service de contrôle de gestion de l'UCP avec les PR

5. Recommandations

- Faire un plaidoyer auprès de la NPSP pour préfinancer l'achat des médicaments du montant notifié sur le budget ETAT du PNLT
- Prendre en charge progressivement tous les sites à réhabiliter
- Mettre à niveau le plateau technique des CAT (Numérisation et acquisition des appareils radiographie numérique, ECG, GeneXpert)
- Renforcer le financement pour la mobilisation sociale et la communication
- Transmettre au service comptabilité la fiche des patients et le numéro mobile en vue de la prise en charge rapide des transports.
- Valider formellement le paiement des transports par chaque CAT (recommandation du dernier audit).
- Transmettre à la comptabilité les justifications des avances (20 jours calendaires pour les CAT et 1 semaine pour la coordination)
- Faire un suivi rigoureux des passations des marchés qui représentent une part importante de la subvention
- Améliorer la communication entre le contrôle de gestion les RPM et les PR pour être efficace dans le traitement des décaissements

6. Perspectives

➤ Engagement de l'Etat de Côte D'Ivoire à renforcer le financement de la lutte contre la TB (Incitation au cofinancement 2025)

- Acquisition des médicaments antituberculeux de 1ère ligne (880 567 510f)
- Alimentation des malades TB/MR y compris les malades internés du centre spécialisé d'Adzopé,
- Prise en charge des microscopistes (41), des agents d'hygiènes y compris ceux des 10 nouveaux CAT (52)
- Disponibilité des budgets pour tous les CAT (247 316 533 F)
- Acquisition du matériel biomédical (microscopes, Appareils de radiographie os-poumons (02) et divers petits matériels et consommables médicaux)
- 4Achat d'outils de sensibilisations et les acquisitions du mobilier et matériel informatique
- Réhabilitation continue de CDT/CAT (Touba. Daoukro. Duékoué. Ferké. Divo. Adjamé et PNLT)
- Acquisition de 8 véhicules de type 4*4 pour les nouveaux CAT

➤ Engagement du fonds mondial à financer la lutte contre la TB (GC7 2024-2026)

CONCLUSION