

---

# Formulaire de demande de financement

## Période d'allocation 2020-2022

---

Se reporter aux Instructions relatives à « l'examen complet » pour remplir ce formulaire.

### Résumé

<b>Pays</b>	CÔTE D'IVOIRE
<b>Composante(s)</b>	TUBERCULOSE
<b>Date de début prévu de la ou des subvention(s)</b>	01/01/2021
<b>Date de fin prévue de la ou des subvention(s)</b>	31/12/2023
<b>Réципиентаire(s) principal (ux)</b>	PNLT et ALLIANCE CI
<b>Devise</b>	EURO
<b>Montant de la demande de financement dans les limites de l'allocation</b>	16 978 299 Euro
<b>Montant de la demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée<sup>1</sup></b>	5,890,492.45 EUR
<b>Montant de la demande de fonds de contrepartie<sup>2</sup></b> (le cas échéant)	



<sup>1</sup> Les demandes hiérarchisées de financement au-delà de la somme allouée ne peuvent être déposées que conjointement avec la demande de financement. Pour élaborer une demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée, remplir le document-type au format Excel qui sera transmis par le Secrétariat du Fonds mondial.

<sup>2</sup> Cette section ne concerne que les candidats dont la lettre d'allocation indique que des fonds de contrepartie leur ont été assignés.

## Section 1 : Contexte lié à la demande de financement

Pour répondre aux questions ci-dessous, se reporter aux *Instructions* et au(x) **tableau(x) des données essentielles**.

### 1.1 Principaux documents de référence concernant le contexte du pays

Énumérer les principaux documents de référence cités dans la présente demande de financement qui fournissent des informations contextuelles transversales et propres aux maladies concernant le pays. Les *Instructions* contiennent une liste des types de documents pouvant être utilisés.

Document de référence	Référence du lien/de la pièce jointe	Section(s) ou numéro(s) de page correspondants
Plan Stratégique 2021- 2025 de lutte contre la tuberculose	Annexe 1	Toutes les pages
PNDS 2016-2020	Annexe 2	Page 13
Rapport d'exécution et présentation des principaux résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 2014	Annexe 3	Page 24
Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2018	Annexe 4	Résumé Page 19, page 99
Indices et indicateurs de développement humain du PNUD, 2018. Mise à jour statistique	Annexe 5	Page 24
WHO Global TB Report 2018	Annexe 6	Page 1
Rapport annuel PNLT, 2018	Annexe 7	Page 20
CIPHIA_Côte D'Ivoire-SS_FRENCH	Annexe 8	Page 1
Rapport_Evaluation_TPI_vfinale_sept2019	Annexe 9	Pages 29, 30 et 31
Enquête de résistance	Annexe 10	Page 93
Cadre collaboratif pour les soins et le contrôle de la tuberculose et du diabète. OMS, Genève 2011	Annexe 11	Page 11
MdM_Etude TB Usagers Drogues RCI_Rapport Complet FR	Annexe 12	Page 32
Constitution ivoirienne du 8 novembre 2016	Annexe 13	Page 2 (article 9)
Charte des patients pour les soins antituberculeux	Annexe 14	Page 1
Plan Stratégique de la santé communautaire 2017-2021 en Côte d'Ivoire	Annexe 15	Pages 50, 53 et 54

## 1.2 Résumé du contexte du pays

Présenter les éléments cruciaux du **contexte du pays** qui ont servi à élaborer la présente demande de financement.

Les points suivants doivent être traités dans la réponse :

- le contexte épidémiologique et d'autres informations pertinentes relatives à la maladie ;
- des informations sur le système de santé spécialisé dans la maladie et le système de santé en général, ainsi que sur les liens qui existent entre eux ;
- les populations-clés et/ou vulnérables concernées ;
- les inégalités et les obstacles liés aux droits humains, au genre et à l'âge qui entravent l'accès aux services ;
- les inégalités et les obstacles socioéconomiques, géographiques et autres qui entravent l'accès aux services de santé ;
- l'engagement et les ripostes communautaires ;
- le rôle du secteur privé.

Se référer aux informations contenues dans les principaux documents de référence énumérés à la **section 1.1**.

La Côte d'Ivoire, pays d'Afrique de l'Ouest avec une superficie de **322 462 km<sup>2</sup>** est subdivisée en **14 districts** dont **2 districts autonomes** (Abidjan et Yamoussoukro), **31 régions administratives**, 108 départements, 410 sous-préfectures, et plus de **8 600 villages (Annexe 2)** .

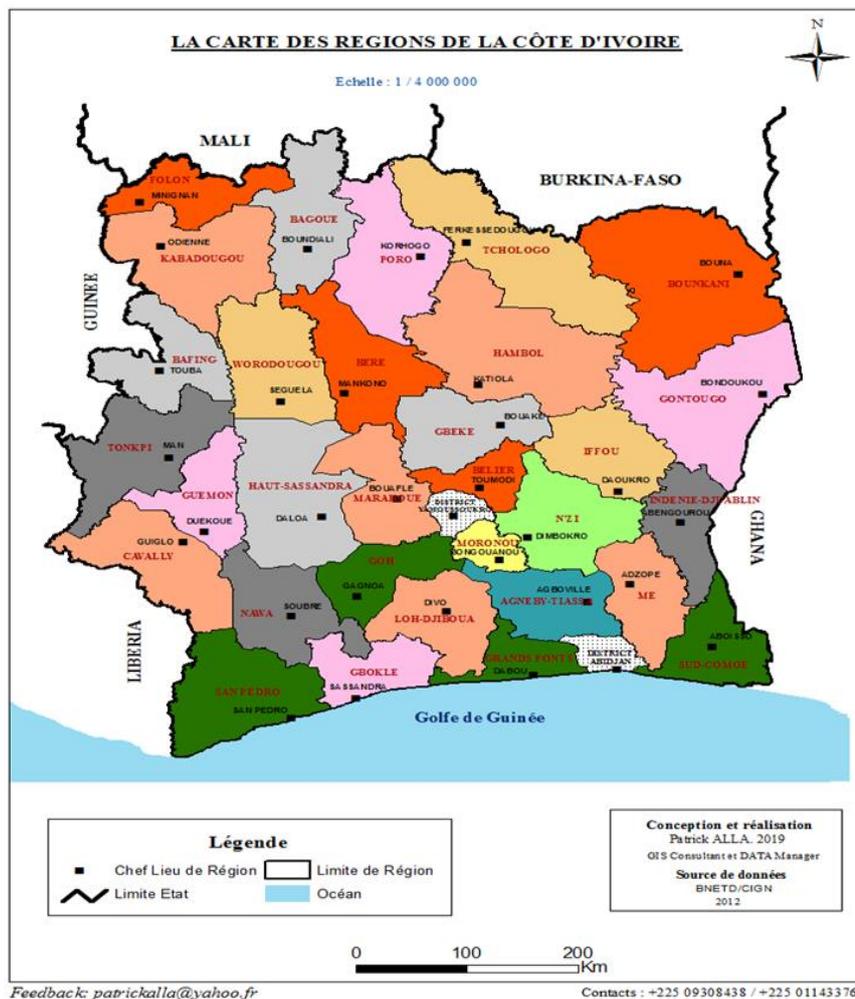


Figure 1 : Répartition des régions de la Côte d'Ivoire

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) (**annexe 3**) de 2014, avec un taux d'accroissement de 2,6%, la projection de la population ivoirienne est estimée en 2019 à 25.823.071 habitants. Plus de 46 % de la population ivoirienne vit en dessous du seuil national de pauvreté et une

proportion encore plus importante (57 %) de la population pauvre habite en zone rurale. La pauvreté est plus accentuée en milieu rural (56,8%) qu'en milieu urbain (35,9%). La région contribuant le plus à la pauvreté est Abidjan qui abrite 9,3% des pauvres. Le taux brut de mortalité est estimé à **10,2 pour 1000 habitants** selon le RASS 2018 (**Annexe 4**).

Selon le rapport du PNUD, 2018, l'espérance de vie à la naissance est de **54,1 ans** et l'**Indice de Développement Humain (IDH)** classe la Côte d'Ivoire au **170<sup>ème</sup> rang parmi 189** (**Annexe 5**).

La tuberculose est un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. Les estimations de l'OMS en 2018, indiquent que l'incidence de la tuberculose était de 142 cas pour 100.000 habitants et la mortalité de 32 décès pour 100.000 habitants (**Annexe 6**).

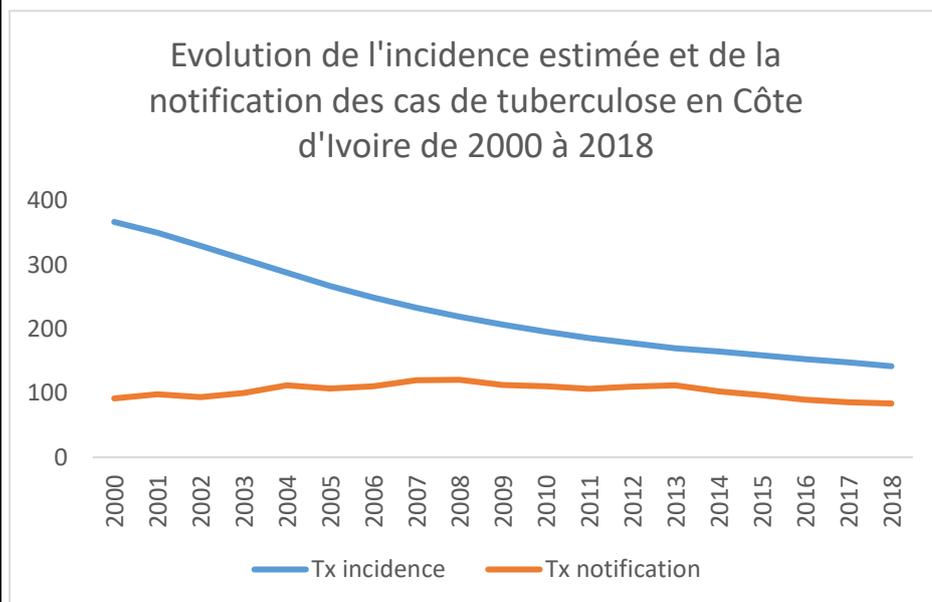


Figure 2 : Evolution de l'incidence estimée et de la notification des cas de tuberculose en Côte d'Ivoire, 2000 à 2018

Pour intensifier la lutte contre la TB, le pays appuyé par les partenaires techniques et financiers a procédé à un vaste programme de décentralisation de la lutte en vue de rapprocher les outils de diagnostic et de traitement de la TB des populations. Les leçons tirées de cette mise en œuvre indiquent une faiblesse du taux de notification en raison de l'implication insuffisante du secteur privé et de la faible utilisation d'outils moléculaires pour le diagnostic de la TB due à un algorithme sélectif basé essentiellement sur les cas en situation de retraitement.

En effet, pour un nombre estimé de 35 700 cas de tuberculose en 2018, le pays n'a pu notifier et mettre en traitement que 21 034 cas soit une couverture du traitement de 59%. Il existe donc potentiellement de nombreux cas manquants.

### Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes notifiés de 2009 à 2019

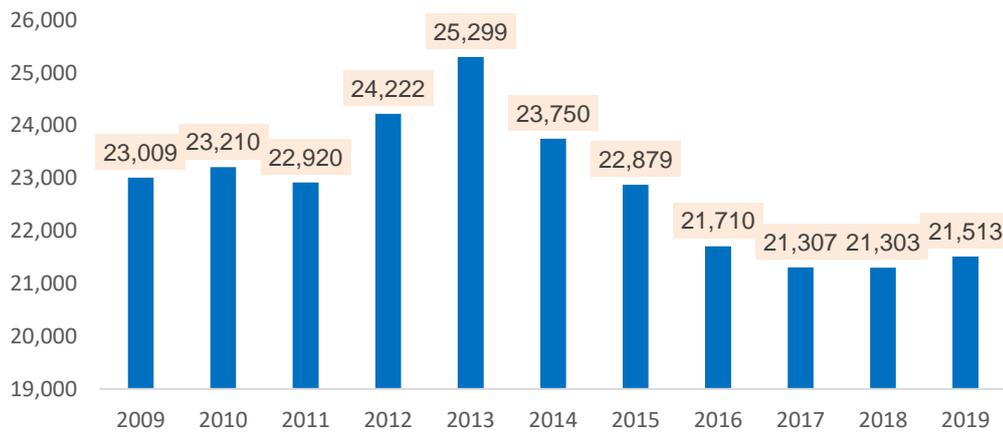


Figure 3: Evolution du nombre de cas de TB notifiés de 2009 à 2019

On note par ailleurs une différence régionale du taux de notification entre les grandes villes et les zones rurales. C'est à Abidjan que l'on note les plus forts taux avec 175 cas pour 100 000 habitants. Les faibles taux se retrouvent particulièrement dans le nord du pays avec 28 cas pour 100 000 habitants dans le Poro-Tchologo-Bagoué.

### Répartition du taux de notification des nouveaux cas et rechutes par régions sanitaires, 2019

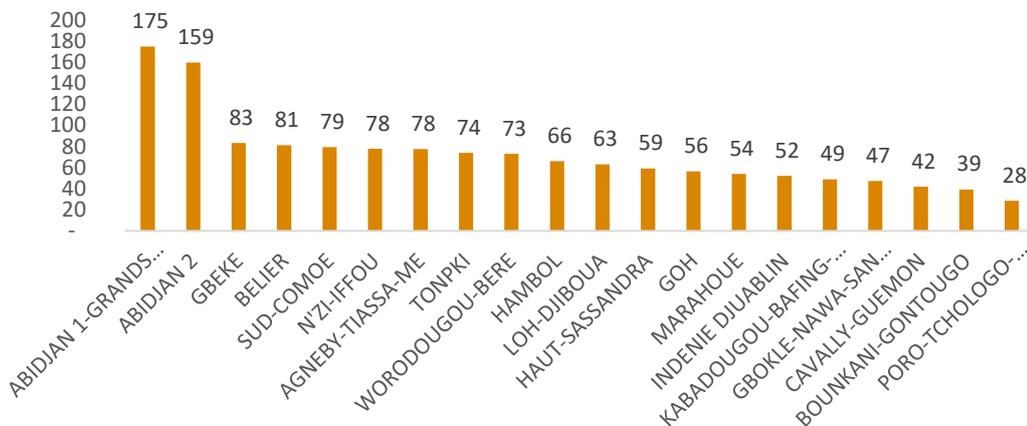
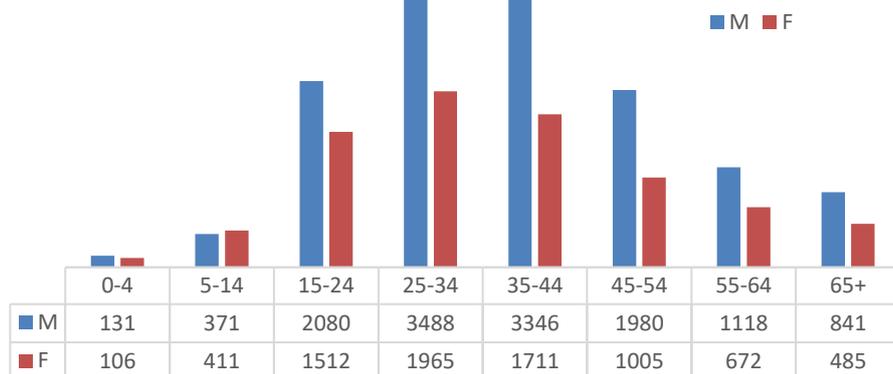


Figure 4 : Répartition du taux de notification des nouveaux cas et rechutes par régions sanitaires en 2019

En 2019, le sex-ratio était de 1,7 homme/femme. L'évolution des cas notifiés de tuberculose par âge et par sexe n'a pas changé. En effet, le plus grand nombre de cas de tuberculose s'observe dans la tranche d'âge des 15 à 44 ans (66%) avec un pic dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans qui représentait 26% des cas de tuberculose. Les enfants représentent 4,8% des cas notifiés. On note une sous notification des enfants liée aux difficultés dans le diagnostic de la maladie dans cette tranche de la population malgré la mise en place d'algorithme faisant référence au GeneXpert comme outil de diagnostic (**Annexe 7**).

Figure 5 : Répartition des cas de TB selon l'âge et le sexe



La Côte d'Ivoire est un pays en situation d'épidémie mixte (généralisée et concentrée) de l'infection à VIH/Sida. L'enquête nationale CIPHA menée auprès des ménages entre août 2017 et mars 2018, révèle une prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 64 ans en Côte d'Ivoire de 2,9 % : 4,1 % chez les femmes et 1,7 % chez les hommes. Cela correspond à environ 390 000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) âgées de 15 à 64 ans en Côte d'Ivoire. La prévalence de la suppression de la charge virale (SCV) chez les adultes séropositifs âgés de 15 à 64 ans en Côte d'Ivoire est de 40,2 % (45,9 % chez les femmes et 27,7 % chez les hommes) (**Annexe 08**).

Les données du PNLT indiquent que le taux de co-infection Tuberculose et VIH a considérablement régressé passant de 39% en 2007 à 17% en 2019. Ces taux variaient entre 7% (Loh-Djiboua) et 24% (Abidjan 2).

Evolution du taux de co-infection TB/VIH de 2007 à 2019

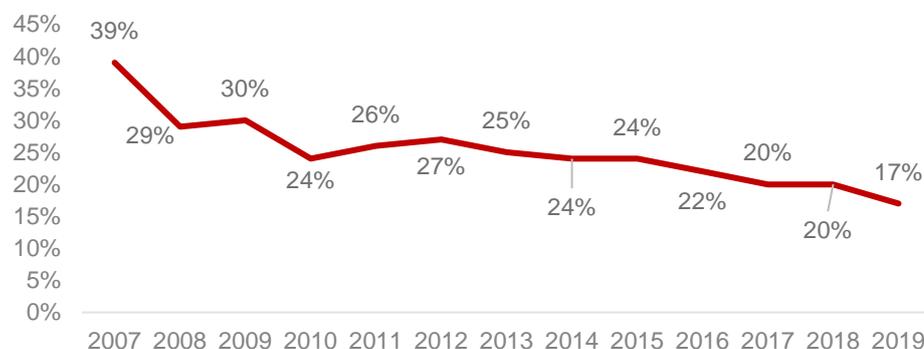


Figure 6: Evolution du taux de co-infection TB/VIH de 2007 à 2019

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. De plus la délégation des soins aux infirmiers pour la prescription des ARV a renforcé l'activité car ce type de personnels reste les plus nombreux sur les sites.

### Evolution de la prise en charge de la co-infection TB/VIH entre 2008 à 2018

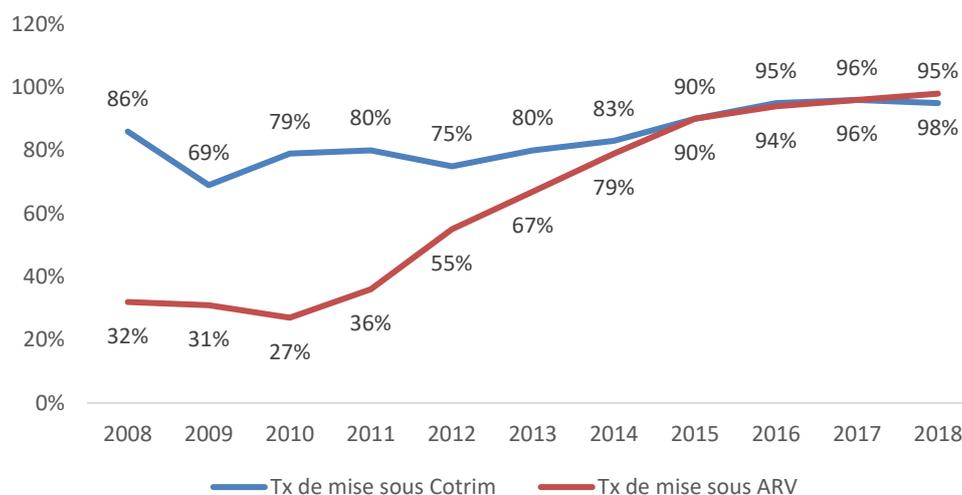


Figure 7: évolution de la prise en charge de la co-infection TB/VIH de 2008 à 2018

En 2019, sur 252 086 PVVIH ayant reçu les soins VIH, 189 123, soit 75% ont bénéficié d'une recherche active de la tuberculose dans les services de prise en charge du VIH. Le screening s'est amélioré au fil des années, du fait d'une appropriation par les services de prise en charge du VIH ; mais également une amélioration du remplissage des outils de gestion (dossiers patients, registres). Il reste toutefois à être renforcé.

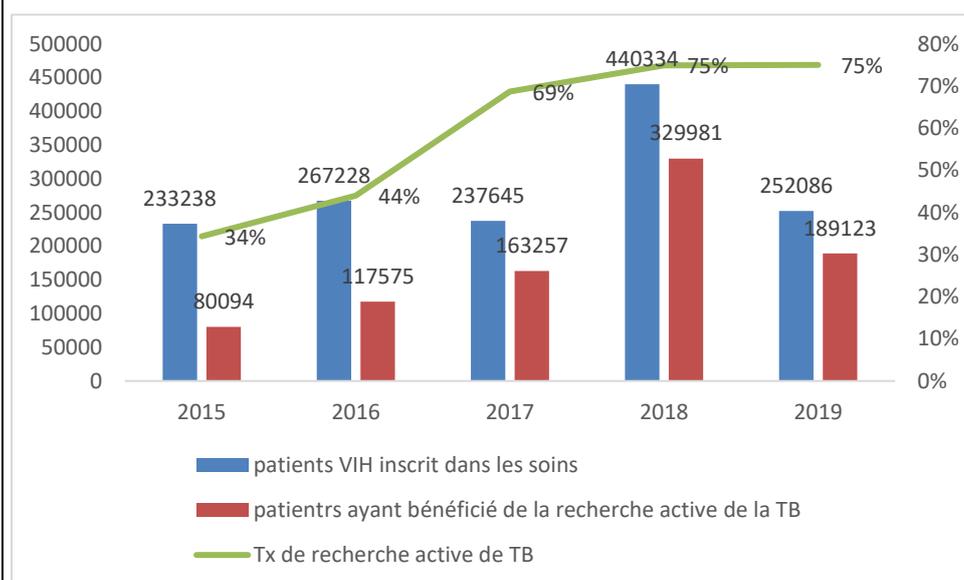


Figure 8: Evolution de la Recherche active de la TB de 2015 à 2019

La mise en œuvre de la Thérapie Préventive à l'Isoniazide a démarré en 2018 par une phase d'initiation sur six (06) structures de prise en charge des PVVIH. L'évaluation de cette phase a permis d'envisager une extension de l'activité sur 60 sites additionnels de prise en charge des PVVIH. L'évaluation de cette phase a révélé de nombreuses contraintes notamment (i) insuffisance d'implication de certains acteurs (ii) non prise en compte de la TPI dans le paquet de soins à offrir aux PVVIH (iii) non-adhésion des patients à cette intervention qui ont conduit à une recommandation d'extension progressive après révision des outils et formation des acteurs (**Annexe 9**).

L'enquête de pharmaco résistance réalisée en 2016 a montré que 4.6% des patients jamais traités étaient infectés par des souches résistantes à la Rifampicine et 22% chez les cas en situation de retraitement (**Annexe 10**). Selon les données 2019 du PNLT, le nombre de cas TBMR attendu est de 886. Cependant, le programme n'a pu notifier que 396 cas de TBMR et 16 cas de TB Ultra résistante (TB-UR). Le nombre de cas détectés de reste faible et mérite d'être renforcé par l'extension du réseau de GeneXpert et l'adoption

d'un nouvel algorithme pour l'utilisation de cet appareil comme outil initial de diagnostic de la tuberculose dans les CAT et les Gros CDT.

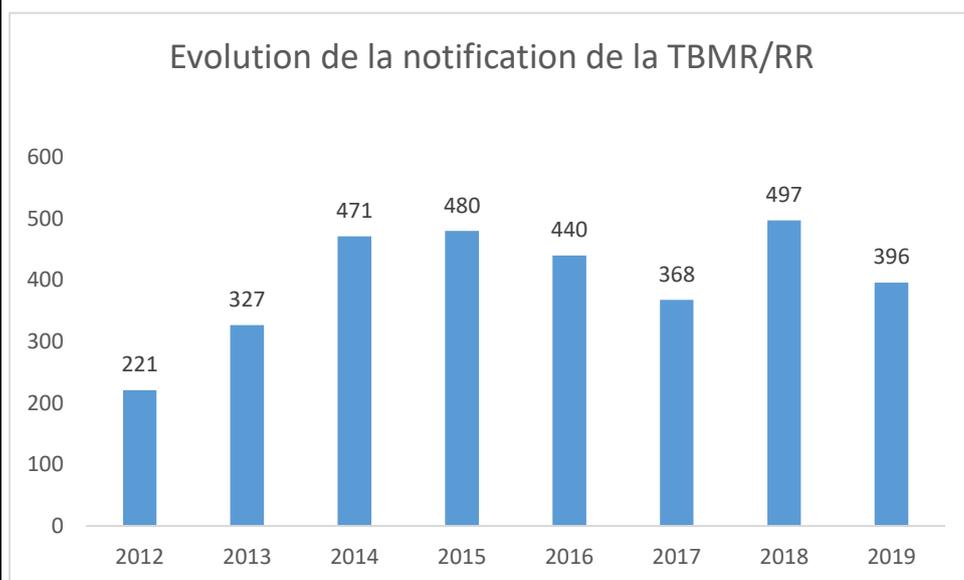


Figure 9 : Evolution de la notification des cas de TBMR/RR de 2012 à 2019

Le taux de succès thérapeutique a augmenté de 80% en 2014 à 87% en 2018 pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée. Le taux de perdus de vue au cours du traitement est passé de 7% à 2% et le taux de décès de 8% à 7%. Malgré une légère amélioration du taux de succès thérapeutique chez les patients co-infectés TB/VIH passant de 69% en 2014 à 74% en 2017, le taux de décès reste très élevé à 21%. Le passage à échelle du traitement des formes latentes de tuberculose dans cette population contribuera certainement à réduire ce taux.

En ce qui concerne la prise en charge de la TBMR, le taux du succès thérapeutique s'est amélioré au cours de ces dernières années. Il était de 75% en 2017. Mais le taux de décès reste encore élevé avec 14% en 2017. La détection précoce des cas couplée au passage au traitement oral conformément aux recommandations de l'OMS décembre 2019 et les mesures de soutiens pourront contribuer à réduire ce taux de décès.

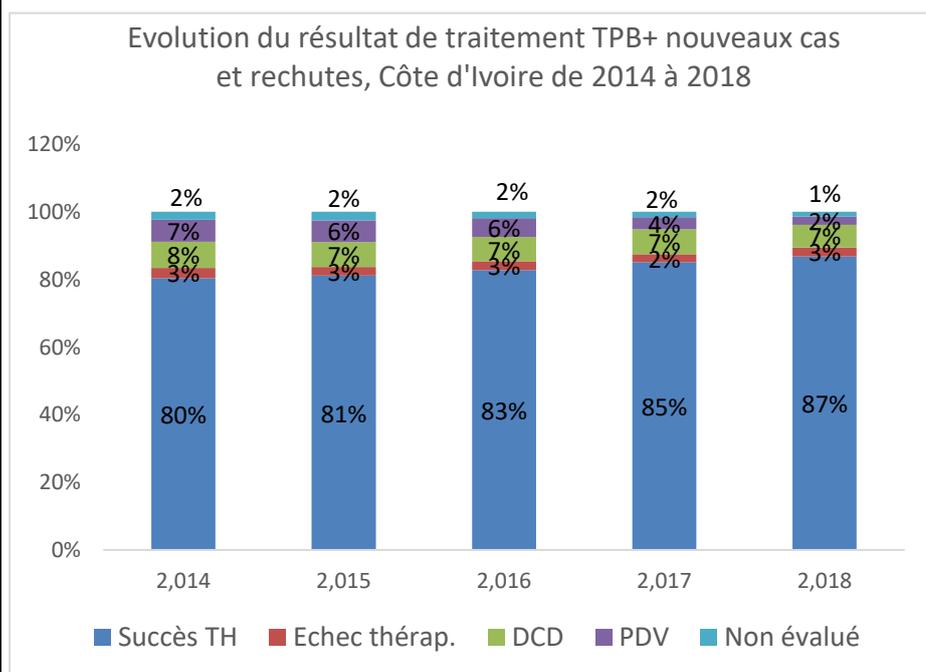


Figure 10: Evolution du résultat de traitement des cas de tuberculose pulmonaire confirmés bactériologiquement, Côte d'Ivoire de 2014 à 2018

Le système de santé ivoirien comprend un secteur public, un secteur privé, un secteur de médecine traditionnelle et un système communautaire. Ce système comporte un versant Administratif et un versant Offres de soins qui sont organisés chacun en trois niveaux : Central, Intermédiaire et Périphérique (**Annexe 2**). La lutte contre la tuberculose s'intègre dans ce système de la manière suivante :

		Système de Santé National	Organisation du PNLT
Versant Administratif	Central	le niveau central comporte le Cabinet du Ministère de la Santé et la Direction Générale de la Santé (DGS) et 07 Directions centrales, 22 programmes de santé, chargés de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé	La coordination du programme avec 8 services. Organise la lutte antituberculeuse sous la supervision du DGS.
	Intermédiaire	Le niveau intermédiaire est représenté par 33 Directions Régionales de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSHP);	27 Centres Antituberculeux (CAT) qui font appliquer les directives au niveau régional sous la supervision des DGSHP
	Périphérique	Le niveau périphérique comporte 112 Directions Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique (DDSHP) ou Districts sanitaires	Les 112 DDSHP coordonnent la lutte contre la tuberculose. Ils réalisent les visites de suivi des CDT et CT
Versant Offres de soins	Central	En ce qui concerne l'offre de soins, le niveau central comprend 15 Etablissements Publics Nationaux (EPN) dont 05 Centres hospitaliers universitaires (CHU) et 10 Instituts spécialisés	27 centres Antituberculeux qui sont les centres de référence de la tuberculose en matière de diagnostic et traitement
	Intermédiaire	Concernant l'offre de soins, le niveau intermédiaire est constitué par 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), 84 Hôpitaux généraux et 02 Centres hospitaliers spécialisés (CHS),	307 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) intégrés aux Hôpitaux Régionaux, Généraux et aux ESPC
	Périphérique	En 2018, le nombre total d'Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) publics est de 2 353.	507 Centres de Traitement (CT) intégrés dans les ESPC font la référence des cas présumés et le suivi des patients

Le financement de la santé en Côte d'Ivoire est assuré par l'Etat, les partenaires au développement et les ménages. Selon le RASS, en 2018, l'Etat a accordé un budget de **360 594 344 796 F CFA** au MSHP, qui représente **5,3%** du budget général de l'Etat (BGE).

Le pays s'est doté d'un plan national de développement sanitaire (PNDS 2016-2020) dont la mise en œuvre est soutenue par les partenaires au développement, au nombre desquels figurent les agences de coopération internationale bilatérales et multilatérales.

- Droits humains et lutte contre la tuberculose

A l'issue de la récente consultation multisectorielle sur les Droits Humains en lien avec le VIH et la TB (septembre 2019), conduite par les Ministères en charge de la santé et de la justice avec l'appui du Système des Nations Unies (Onusida, OMS, PNUD) et du Fonds Mondial, l'une des recommandations fortes était

l'intégration effective de la dimension droits humains dans la réponse au VIH et à la tuberculose. Le plan quinquennal issu de cette consultation a proposé des axes d'interventions qui ont inspiré les activités Droits Humains proposées dans le PSN Tuberculose 2021-2025.

Certaines activités du Plan Quinquennal Droits Humains, VIH et TB étant transversales aux 2 programmes (PNLS et PNLT), nous proposerons dans la requête au Fonds Mondial, les activités les plus spécifiques à la Tuberculose, sachant que les autres seront proposées dans la requête VIH.

- **Les populations-clés et/ou vulnérables concernées**

Des groupes cibles ont été identifiés par le programme en vue de mener des interventions spécifiques dans le PSN (2021-2025). Des actions sont donc menées en faveur des prisonniers, des habitants des quartiers précaires, des sujets contacts, des habitants des zones d'accès difficile, des PVVIH, des diabétiques, des usagers de drogues, des enfants, des mineurs.

- **Enfants et adolescents**

Les enfants et les adolescents paient un lourd tribut en raison des difficultés diagnostiques. En effet la tuberculose pédiatrique représentait 4,8% des nouveaux cas et rechutes en 2019. Pour intensifier la lutte contre la TB de l'enfant, des efforts ont été entrepris par le pays pour améliorer l'offre de service.

- **Prisonniers**

La lutte contre la TB est effective dans les 34 prisons que compte le pays. Le nombre de cas de TB dépistés est de 105 cas en moyenne par an. Toutefois, ce nombre est passé à 154 cas en 2018 à 166 cas en 2019 du fait d'une épidémie survenue dans les prisons de Man et Bouaké. Il convient de noter qu'il existe une surpopulation des cellules carcérales qui représente un défi majeur dans la lutte contre la TB. A titre d'exemple la capacité initiale de la Maison d'Arrêt et de Correction (MAC) de Man de 168 prisonniers est totalement dépassée avec 1350 pensionnaires en janvier 2018.

- **PVVIH**

Pour optimiser l'utilisation des ressources mises à sa disposition, le pays a adopté les directives OMS en matière de lutte conjointe TB/VIH. Toutes les activités collaboratives sont menées par les deux programmes (PNLT, PNLS). Cependant, on constate une insuffisance du dépistage actif de TB chez les PVVIH et la mise en oeuvre de la thérapie préventive à l'isoniazide (TPI).

- **Diabétiques**

Le risque de survenue de la tuberculose est 2,5 fois plus élevé chez les personnes diabétiques que chez celles qui ne le sont pas (**Annexe 11**). Aussi le PNLT en collaboration avec le Programme National de lutte contre les maladies métabolique et endocrinienne (PNMME) a-t-il initié des interventions à l'endroit des patients diabétiques depuis 2016. Ces efforts seront poursuivis au cours de ces trois prochaines années.

- **Usagers de drogues (UD)**

La prévalence de la Tuberculose chez les usagers de drogues est de 9.8% selon le rapport de l'étude réalisée en 2016-2017 par le PNLT en collaboration avec Médecins du Monde (MdM) (**Annexe 12**). Au regard de cette prévalence élevée, des interventions ponctuelles ont été menées à Abidjan. Le PNLT prévoit une meilleure organisation de ces interventions et leur extension.

- **Habitants des quartiers précaires**

A ce jour le dépistage de la TB dans les quartiers précaires reste faible. Aussi le PNLT prévoit t-il en collaboration avec les acteurs communautaires et les services sociaux des mairies de renforcer le dépistage actif.

- **Habitants des zones d'accès difficiles**

Malgré les efforts accomplis par le gouvernement, il persiste des zones de silence sanitaire. En vue d'étendre les activités de lutte contre la tuberculose dans ces zones, le PNLT a développé des partenariats avec des entreprises privées afin de loger des services de lutte contre la tuberculose au sein des centres de santé desdites entreprises. Cette collaboration va se poursuivre à travers des campagnes de dépistage actif dans les zones d'accès difficile où n'existe aucune structure sanitaire.

- **Sujets contacts**

A ce jour, la prise en charge des sujets contacts se limite aux enfants de moins de 5 ans. Pour intensifier la lutte contre la tuberculose un accent sera mis sur l'enquête d'entourage à la recherche de sujets contacts adultes et enfants. Ainsi, le taux de notification pourrait être amélioré.

→ **Mineurs**

Il est reconnu que les patients qui présentent une silicose sont à risque d'autres troubles graves tels que la tuberculose. L'activité minière connaît une forte croissance en Côte d'Ivoire. A cet effet, le PNLT a réalisé des activités de dépistage actif de la tuberculose par la radiographie pulmonaire au sein de plusieurs sociétés minières. Ces activités seront renforcées à travers cette subvention.

La constitution ivoirienne du 8 novembre 2016 (**Annexe 13**) stipule que tout citoyen a un égal droit aux services de santé. Sur cette base, le gouvernement a mené des actions pour améliorer l'accès aux services par la décentralisation. Par ailleurs, la gratuité des soins TB a été promulguée à travers le décret 93-216 du 03 février 1993. La note circulaire N°686/MSLS/CAB/10 février 2015 relative à la suspension de la vente du timbre antituberculeux dans les services de prise en charge de la TB est venue renforcer cette gratuité. De même l'adoption de la charte des patients pour les soins antituberculeux est venue opérationnaliser cette disposition (**Annexe 14**).

On note toutefois la persistance de difficultés d'accès de certaines populations aux soins antituberculeux (malades fréquentant les services privés, certaines populations clés ou vulnérables, les populations dans les zones de silence sanitaire, populations n'ayant pas accès aux outils diagnostics de qualité). La discrimination et la stigmatisation persistent encore et limitent l'accès aux soins. Les aspects liés au genre n'ont pas relevé de différence dans le contexte du pays.

Au plan communautaire, le pays s'est doté en 2017 d'un Plan Stratégique National de la Santé Communautaire (PSN SC) 2017-2021 (**Annexe 15**). Le paquet minimum d'activités des ASC et le paquet de motivation des ASC ont été définis. Ainsi, les Agents de Santé Communautaires (ASC) sont de deux types : l'ASC de Base est un ASC à paquet promotionnel, préventif, curatif et de soutien (complet) et l'ASC Coach qui appuie une dizaine d'ASC de base dans l'aire de santé sous la supervision des agents de santé superviseurs, a aussi un paquet complet. Dans les subventions précédentes, la réponse communautaire en matière de lutte contre la tuberculose était conduite par Alliance Côte d'Ivoire.

Le secteur sanitaire privé comprend 2036 établissements dont 13 polycliniques, 136 cliniques, 964 infirmeries, 114 cabinets médicaux, 463 structures de santé relevant d'entreprises commerciales ou industrielles. A ce jour le PNLT collabore avec 15 entreprises qui ont intégré la lutte contre la TB en leur sein. La tentative d'implication des cliniques privées n'a pas connu de résultats probants à ce jour.

A ce secteur, il faut joindre la médecine traditionnelle qui est réglementée par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles. Cette médecine traditionnelle est coordonnée par le programme national de promotion de la médecine traditionnelle. Sur les subventions précédentes, un cadre de collaboration tripartite PNLT/Alliance/ PNPM a permis d'impliquer les praticiens de la médecine traditionnelle de 33 districts dans la lutte contre la tuberculose. Cette activité sera étendue aux autres districts.

### 1.3 Enseignements tirés des investissements du Fonds mondial et d'autres partenaires

Décrire la façon dont les investissements du Fonds mondial, du pays et d'autres partenaires ont soutenu les objectifs nationaux en matière de santé pendant la période d'allocation actuelle. Inclure les principaux **enseignements tirés** qui s'appliquent à la présente demande de financement (par exemple, les innovations ou les obstacles liés à la prestation de services).

Les financements de l'Etat et des partenaires notamment le FM dans la lutte contre la TB ont permis de tirer les enseignements dans divers domaines touchant le contrôle de la tuberculose. Les principaux enseignements tirés:

**Implication accrue de la société civile.**

Elle a permis d'améliorer la prise en charge de la tuberculose, notamment la réduction des perdus de vue de 7% en 2012 à 2% en 2018 et l'augmentation du taux de succès thérapeutique de 79% en 2012 à 87% en 2018.

**Intensification de la décentralisation des centres de prise en charge**

Malgré la décentralisation, des disparités régionales persistent avec une discordance entre l'offre de soins et la demande des services de soins. On note par ailleurs une faible fréquentation des nouveaux centres de diagnostic et de traitement en raison d'une insuffisance de communication.

### **Forte prévalence de la tuberculose dans le District d'Abidjan**

Le district d'Abidjan reste une zone à forte charge de tuberculose avec 46% des cas annuellement notifiés. Il est envisagé de mettre l'accent sur le dépistage actif de tous les cas présumés de TB dans les centres de santé tant publics que privés autre que les CAT/CDT. Par ailleurs des stratégies différenciées seront mises en œuvre en fonction de la charge de la tuberculose.

### **Diagnostic de la TBMR**

L'acquisition de 29 instruments Genexpert MTB/Rif a permis d'améliorer la notification des cas de TBMR. De 2013 à 2018 en moyenne 450 cas de TBMR sont notifiés chaque année dont la majorité est représentée par des cas de retraitement.

### **Dépistage et traitement de la TB dans les prisons**

L'organisation du dépistage et du traitement de la TB dans les 34 prisons ont permis la PEC de 166 prisonniers en 2019. Cette activité a permis la mise en œuvre des mesures de contrôle de la tuberculose en milieu carcéral.

### **Thérapie Préventive à l'Isoniazide**

Chez les PVVIH, la thérapie Préventive à l'Isoniazide initiée en novembre 2018 montre un bénéfice certain en terme d'amélioration de la qualité de vie. Elle a permis de formuler des recommandations opérationnelles avant le passage à échelle nationale.

### **Recherche opérationnelle**

Différentes études sont réalisées ( causes de décès ; équité dans l'accès aux soins ; enquête de résistance aux antituberculeux.....), trois études sont en cours (CAP-TB ; TB-SPEED ; recherche systématique de la TB chez les enfants couplé aux campagnes de nutrition). Les résultats de ces études vont être exploités dans la stratégie de lutte contre la tuberculose.

### **Intégration des interventions**

Elle a permis d'optimiser l'utilisation des ressources financières. En effet, sur le financement du PNLS des instruments Genexperts ont été acquis. Au plan des ressources humaines, cette intégration a permis de mener à bien la phase pilote de la TPI.

### **Financement de la lutte**

Malgré les efforts consentis le Pays reste largement tributaire de l'aide extérieure en ce qui concerne la tuberculose. Aussi l'Etat envisage t-il de poursuivre les efforts de mobilisation de ressources additionnelles notamment les ressources internes.

### **Collaboration avec d'autres secteurs**

Elle n'est pas satisfaisante, beaucoup d'efforts sont à consentir avec le secteur privé pour la conduite des activités de prise en charge de la tuberculose. Des mesures correctives sont en cours de mise en œuvre notamment la redynamisation de la plateforme multisectorielle.

## Section 2 : Demande de financement et hiérarchisation

Pour répondre aux questions ci-dessous, se référer aux *Instructions* ainsi qu'aux documents stratégiques nationaux, **aux tableaux de lacunes programmatiques, aux tableaux du paysage de financement, au cadre de résultats, aux tableaux du budget et aux tableaux des données essentielles.**

### 2.1 Présentation des priorités de financement

Résumer la **démarche employée pour hiérarchiser** les modules et les interventions (ou dans le cas d'une modalité de paiement en fonction des résultats, les indicateurs de résultats ou les jalons). La réponse doit inclure :

- la façon dont ces modules prioritaires garantissent l'impact le plus fort possible dans l'optique de mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme ;
- la façon dont les difficultés, les obstacles et les inégalités, notamment ceux liés aux droits humains et au genre, sont traités par les modules prioritaires de la présente demande de financement.

Le choix des modules et interventions basé sur l'analyse épidémiologique et programmatique de la maladie montre une sous notification des cas de TB, une inégalité de la répartition géographique des malades, la non maîtrise de l'infection et un taux élevé de décès (7%). Cette priorisation tient compte des lettres de gestion du Fonds Mondial, des recommandations de l'audit du Bureau de l'Inspecteur Général du Fonds Mondial (BIG), de diverses observations de partenaires (techniques et financiers) indiquant le poids élevé de la TB, la persistance des inégalités aux soins, la faiblesse de notification dans certains CDT nouvellement créés, l'insuffisance de gestion conjointe de la TB/VIH, l'insuffisance de coordination des interventions à base communautaire, la stigmatisation et la discrimination liées à la TB. Malgré les efforts de l'Etat et des partenaires au développement, la gestion du programme n'est pas optimale (insuffisance des ressources humaines et matérielles).

Pour être coût/efficace, l'accent sera mis sur les interventions à fort impact sensibles au genre, aux droits humains à travers une plus forte implication de la société civile et des autres secteurs, une recherche active des cas manquants et l'intensification des activités collaboratives TB/VIH.

Les modules prioritaires sont : (i) Prise en charge et prévention de la tuberculose ; (ii) Tuberculose multirésistante-Détection, diagnostic des cas et traitement ;(iii) Tuberculose et VIH ; (iv) Gestion du programme. (v) Suivi et évaluation.

#### **Module 1 : Prise en charge et prévention de la tuberculose**

On note une sous notification en général avec plus de 40% de cas manquants (enfants, populations clés). Le modèle basé sur le dépistage adapté aux problèmes spécifiques des régions et le ciblage des populations, aura un impact sur la notification. Le recours aux tests moléculaires rapides contribuera à augmenter la détection des cas.

#### **Module 2 : Tuberculose multirésistante-Détection, diagnostic des cas et traitement**

L'enquête de pharmacorésistance de 2015 révèle un niveau de résistance élevé (**Annexe 10**).

Le taux de détection et le succès du traitement des cas pharmaco résistants restent faibles. La PEC de la TBMR sera renforcée (tests moléculaires rapides, nouvel algorithme) avec l'application du traitement oral (recommandation OMS).

Il convient d'indiquer que le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate de toutes les formes de tuberculose (pharmacosensibles et pharmaco résistants) devraient réduire le nombre de cas de TB-MR.

#### **Module 3 : Tuberculose et VIH**

Les activités collaboratives TB/VIH seront renforcées par la redynamisation du cadre de collaboration à tous les niveaux. Le nombre élevé de décès relevé par le BIG est pris en compte par le renforcement du contrôle de l'infection, la recherche active de la tuberculose (PVVIH), le traitement préventif des infections latentes et des co-morbidités.

**Module 4 : Gestion du programme**

La mise en œuvre adéquate du programme requiert des ressources humaines de qualité, des infrastructures et équipements fonctionnels. Par ailleurs, l'opérationnalisation du comité multisectoriel devrait permettre d'optimiser la mobilisation et l'utilisation des ressources.

**Module 5 : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi-évaluation**

Le suivi évaluation du PNLT s'inscrit dans le système national d'information sanitaire à travers le DHIS2 qui intègre les données communautaires. Quelques contraintes opérationnelles entravent la bonne gestion de l'information notamment l'insuffisance d'implication des chargés de surveillance épidémiologique (regions, Districts).

Des études opérationnelles ont été menées ces dernières années et se poursuivront avec la présente subvention.

## 2.2 Priorités de financement

- a) En s'appuyant sur le [cadre modulaire du Fonds mondial](#), utiliser le tableau ci-dessous pour détailler **chaque module prioritaire** proposé pour investissement par le Fonds mondial en faveur des composantes de maladies pertinentes et/ou de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS).

### COMPOSANTE : TUBERCULOSE

N° de module	Module 1 : Prise en charge et prévention de la tuberculose
<p><b>Principales interventions et activités</b></p>	<p><b><u>Intervention 1.1 : Détection des cas et diagnostic</u></b></p> <p>Pour optimiser le diagnostic des cas de tuberculose afin de réduire le nombre de cas manquants, il est prévu la mise en place d'une stratégie différenciée de dépistage et de diagnostic entre Abidjan et les villes de l'intérieur :</p> <p>Pour Abidjan, la stratégie consistera d'une part au dépistage systématique de tous les cas présumés de TB dans les centres de santé tant publics que privés non TB à travers un pré positionnement d'ASC aux portes d'entrée des structures de santé et d'autre part à l'accroissement de l'offre diagnostic par l'outil moléculaire dans les CAT et les CDT.</p> <p>Pour l'intérieur du pays, des campagnes de dépistage seront organisées dans les villages et campements de porte à porte en collaboration avec un prestataire en milieu rural afin de ratisser tous les cas manquants liés à l'accès géographique et financier.</p> <p>Au plan diagnostic, le GeneXpert sera déployé dans tous les CAT de région et les gros CDT à haut volume d'activités et permettra le diagnostic de la tuberculose comme outil de première intention.</p> <p>Les équipements de TB Lamp acquis pour les CAT de l'intérieur seront spécifiquement utilisés lors des campagnes périodiques de dépistage actif dans les zones d'accès difficile.</p> <p>La mise en œuvre de l'intervention passe par la révision des algorithmes ciblant tous les cas présumés de TB pulmonaire, par le renforcement du plateau technique des CAT/CDT à travers l'outil moléculaire, le renforcement des capacités du personnel de santé et communautaire à l'identification et à la référence des cas présumés ainsi que le transport des échantillons à tous les échelons du réseau de laboratoire.</p> <p>Afin de parvenir à une décentralisation harmonieuse visant la gestion des patients de proximité, il est prévu l'ouverture de 23 nouveaux CDT afin d'atteindre 375 CDT en 2023. Les nouvelles structures ont été sélectionnées par les médecins-chefs des CAT et un arbitrage a été fait par la coordination du programme en se basant sur la population de la localité. Ainsi, les structures ayant une population de plus de 20 000 habitants ont été retenues.</p> <p>1.1.1 : Acquérir 21 équipements TB-LAMP pour 21 CAT de l'intérieur du pays</p> <p>1.1.2 : Former 21 techniciens de laboratoires des CAT au diagnostic moléculaire de la tuberculose par la technique du TB-LAMP</p> <p>1.1.3 : Acquérir des kits de coloration à l'auramine ( 28 kits An 3)</p> <p>1.1.4 : Acquérir des kits de coloration de Zhiel Neelsen (23 kits An 1 ;132 kits An 2 ; 138 kits An 3)</p>

- 1.1.5 : Acquérir des kits de crachoirs (0 an 1 ; 180 An 2 ; 270 An 3)
- 1.1.6 : Acquérir des réactifs et consommables de laboratoire ( 2352 tests An 1 ; 4704 tests An 2 ; 4704 tests kits An 3) par TB-LAMP
- 1.1.7 : Organiser une campagne trimestrielle de dépistage actif de la TB par les CAT de l'intérieur (42 an 1 ; 84 an 2 ; 84 an 3)
- 1.1.8 : Acquérir 10 appareils de radiographies numériques pour les 10 nouveaux CAT dans le cadre de l'alignement sur le nouveau découpage sanitaire
- 1.1.9 : Réaliser la recherche active des cas présumés de tuberculose dans 171 structures publiques et privées non CAT/CDT
- 1.1.10 : Acquérir 16 microscopes à fluorescence (10 nouveaux CAT, 2 Laboratoires centraux ; 4 pour le renouvellement des appareils défectueux)
- 1.1.11 : Acquérir 45 microscopes ordinaires pour 23 nouveaux CDT et les remplacements de 22 défectueux
- 1.1.12 : Acquérir 132 motos pour les CDT/CAT et renouveler 80 anciennes motos acquises depuis 2015 pour le convoyage des crachats des CDT vers les CAT (212 motos)
- 1.1.13 : Organiser une mission de collecte de lames pour la relecture en aveugle dans les CAT des sites (une équipe de deux personnes un jour par site ; 27 An 1 ; 37 An 2 ; 37 An 3)
- 1.1.14 : Organiser une réunion de restitution des résultats de l'Evaluation Externe de la Qualité ( pendant 3 jours 30 participants An 1 ; 40 participants An 2 ; 40 participants An 3)
- 1.1.15 : Acquérir 300 réfrigérateurs pour les CDT pour le stockage des échantillons en vue de leur transfert
- 1.1.16 : Acquérir 03 souches de références (H37Rv, Mycobacterium avium, Mycobacterium goodii)
- 1.1.17 : Acquérir 40 extincteurs pour les laboratoires des CAT/CDT
- 1.1.18 : Réhabiliter 10 anciens CDT pour les ériger en CAT
- 1.1.19 : Former 23 techniciens des laboratoires des 23 nouveaux CDT au diagnostic bactériologique de la tuberculose par la méthode de ZN (1 session de 10 participants et une session de 13 participants pendant 5 jours)
- 1.1.20 : Former 10 techniciens de laboratoires des nouveaux CAT au diagnostic de la tuberculose par la méthode fluo LED (une session de 5 jours)
- 1.1.21 : Former les acteurs communautaires des CDT au conditionnement et au transfert des échantillons (20 sessions d'un jour avec 30 participants )
- 1.1.22 : Former 10 techniciens de laboratoire des CAT à la supervision des activités de laboratoire des CDT(10 participants pendant 3 jours)
- 1.1.23 : Former 46 personnels de santé (23 médecins et 23 IDE) des structures à la stratégie DOTS/End-TB

### **Intervention 1.2 : Traitement**

Le traitement des formes de tuberculose pharmacosensible se fera en ambulatoire selon les protocoles recommandés et adoptés par le programme. Les malades seront suivis par des ASC formés à cet effet. En vue de rapprocher les malades des sites de traitement, 206 établissements de premiers contact seront érigés en centres de traitement avec leurs personnels formés. Afin d'assurer une disponibilité continue de médicaments de qualité avérée, Les réunions du comité de quantification seront financées de même que le contrôle post marketing.

1.2.1 : Recruter un consultant national pour l'élaboration des modules de formation sur la prise en charge psychologique des patients (21 jours)

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

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

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

1.2.5 : Organiser chaque année un atelier de 05 jours du comité de quantification ( 30 participants) pour la revue de la quantification des médicaments antituberculeux, des réactifs et intrants de laboratoire liés à la tuberculose

1.2.6 : Acquérir chaque année les médicaments antituberculeux de 1ère ligne pour les patients ( 23 683 an 1 ; 24 578 an 2 ; 25 790 an 3)

1.2.7 : Organiser 8 sessions de formation de 03 jours de 30 participants à la gestion des médicaments antituberculeux et intrants de laboratoires liés à la tuberculose et des outils de gestion (4 an 1, 4 an 2)

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

### **Intervention 1.3 : Prévention**

La prévention des formes graves de la tuberculose chez l'enfant est assurée dès la naissance par la vaccination au BCG menée par le Programme Elargi de Vaccination (PEV). Dans les établissements de santé les mesures de contrôle de l'infection seront assurées afin de protéger le personnel et les usagers. Par ailleurs, le traitement de l'Infection Tuberculeuse Latente (ITL) sera étendu au delà des enfants de moins de 5 ans et les sujets PVVIH. Il est prévu une phase d'initiation sur 7 structures de prise en charge de la tuberculose à Abidjan en vue de prendre en compte les grands enfants de plus de 5 ans, les adolescents et adultes contacts domiciliaires des malades TPB+. Pour ces derniers, une preuve de l'infection sera demandée à travers les tests homologués. Cette intervention sera conduite avec l'appui des agents de santé communautaire exerçant sur différents sites.

1.3.1 : Organiser au cours d'une réunion de groupe de travail une révision du guide de prise en charge de l'Infection Tuberculeuse Latente (ITL) en vue d'intégrer la prise en charge des sujets contacts

1.3.2 : Equiper 7 sites de prise en charge de la tuberculose en matériels et outils de diagnostic de l'ITL (IGRA)

1.3.3 : Organiser un atelier de formation de 3 jours de 7 techniciens de laboratoire aux techniques de diagnostic de l'ITL par le test IGRA

1.3.4 : Former 25 personnels ( 18 de la coordination, 9 des sites de prise en charge de l'ITL) à la prise en charge de l'ITL chez les sujets contacts au cours d'un atelier de 2 jours

1.3.5 : Acquérir et mettre à la disposition de 40 structures de PEC de la TB (CAT et PPH), des équipements de protection (kit d'hygiène, masques chirurgicaux, APR) et du matériel pour la gestion des déchets sanitaires (sac poubelle)

1.3.6 : Acquérir des médicaments pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente (Rifapentine/INH : 715 an 1 ; 742 an 2 ; 778 an 3)

1.3.7 : Acquérir des médicaments pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente chez l'enfant de moins de 05 ans contact TB (INH100 : 5542 an 1 ; 5921 an 2 ; 6390 an 3 )

#### **Intervention 1.4 : Implication de tous les prestataires de soins**

Pour mener à bien les activités de lutte contre la tuberculose, le programme collabore avec des structures tant publiques que privées, il s'agit : (i) le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) ;(ii) le Programme National de Lutte contre les Maladies Mentales ;(iii) le Programme national de lutte contre les maladies métaboliques et endocriniennes , (iv) le Programme national de santé scolaire et universitaire, (v) le Programme national de nutrition, (vi) le Programme national de lutte contre le sida, (vii) le Programme national de santé mère et enfant, (viii) le Programme national de lutte contre le tabagisme,l'alcoolisme, la toxicomanie et les autres addictions.

Cette collaboration sera renforcée à travers la NFM3 pour la recherche des cas manquant et la réduction du nombre de décès avec les programme suivants :

le Programme national de santé scolaires et universitaires ; le Programme national de lutte contre les maladies métaboliques et endocriniennes ; le Programme national de santé mère et enfant ; le Programme national de nutrition ; le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)

#### **Le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)**

En ce qui concerne la Médecine traditionnelle, le partenariat a démarré depuis la NFM1 avec 22 districts sanitaires, auxquels se sont ajoutés 11 autres sur la NFM2. Cette collaboration a permis de détecter 381 cas de tuberculose sur 1343 référés en 2019. Il s'agira au cours de la NFM3 d'étendre cette collaboration à 112 districts sanitaires soit 79 districts additionnels.

1.4.1 : Organiser 03 sessions de formation de 26 participants (des points focaux médecine traditionnelle des districts sanitaires) chargés de l'encadrement des praticiens de la médecine traditionnelle pendant 03 jours

1.4.2: Organiser 01 session d'orientation sur la référence des cas présumés de tuberculose par district sanitaire additionnel (79) des praticiens de la médecine traditionnelle (01 jour de 30 participants avec l'appui des responsables des CAT)

#### **Le Programme national de santé scolaire et universitaire (PNSSU)**

En 2018, au cours de la mise en œuvre de la NFM2, les capacités du personnel des SSU ont été renforcés et des séances de sensibilisation à l'attention des élèves ont été réalisées.Ces efforts ont permis de diagnostiquer 48 cas de tuberculose. Cette collaboration sera poursuivie dans la NFM3 à travers les campagnes de dépistage actif et lors des visites médicales systématiques.

1.4.3 : Organiser 03 sessions de formation de 25 Médecins SSU pendant 03 jours sur la DOTS/END-TB

1.4.4 : Organiser un dépistage actif de la tuberculose chez tous les élèves lors des visites médicales systématiques

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

#### **Le Programme national de lutte contre les maladies métaboliques et endocrinienne (PNLMME)**

La stratégie consistera à mettre en place un système de notification des cas de sujets diabétique ayant contracté la tuberculose dans les centres de diabétologie d'une part et le dépistage du diabète chez les patients tuberculeux dans les centres de PEC de la TB d'autre part. Cette activité sera soutenue par un appui communautaire.

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

1.4.7 : Organiser 01 session de formation de 25 membres d'association de diabétiques sur la TB pendant 02 jours.

#### **Collaboration avec le secteur privé**

A ce jour 15 entreprises privés ont intégrées la lutte anti tuberculose. En 2018 ces structures ont dépistés 121 cas de TB. Un processus d'intégration du diagnostic au sein de 13 cliniques privés a débuté en 2018. La présente demande va poursuivre cette intervention et la renforcer en intégrant l'approche communautaire.

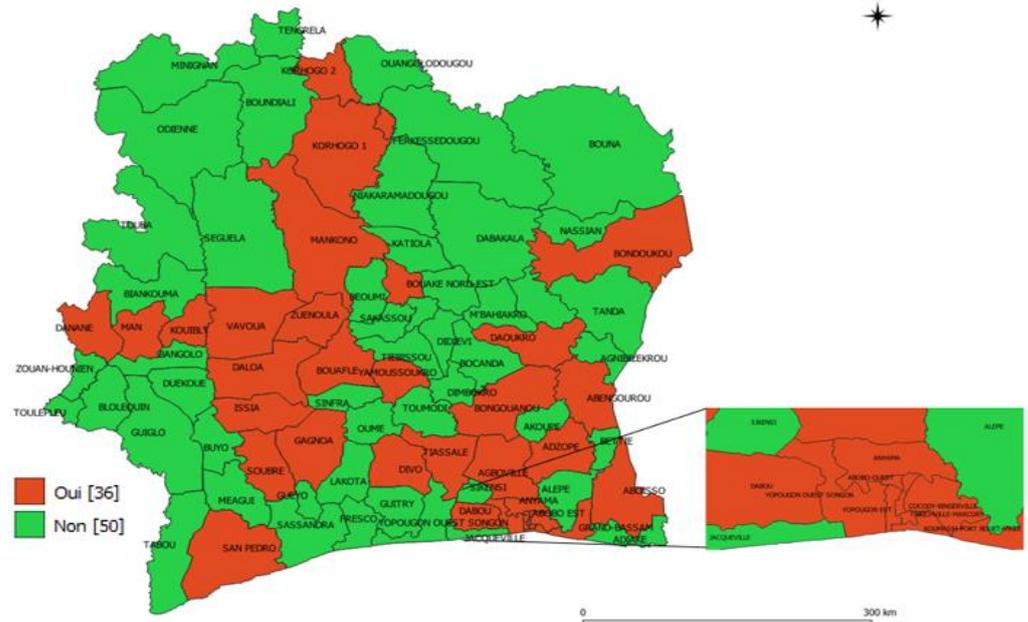
#### **Intervention 1.5 : Prise en charge communautaire de la tuberculose**

L'implication de la communauté dans la lutte antituberculose est effective depuis les premières soumissions. En 2018, sur les 17 253 cas référés par les acteurs communautaires 4 974 cas se sont révélés positifs (**Annexe 16**). Tirant leçons des expériences antérieures acquises, la présente subvention propose un nouveau dispositif de mise en œuvre qui permettra de (i) renforcer le ciblage des populations clés à travers une approche différenciée ;(ii) réduire les risques de rupture de financement à tous les niveaux ; (iii) améliorer l'impact des interventions communautaires ; (iv) renforcer l'alignement avec la stratégie nationale de la santé communautaire ;(v) renforcer l'intégration des interventions TB/VIH tant sur les sites de prise en charge de la TB que du VIH (vi) prendre en compte l'aspect droits humains dans la réponse contre la tuberculose.

Cette stratégie différenciée va s'exécuter de la manière suivante :

Pour les sites à gros volume de notification, la sensibilisation se fera à l'endroit du personnel de santé pour réduire la stigmatisation, l'observance du traitement et le contrôle de l'infection à travers les mass médias, les acteurs communautaires et les affiches (**Annexe 17**).

**Figure 11:** Répartition des districts ayant contribué à 80 % de tous les cas de tuberculose confirmés, 2019



Pour les sites à faibles taux de notification, le renforcement de la collaboration avec la DSC sera de mise à travers les ASC déjà formés sur la tuberculose en vue de la promotion des nouveaux sites et la référence des cas présumés vers ces sites

1.5.1 : Organiser une séance trimestrielle de sensibilisation et de plaidoyer de 25 participants pour l'intégration de la lutte contre la TB dans les services de soins des corps habillés.

1.5.2 : Organiser des campagnes semestrielle de dépistage actif de la TB dans le contexte de prise en charge multi maladies par CAT (32 an 1; 37 an 2; 37 an 3)

1.5.3 : Organiser une séance trimestrielle de sensibilisation et education par maison d'arrêt et de correction( MAC) sur la tuberculose en collaboration avec les services de santé des MAC. (25 pensionnaires par séance)

1.5.4: Organiser 35 sessions annuelles d'Information/sensibilisation des personnels pénitentiaires des Maisons d'Arrêt et de Correction de Côte d'Ivoire sur la stigmatisation et la discrimination ainsi que les droits et devoir des patients, le dépistage présomptif de la TB et la référence des cas de TB vers les CAT/CDT

1.5.5 : Acquérir les kits alimentaires et kits d'hygiène aux détenus TB des 35 MAC sous traitement antituberculeux (150 an1; 140 An 2; 130 An3).

1.5.6 : Organiser une séance trimestrielle de sensibilisation sur la tuberculose des responsables de gares pour sensibiliser les passagers sur la tuberculose à travers du matériel audiovisuel

1.5.7 : Organiser une session d'un jour de formation de leaders des associations de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme sur la TB afin de contribuer au screening verbal de la TB et à la référence des cas présumés vers les CAT/CDT (de 30 participants)

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

- 1.5.9 : Organiser 03 sessions annuelles de formation de 01 jour de 50 leaders religieux des camps de prières et lieux de culte sur les interventions de prévention et de prise en charge de la TB.
- 1.5.10: Organiser 01 mission semestrielle de supervision formative conduite par les 112 points focaux district du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)
- 1.5.11 : Organiser 01 mission de supervision semestrielle de trois équipes de 05 personnes pendant 10 jours sur l'implication des praticiens de la médecine traditionnelle dans la lutte contre la tuberculose.
- 1.5.12 : Organiser 04 sessions de formation de 120 agents de développement ruraux supplémentaires sur les techniques de collecte et de convoyage des expectorations
- 1.5.13 : Organiser une session semestrielle de groupes de parole par CAT animés par les anciens malades au profit des patients en traitement en vue d'améliorer l'adhésion au traitement
- 1.5.14 Organiser un atelier de formation des parlementaires pairs formateurs sur les droits et devoirs des patients TB
- 1.5.15 Organiser 02 séances d'orientation des législateurs sur les DH et la Tb /An
- 1.5.16 Sensibilisation des gardes pénitentiaires sur les questions de DH en lien avec la TB en milieu carcéral
- 1.5.17 Recruter un consultant pour l'harmonisation des modules de formation sur les DH en lien avec le VIH et la TB
- 1.5.18 Organiser une session de formation des 39 para-juristes sur les DH en lien avec la TB
- 1.5.19 Identifier et orienter les référents Ep (ASC Coachs, CC, ...) sur les DH et le mécanisme de notifications des cas de violation
- 1.5.20 Conduire une étude stigma index spécifique à la TB

### **Intervention 1.6 : Populations-clés - Enfants**

La TB pédiatrique demeure un défi pour le PNLT. En 2019, la tuberculose pédiatrique représentait 4,8% des nouveaux cas et rechutes. Fort de cela, le PNLT a élaboré, reproduit et diffusé le guide technique de prise en charge de la tuberculose pédiatrique à tous les centres de prise en charge de la TB. Les prestataires des CAT/CDT, les pédiatres et sages-femmes ont bénéficié de formation sur la prise en charge de la TB Pédiatrique.

Les enfants font partie des cibles prioritaires du GeneXpert. Un comité TB enfant est mis en place et réalise des réunions trimestrielles afin d'échanger sur les difficultés et de formuler des recommandations pouvant améliorer la prise en charge de la TB pédiatrique. Les nouvelles formulations de médicaments pédiatriques à dose fixe ont été adoptées par le pays. Le PNLT bénéficie de l'appui des partenaires pour le renforcement de la prise en charge de la TB pédiatrique. Il s'agit de EGPAF qui met en œuvre un projet sur les modèles de soins innovants ; le programme PAC-CI qui conduit une étude sur la TB pédiatrique dans le but d'améliorer la détection des cas de TB et réduction de la mortalité tuberculeuse chez les enfants. Aussi en collaboration avec le PNN sur financement de WARN-TB, le programme mène une recherche active de la TB chez les enfants lors des campagnes de supplémentation en vitamine.

Cependant des défis majeurs subsistent tant au niveau du dépistage actif, du diagnostic que de la prévention. En effet il convient de réaliser le dépistage actif afin de diagnostiquer les enfants de manière précoce. Cette stratégie va se faire à travers la recherche des enfants contacts de patients bacillifères, l'intégration du

dépistage, du diagnostic et du traitement de la tuberculose au sein d'autres services de santé de l'enfant tels que les services de santé de la mère et de l'enfant, les services liés au VIH et à la nutrition, et les services de santé de l'adolescent.

1.6.1: Recruter un consultant national pour 15 jours pour la révision du module de formation sur la TB de l'enfant pour y inclure la lecture des clichés radiologiques, les notions clés sur le contrôle de l'infection, le mode de recueil des différents échantillons pour le diagnostic, les nouvelles stratégies thérapeutiques

1.6.2: Organiser 2 ateliers de mise à niveau du pool national de formateurs sur la TB pédiatrique (30 participants pour 3 jours)

1.6.3: Former en 2 sessions annuelles de 30 participants pendant 3 jours des prestataires des services de prise en charge de l'enfant sur la tuberculose pédiatrique (Médecins généralistes et pédiatres des HG/CHR des 112 districts et des 4 CHU, Sages-femmes)

1.6.4: Former en 2 sessions annuelles de 30 participants pendant 3 jours des acteurs des centres de réhabilitation nutritionnelle à la recherche active de la tuberculose chez l'enfant.

1.6.5: Acquérir du matériel de prélèvement des expectorations dégluties chez l'enfant (Sonde nasogastrique, Compresse, Seringue 60 CC à bout conique, seringue 5 CC, Xylocaïne gel, sérum physiologique, Gant propre) (2840 An 1, 2950 An 2, 3710 An 3)

1.6.6: Acquérir 13 aspirateurs de mucosités pour 3 PPH et 10 services de pédiatrie pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant

### **Intervention 1.7 : Populations-clés - Détenus**

L'intégration de la lutte contre la tuberculose est effective dans les 34 prisons sur l'étendue du territoire avec la collaboration du Ministère en charge de la justice. Le personnel de santé des prisons et les régisseurs sont formés sur la TB. Les conseillers communautaires et les éducateurs de pairs sont formés à la recherche active de la TB, à la sensibilisation sur la TB et au TDO dans les prisons. Les détenues bénéficient en routine d'un dépistage systématique de la tuberculose à l'entrée de la prison et au cours de la détention avec un système de recueil et de convoyage de crachats vers les CAT/CDT. Ces activités sont menées en collaboration avec la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) du Ministère en charge de la justice. Les activités de lutte contre la TB sont supervisées par les Médecins Chef des CAT de façon régulière. Le nombre de cas de TB est resté constant de 2015 à 2017 autour de 105 cas de tuberculose par an. En 2018, le nombre de cas est passé à 154 cas avec la recrudescence de la tuberculose dans la prison de Man. Les mesures de contrôle de l'infection ne sont pas appliquées dans les MAC. La surpopulation carcérale n'est pas accompagnée de mesures de désengorgement. Certaines prisons ne possèdent pas d'infirmier diplômé d'Etat à plein temps. Le PNLT ne dispose pas de financement suffisant pour la réalisation des radiographies thoraciques et pour le convoyage des crachats.

Cette note conceptuelle va contribuer à améliorer la prise en charge de la tuberculose au sein des populations carcérales à travers (i) le convoyage des crachats des cas présumés vers les centres de diagnostic (ii) la réalisation du dépistage actif par radiographie mobile (iii) la sensibilisation du personnel et des détenus sur les mesures de contrôle de l'infection.

1.7.1 : Acquérir 10 000 films de radio annuellement pour le dépistage actif de la tuberculose (Quartiers précaires, sociétés minières, prisons) (5 000 An2 ; 5 000 An 3)

1.7.2 : Organiser une campagne semestrielle de dépistage de la TB par la radiographie pulmonaire dans les MAC. (équipe de 05 personnes pendant 15 jours). Cette campagne sera réaliée avec deux (02) camions radio mobiles que se propose d'acquérir le PNLT.

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

#### **Intervention 1.8 : Populations-clés - Mineurs et communautés minières**

Ces dernières années, la Côte d'Ivoire enregistre une prolifération de l'industrie extractive des métaux précieux tant moderne que traditionnelle. Autour de ces sites on note une affluence des populations vivant dans des conditions précaires. Cette situation favorise le développement et la propagation de la tuberculose. La présente subvention mettra en oeuvre des activités à l'endroit de ces populations.

1.8.1: Organiser une campagne semestrielle de dépistage de la TB par la radiographie pulmonaire dans les entreprises minières (équipe de 05 personnes pendant 10 jours)

1.8.2 : Organiser la collecte et le convoyage des expectorations par les CDLM

1.8.3 : Organiser une campagne trimestrielle de sensibilisation dans 12 villages autour des mines

1.8.4 : Acquérir des 100 glacières, 200 accumulateurs pour le convoyage des crachats vers les CDT/CAT

#### **Intervention 1.9 : Populations-clés - Autres**

- **Habitants des quartiers précaires**

A ce jour, le dépistage de la TB dans les quartiers précaires reste faible. Aussi le PNLT prévoit t-il en collaboration avec les acteurs communautaires et les services sociaux des mairies de renforcer le dépistage actif conformément aux termes de références dans chacune des 13 communes du district d'Abidjan où le taux de pauvreté est élevé selon le RASS (**Annexe 4**).

1.9.1 : Organiser une campagne trimestrielle de sensibilisation dans les quartiers précaires de cas présumés

1.9.2 : Organiser une campagne semestrielle de dépistage actif dans chacune des 13 communes d'Abidjan (Equipe de 5 personnes pendant 10 jours)

- **Habitants des zones d'accès difficile**

Malgré la décentralisation menée par le PNLT ces dernières années, il persiste des zones d'accès difficiles où il n'existe aucune structure sanitaire. Ces zones pourraient contenir des foyers de TB qui alimentent les cas manquants. Les actions spécifiques proposées par le PNLT visent à organiser des campagnes de dépistage actif dans chaque zone de coordination de CAT, par prélèvement et Convoyage de crachats de cas présumés de la communauté vers les CAT/CDT.

1.9.3 Conduire une campagne semestrielle de dépistage actif dans chaque zone CAT (structures identifiés par les CAT), par prélèvement et convoyage de crachat de cas présumés de la communauté vers les CAT/CDT (21 An 1, 31 An 2, 31 An 3).

- **Consommateurs de drogues, d'alcool, de tabac**

De 2016 à 2017, le PNLT en collaboration avec Médecins du Monde (MDM) a mené une étude sur la prévalence de la TB chez les usagers de drogues (UD) à Abidjan

**(Annexe 12).** Cette étude a mis en évidence une forte prévalence de la TB de 9.8% chez les UD. MDM dans le cadre de ses activités de réduction du risque, met en oeuvre des activités de dépistage et d'accompagnement communautaire au traitement de la tuberculose. Ces activités concernent la sensibilisation sur la TB dans les lieux de consommation, la collecte et le convoyage des crachats des patients présumés TB vers les CAT/CDT et le suivi des malades, par des éducateurs de pairs. Le PNLT prévoit le renforcement de ces activités et l'intégration de la prise en charge de la tuberculose dans les centres de suivi des UD (ASAPSU Abobo, ASAPSU Gesco, ASAPSU Yao sehi), FSU COM Williamsville, CASA).

1.9.4: Former en 1 session annuelle de 25 participants pendant 3 jours des prestataires (Médecins, IDE) des centres d'addictologie sur la détection et la référence des cas suspects vers les CAT/CDT

1.9.5: Créer un centre de diagnostic et du traitement de la tuberculose au sein du Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA)

- **Sujets contacts**

Autour de chaque patient contagieux, une enquête d'entourage est réalisée pour la recherche de sujets contacts avec référence des cas présumés ou convoyage de crachats vers les CAT/CDT. Cette activité réalisée par des ASC doit être renforcée. Les enfants contacts de sujets bacillifères évalués et indemnes de tuberculose sont mis systématiquement sous INH en prophylaxie pendant 06 mois. Le défi actuel est l'achèvement de la chimioprophylaxie pour les enfants de 0 à 5 ans contacts de patients contagieux ayant initié l'isoniazide, l'adoption des nouvelles molécules (HP), la mise sous INH des enfants de plus de 5 ans, des adultes et adolescents contacts des cas contagieux. Des outils de gestion seront élaborés et mis à la disposition des acteurs. Par ailleurs, les sujets infectés mais ne développant pas une TB active seront mis sous traitement préventif.

1.9.6: Réaliser l'enquête d'entourage par les ASC auprès de 46 662 TPB+ à raison de 3000 F CFA par enquête (14 923 An1 ; 15 487 An 2 ; 16 251 An 3)

### **Intervention 1.10 : Activités conjointes avec d'autres programmes et secteurs**

- Diagnostic des comorbidités dans les services de prise en charge de la tuberculose

1.10.1: Acquérir du matériel médical, réactifs et consommables de laboratoires pour le diagnostic des comorbidités dans les CAT/CDT pour 50 % des patients (400 hémoglobinomètres, 400 glucomètres et 400 tensiomètres)

- Prise en charge de la coinfection tuberculose/diabète

Dans le cadre de la prise en charge de la TB chez les diabétiques, le PNLT a formé 16 médecins des 20 centres de prise en charge du diabète au dépistage de la tuberculose et la référence des cas présumés vers les CAT/CDT de 2016 à 2017. Le PNLT prévoit également, le dépistage du diabète chez les patients tuberculeux dans les CAT/CDT. Cependant aucun dispositif n'est mis en place pour assurer la mise en œuvre de ces activités tant dans les centres de diabétologie que dans les CAT/CDT. Il n'existe pas d'outils de gestion pour assurer la traçabilité. Dans le cadre de la présente subvention, le PNLT compte poursuivre les activités en corrigeant les lacunes identifiées.

Aussi la stratégie consistera-t-elle à mettre en place un système de notification des cas de sujets diabétiques ayant contracté la tuberculose dans les centres de diabétologie d'une part et le dépistage du diabète chez les patients tuberculeux dans les centres de PEC de la TB d'autre part. Cette activité sera soutenue par un appui communautaire.

	<p>1.10.2: Organiser 02 sessions de formation de 03 jours de 30 médecins/IDE des services de prise en charge du diabète pour la recherche active et le suivi de la tuberculose chez le diabétique.</p> <p>1.10.3: Organiser un atelier de 02 jours de 25 personnels de santé avec le PNMNT pour intégrer les items sur la recherche active de la tuberculose dans les outils de gestion du diabète.</p> <p>1.10.4: Organiser 01 session de formation de 25 membres d'association de diabétiques sur la TB pendant 02 jours.</p>
<p><b>Populations prioritaires</b></p>	<p>Les populations concernées par la présente subvention sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Population générale</li> <li>- Population à risque : enfants, mineurs et communautés minières, habitants des quartiers précaires, habitants des zones d'accès difficile, Usagers de drogues, d'alcool, de de tabac</li> <li>- Cas présumés de tuberculose</li> <li>- Patients atteints de tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante</li> <li>- Patients vivant avec le VIH</li> <li>- Patients diabétiques</li> <li>- Entourage et contacts</li> </ul>
<p><b>Obstacles et inégalités</b></p>	<p><b>1. <u>Obstacles et inégalités relatif aux droits humains</u></b></p> <p>La stigmatisation liée à la tuberculose est souvent assimilée à une « maladie honteuse » Elle peut être le fait de l'entourage familial, professionnel ou scolaire, de la communauté religieuse, mais également des professionnels de santé. Cela est lié au fait que la tuberculose est souvent associée à la pauvreté et à d'autres comportements sociaux et conditions de vie « indésirables », les personnes atteintes ou soupçonnées d'être atteintes de tuberculose peuvent être stigmatisées et discriminées sur la base de leurs statut socioéconomique et comportements perçus ou en raison de leur maladie. Aussi constatons nous un deni de la maladie dans les population aisées. Ceci peut constituer un frein à la demande de dépistage de la tuberculose et de services de traitement.</p> <p><u>Mesures envisagées par le PNLT pour éliminer ou atténuer ces obstacles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La réalisation d'une étude nationale sur l'index de la stigmatisation et la discrimination vécue par les patients TB</li> <li>• Des modules sur les droits humains et l'éthique liés au VIH, à la tuberculose seront élaborés et les professionnels de santé et communautaires seront formés et sensibilisés au respect des droits des patients</li> <li>• Reviser les outils de communications et concevoir les messages adaptés en vue de réduire le niveau de stigmatisation.</li> <li>• Le respect de la confidentialité des données sur les patients est une recommandation faite à l'endroit des personnels des structures prenant en charge la maladie (médical et non médical).</li> <li>• Les documents contenant les données personnelles sur les patients ne doivent pas être accessibles à tous</li> <li>• La charte de patients tuberculeux qui décrit les droits et devoirs des patients sera plus largement diffusée aux patients comme aux prestataires de santé</li> </ul> <p><b>2. <u>Obstacles et inégalités liés au genre</u></b></p>

En Côte d'Ivoire, en 2019, le sex ratio chez les patients atteints de tuberculose était de 1,7 homme /femme. En effet, les femmes représentaient 41% des nouveaux cas et rechutes de tuberculose.

L'EDS-MICS 2011-2012 (**Annexe 18**) a montré que 76% des femmes interrogées avaient eu un problème d'accessibilité aux soins en général. Les causes principales étaient : (i) la dépendance économique de la femme ; (ii) certaines contrées la femme doit avoir l'autorisation de son mari avant de rendre dans un centre de soins.

Par ailleurs la femme a très peu accès au message de prévention du fait de son faible niveau d'instruction et du contexte culturel.

#### Mesures envisagées par le PNLT pour éliminer ou atténuer ces obstacles

- Organiser des réunions de sensibilisation et de concertations à l'intention des hommes et des leaders communautaires
- Mener les activités de sensibilisation orientées vers les groupements de femmes
- Prendre des mesures pour s'assurer qu'aucune femme ne supporte des coûts catastrophique liés à la TB.

### **3. Obstacles et inégalités liés à l'âge**

La tuberculose pédiatrique reste sous-notifiée en Côte d'Ivoire.

En 2019, la proportion d'enfants parmi les nouveaux cas et rechutes était de 4,8%. Les enfants de moins de 5 ans risquent davantage de développer des formes graves de tuberculose qui augmentent le risque de décès. Ils représentent plus de 24 % des cas estimés de tuberculose de l'enfant ; or, c'est pour eux que les chances de recevoir un diagnostic et un traitement sont les plus minces.

La radiographie pulmonaire qui reste primordiale dans le diagnostic de la tuberculose infantile n'est pas toujours accessible aux familles, parce que les services sont éloignés ou par manque de moyens financiers.

Les jeunes enfants sont souvent pris en charge par les services de soins de santé primaires, où l'information et les moyens disponibles pour diagnostiquer la tuberculose sont limités, voire inexistantes.

Il en est de même pour les services de prise en charge (CAT/CDT) qui n'ont pas toujours la technicité et le matériel pour le prélèvement des crachats chez ces enfants

#### Mesures envisagées par le PNLT pour éliminer ou atténuer ces obstacles

- Extension de l'offre diagnostic et de soins aux services prenant en charge les enfants (pédiatrie, médecine générale, réhabilitation nutritionnelle) avec formation des prestataires
- Radiographie gratuite pour la recherche de cas présumés de tuberculose (Tous les CAT seront équipés d'appareils de radiographie numérique)
- Gratuité du prélèvement de crachats chez les enfants ; dotation des CAT/CDT en matériel et formation aux techniques de prélèvement.

### **4. Obstacles et inégalités géographiques**

La tuberculose est une maladie des grandes villes. Ainsi, des disparités existent entre les régions d'Abidjan qui notifie plus de 45% des cas et les autres zones du pays.

L'intégration de l'offre de prise en charge de la tuberculose dans les structures de santé est insuffisante à Abidjan, ce qui est un frein à l'accessibilité. Cela entraîne une surcharge des services existants avec pour risque une mauvaise qualité des services et par conséquent une diminution de la fréquentation des structures.

Par ailleurs, l'éloignement des services de santé dans certaines régions hors d'Abidjan constitue un frein important au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose.

Mesures envisagées par le PNLT pour éliminer ou atténuer ces obstacles

- Une augmentation de l'offre de services à Abidjan et dans les grandes villes de l'intérieur du pays : recherche de cas présumés (dépistage actif) dans les centres non Tb, renforcement des capacités diagnostic
- Rapprochement des services et des populations par l'ouverture de Centres de Traitement
- Forte implication communautaire

**5. Obstacles et inégalités de type socio-économiques**

La tuberculose est une maladie de la pauvreté qui prospère dans les contextes d'inégalités.

Les personnes vivant dans des mauvaises conditions (surpeuplement, promiscuité, mauvaise alimentation) présentent un risque plus élevé d'être infectées et de développer la tuberculose.

De plus, elles sont susceptibles d'être privées d'un accès à des services de lutte contre la tuberculose performants et à des informations sur la maladie.

La microscopie, la radiographie dans les CAT, l'examen GeneXpert et le traitement antituberculeux sont gratuits, mais les patients sont certainement soumis à des coûts catastrophiques directs liés au transport, à l'alimentation, éventuellement aggravés par des coûts indirects liés à la perte de revenu du fait de la maladie.

Mesures envisagées par le PNLT pour éliminer ou atténuer ces obstacles

- Le pays est fortement engagé dans la réduction des coûts à travers la gratuité des soins par une note circulaire (**Annexe19**)
- Rapprochement des services de prise en charge de la tuberculose par l'ouverture de Centres de traitement
- Implication des communautaires
- Appui alimentaire pour les patients TBMR
- Aide au transport pour les patients TBMR

**6. Obstacles et inégalités de type socio-culturels**

Dans notre contexte socio culturelle la représentation d'une maladie de longue durée favorise le recours à la médecine traditionnelle. Par conséquent ses malades arrivent tardivement dans les structures de soins. Ce qui favorisent d'une part la propagation de la tuberculose et d'autre part, favorise le décès.

Mesures envisagées par le PNLT pour éliminer ou atténuer ces obstacles

- Intensification des activités de sensibilisation, d'éducation à l'endroit des chefs traditionnels/coutumiers et des praticiens de la médecine traditionnelle.
- Intensification de la recherche des cas présumés à travers un appui communautaire soutenu

**7. Obstacles et inégalités liés à certaines populations à risque**

Certaines populations clés du fait de leur vulnérabilité lié à une éventuelle stigmatisation et discrimination ont très souvent peu accès à l'offre de soins et de traitement. Cela concerne les détenus, enfants, consommateurs de drogues, habitants des zones d'accès difficile.

	<p><u>Mesures envisagées par le PNLT pour éliminer ou atténuer ces obstacles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des mesures idoines seront envisagées au cas par cas au cours de la mise en œuvre via des supervisions stratégiques.</li> </ul>
<b>Justification</b>	Le diagnostic précoce et le traitement adéquat de la tuberculose constitue un maillon essentiel de la lutte contre la tuberculose. En effet, le traitement adéquat permet non seulement de rompre la chaîne de transmission et mais également d'éviter l'émergence de souches résistantes. Le diagnostic précoce permet une prise en charge rapide ce qui permet de rompre la transmission de la maladie et de réduire le décès.
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement du système de santé (capacités des ressources humaines, laboratoires, implication communautaire et de la société civile accrue)</li> <li>Intégration de tous les secteurs de la santé (publics, privés, confessionnel)</li> <li>Augmentation de la notification de la tuberculose</li> <li>Amélioration du taux de succès thérapeutique</li> <li>Diminution de la prévalence de la TBMR</li> <li>Baisse de l'incidence de la tuberculose</li> <li>Baisse de la mortalité liée à la tuberculose</li> <li>Contribution à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable</li> </ul>
<b>Investissement attendu</b>	4 668 281 Euros (27%)

<b>N° de module</b>	<b>Module 2 : Tuberculose multirésistante, Détection, diagnostic des cas et traitement</b>
<b>Principales interventions et activités</b>	<p><b><u>Intervention 2.1: Détection des cas et diagnostic</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Accessibilité universelle aux tests de sensibilité</b></li> </ul> <p>L'émergence des bacilles résistants met en péril le contrôle de la tuberculose. En effet, l'enquête de pharmacologie résistante réalisée en 2016 a montré que 4.6% des patients jamais traités étaient infectés par des souches résistantes à la Rifampicine et 22% chez les cas en situation de retraitement. En 2019, le programme a notifié 396 cas de TBMR et 16 cas de TB Ultra résistante (TB-UR). L'algorithme utilisé pour le diagnostic de la TB-MR ciblait les patients à risque élevés (retraitement, patient traité par un régime de 1ère ligne sans amélioration clinique après la phase intensive, sujets contacts TB-MR). Dans le cadre de la stratégie end-TB, le pays a adopté un nouvel algorithme visant à utiliser le genexpert en 1ère intention. A ce titre, le pays envisage d'améliorer la couverture en genexpert en passant progressivement de 29 en 2019 pour 262 laboratoires, 36 en 2020 et 60 d'ici 2022 dont 24 seront acquis au déla de la somme allouée. Il est prévu par ailleurs l'extension du réseau de laboratoires de culture de 2 à 4 en 2023 et l'acquisition de réactifs pour les tests de sensibilité phénotypique et génotypique. L'amélioration de la prise en charge de la TBMR va s'appuyer sur un réseau de transport des échantillons organisé à deux niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les ASC assurent le transport des échantillons du niveau périphérique vers le niveau régional (CAT)</li> <li>Une compagnie de transport assurera le transport des échantillons du niveau régional (CAT) vers les laboratoires centraux.</li> </ul> <p>2.1.1 : Acquérir 24 GeneXpert à 4 modules pour atteindre une couverture de 60 genexpert en 2022</p>

2.1.2 : Acquérir des cartouches (carton de 50) pour les tests moléculaires Xpert ( 1414 An 1 ; 1467 An 2 ; 1540 An 3)

2.1.3 : Acquérir des tubes coniques de 15 ml pour les tests moléculaires Xpert (75 000 an 1 ;75 000 an 2 ;80 000 an 3)

2.1.4 : Acquérir des pipettes de transfert pour les tests moléculaires Xpert (75 000 an 1 ;75 000 an 2 ;80 000 an 3)

2.1.5: Acquérir des réactifs pour la réalisation de tests de sensibilité de première et seconde ligne 89 an 1 ; 93 an 2 ; 98 an 3 ;

2.1.6 : Approvisionner les 2 laboratoires centraux en consommables et intrants de laboratoires pour la culture et les tests de sensibilité génotypique

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

2.1.8 : Assurer la maintenance des instruments GenXpert avec Cepheid (Extension de garanti)

2.1.9 : Assurer la maintenance des équipements de BD (MGIT)

2.1.10 : Assurer la maintenance des autres équipements (microscopes, réfrigérateurs, LAMP-TB, thermocycleur...)

2.1.11 : Renouveler le contrat annuel avec une entreprise nationale pour le transport des échantillons de crachats des CAT vers les laboratoires centraux

2.1.12 : Assurer la certification annuelle des laboratoires de culture

### **Intervention 2.2 : Traitement**

Le pays a adopté les nouvelles recommandions de l'OMS avec le traitement entièrement oral. Le traitement directement observé est réalisé par le personnel médical pour les patients tuberculeux multi-résistants et ultrarésistants dans le centre de santé. Les patients bénéficient d'un soutien au traitement. La recherche des cas contacts est effective avec la participation des acteurs communautaires.

- ***Prise en charge de la TB pharmaco-résistante***

2.2.1: Acquérir chaque année les médicaments antituberculeux de 2ème ligne pour les patients (622 an 1 ; 649 an 2 ; 685 an 3)

2.2.2: Acquérir des médicaments pour la gestion des effets indésirables des patients TBMR (622 an 1 ; 649 an 2 ; 685 an 3)

2.2.3: Acquérir 10 ECG et 10 audiomètres pour 10 CAT

2.2.4: Acquérir des consommables pour la réalisation des électrocardiogrammes dans 37 CAT (anciens et nouveaux) à raison de 5 bobines par an par CAT sur 3 ans

2.2.5: Assurer les frais pour la réalisation des bilans pré-thérapeutics et de suivi des patients TB-MR/UR (622 an 1 ; 649 an 2 ; 685 an 3)

2.2.6: Assurer les frais annuels rGLC pour appuyer le monitoring de la prise en charge de la TBMR

- ***Soutien aux patients***

Dans le but d'améliorer l'adhésion au traitement, les patients TBMR/UR beneficent d'un soutien alimentaire assuré par l'Etat tout au long du traitement. En outre, un appui pour le transport sera assuré par la présente subvention.

	<p>2.2.7 : Couvrir les frais journalier de transport (en raison de 1000F CFA par jour) des patients tuberculeux pharmaco-résistants (TBMR, XDR) pendant la durée du traitement (622 an 1 ; 649 an 2 ; 685 an 3)</p> <p><b><u>Intervention 2.3 : Prévention</u></b></p> <p>Une enquête d’entourage systématique est réalisée autour des patients TB-MR pour une recherche active de cas présumés. Tous les cas présumés bénéficient d’un examen genexpert.</p> <p>2.3.1 : Assurer les frais pour la réalisation d’enquête d’entourage autour des patients TB-MR/UR (622 an 1 ; 649 an 2 ; 685 an 3)</p> <p><b><u>Intervention 2.4 : Implication de tous les prestataires de soins</u></b></p> <p>2.4.1 : Assurer les primes des agents impliqués dans la prise en charge des patients TB-MR/UR (Médecins et Infirmiers des CAT, CDT et PPH, techniciens des laboratoires périphériques et centraux)</p> <p><b><u>Intervention 2.5 : Prise en charge communautaire de la tuberculose multi-résistante</u></b></p> <p>Le suivi communautaire sera renforcé sur la présente subvention par les activités suivantes :</p> <p>2.5.1 : Assurer 01 visite à domicile mensuelle pour un soutien psycho-sociale aux patients TB-MR/UR (622 an 1 ; 649 an 2 ; 685 an 3) sur 11 mois</p> <p>2.5.2 : Organiser 03 sessions de formation de 03 jours de 30 ASC sur le suivi communautaire des patients TB-MR/UR</p> <p><b><u>Intervention 2.6 : Populations clés</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Usagers de drogues</b></li> </ul> <p>En matière de TB-MR, on retrouve de plus en plus d’abandon de traitement chez les usagers de drogues. Pour améliorer le succès au traitement et éviter les contamination avenir le suivi communautaire dera être renforcer.</p> <p>2.6.1: Assurer un appui alimentaire et un soutien aux transport aux patients usagers de drogues atteints de TB-MR/UR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sujets contacts TB-MR/UR</b></li> </ul> <p>Le dépistage de la TB-MR sera renforcé autour des cas index. Cette activité sera menée par les ASC formés à ce effet.</p>
<b>Populations prioritaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients diagnostiqués TBMR/UR</li> <li>- Patients éligibles au retraitement,</li> <li>- Sujets contact de TBMR/UR</li> <li>- Patients avec des frottis positifs après la phase intensive du régime de première ligne</li> </ul>
<b>Obstacles et inégalités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance d’outils diagnostic moléculaires est un frein au passage à échelle de la prise en charge de la tuberculose multirésistante</li> </ul> <p>Pour répondre à cette problématique , le pays se propose d’augmenter le nombre X- pert pour élargir le diagnostic de la tuberculose multi résistante.</p>
<b>Justification</b>	<p>Le choix de ce module est soutenu par les resultats de l’enquête de pharmaco résistante qui indique que le phénomène prend de l’ampleur dans lepays. De même cette le taux de décès reste encore élevé parmi les malades TBMR/UR</p>

<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déploiement de l'outil moléculaire dans tous les CAT de région et les gros CDT (Abidjan &amp; Intérieur)</li> <li>- Amélioration de l'offre de diagnostic et de traitement de la TBMR/UR</li> </ul>
<b>Investissement attendu</b>	5 583 201 Euros (33%)

<b>N° de module</b>	<b>Module 3 : Tuberculose et VIH</b>
<b>Principales interventions et activités</b>	<p>Le pays a adopté les recommandations de l'OMS en matière de lutte conjointe TB/VIH à savoir (i) mettre en place les mécanismes de collaboration à tous les niveaux de la pyramide sanitaire; (ii) réduire la charge de morbidité et de mortalité liée à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH; (iii) réduire la charge de morbidité liée au VIH chez les patients tuberculeux et ceux présumés de TB.</p> <p>A ce jour cette collaboration est effective. En effet, la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH est passée de 34% en 2015 à 75% en 2019, le contrôle de l'infection tuberculeuse est en cours de mise en oeuvre dans les structures de prise en charge de la tuberculose et du VIH ainsi que la thérapie préventive à l'isoniazide (TPI) qui a débuté en 2018 par une phase d'initiation dans 6 structures. Cette phase a permis de noter la faisabilité de cette intervention. Malgré les contraintes dans la mise en oeuvre de cette intervention, le pays a décidé de poursuivre cette intervention à travers l'extension progressive de la TPI avant de passer à l'échelle nationale. Il convient de souligner que la contrainte majeure pour la mise sous TPI était la capacité du pays d'éliminer une tuberculose active pour certains sites. Aussi l'extension du Genexpert permettra la mise en oeuvre adéquate de la TPI.</p> <p>Par ailleurs, 98% des patients tuberculeux ont été dépistés pour le VIH avec un taux de co-infection TB/VIH à 17%. Parmi les patients coinfectés TB/VIH 98% sont mis sous ARV et 95% sous cotrimoxazole (cohorte 2018). Le screening de la TB s'est amélioré progressivement, mais reste insuffisant en raison d'une faible implication des prestataires et de la société civile. La mise en oeuvre de la TPI doit être poursuivie sur un plus grand nombre de structures voire l'ensemble des structures de prise en charge des PVVIH. En ce qui concerne la définition des cibles de la TPI, une réunion de concertation entre les parties prenantes, a recommandé que pour 2021 à 2023, que les bénéficiaires de la TPI soient les PVVIH nouvellement dépistés sous ARV (31 177 an 1 ; 33 671 an 2 ; 39 964 an 3). Une feuille de route a été élaborée à cet effet. Les modalités de mise en oeuvre et les coûts partagés sont en discussion.</p> <p>Les mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse sont mises en place mais insuffisamment appliquées. Il s'agira au cours de la mise en oeuvre de la NFM3 de renforcer ces activités collaboratives avec une implication accrue de la communauté.</p> <p>Les interventions de ce module sont pour la plupart financées par l'Etat de Côte d'Ivoire, le PEPFAR et la subvention FM /VIH au niveau communautaire. Dans le cadre de la mise en oeuvre des interventions de ce module, pour la NFM3, il sera demandé le financement des activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser une réunion trimestrielle d'un jour de 25 participants du comité élargi de lutte conjointe TB/VIH au niveau central y compris le niveau communautaire</li> <li>• Organiser 02 sessions de formation de 03 jours de 30 conseillers communautaires VIH, les groupes de soutien des pairs, les pairs éducateurs, les soignants au traitement préventif à l'isoniazide (TPI).</li> </ul> <p><b>Intervention 3.1 : Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH</b></p>

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

3.1.1 : Organiser une réunion trimestrielle d'un jour de 25 participants du comité élargi de lutte conjointe TB/VIH au niveau central y compris le niveau communautaire

3.1.2 : Organiser un atelier de révision de 01 jour au cours du GTT TB/VIH au niveau central de 25 participants du document cadre de collaboration PNLT/PNLS et le fonctionnement du groupe de travail à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Central, régional et district y compris les communautaires)

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

3.1.4 : Organiser une réunion semestrielle de 30 participants au niveau régional impliquant toutes les parties prenantes de la lutte contre la co-infection tuberculose et VIH dans la zone de coordination du CAT.

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

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

3.1.6 : Organiser 04 sessions annuelles de formation de 05 jours de 30 prestataires des services des structures de prise en charge des PVVIH sur la prise en charge de la co-infection tuberculose et VIH.

- Réduire la charge du VIH chez les patients tuberculeux ou présumés tuberculeux

3.1.7 : Approvisionner régulièrement tous les CDT/CAT en réactifs et intrants pour le diagnostic rapide du VIH chez 73 946 nouveaux cas et rechutes de TB de 2021 à 2023.

### **Intervention 3.2 : Dépistage, test et diagnostic**

3.2.1 : Approvisionner en cartouches genexpert pour le diagnostic de la TB chez 14 041 PVVIH référés dans les CAT/CDT de 2021 à 2023.

3.2.2 : Acquérir des films de radiographie pour le diagnostic de la tuberculose chez 14 041 PVVIH référés dans les CAT/CDT par les structures de PEC du VIH

### **Intervention 3.3 : Traitement**

3.3.1 : Acquérir les ARV et Cotrimoxazole pour la prise en charge des patients co-infectés dans les CDT/CAT

3.3.2: Acquérir chaque année les médicaments antituberculeux de 1ère ligne pour les PVVIH référés dans les CAT/CDT

3.3.3: Acquérir chaque année les médicaments antituberculeux de 2ème ligne pour les PVVIH référés dans les CAT/CDT

### **Intervention 3.4 : Prévention**

La prévention de la tuberculose chez les PVVIH sera menée à travers trois activités majeures: la recherche active de la tuberculose, le contrôle de l'infection et la thérapie préventive à l'isoniazide.

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

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

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

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

3.4.5: Acquérir des médicaments pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente (TPI) chez les PVVIH adultes et adolescents (INH300 : 29 558 an 1 ; 31 988 an 2 ; 37 966 an 3)

3.4.6: Acquérir des médicaments pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente (TPI) chez les PVVIH enfants (INH100 : 1 559 an 1 ; 1 683 an 2 ; 1 998 an 3)

3.4.7 : Acquérir la pyridoxine pour la gestion des effets secondaires dus à l'INH chez les PVVIH dans les structures de prise en charge du VIH (31 177 an 1 ; 33 671 an 2 ; 39 964 an 3)

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

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

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

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

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

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

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

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

	<p><b><u>Intervention 3.5 : Prise en charge communautaire de la co infection TB/VIH</u></b></p> <p>3.5.1: Organiser 02 sessions de formation de 03 jours de 30 conseillers communautaires VIH, les groupes de soutien des pairs, les pairs éducateurs, les soignants au traitement préventif à l'isoniazide (TPI) et à la prise en charge de la tuberculose. FM/TB</p> <p>3.5.2: Former les 369 conseillers communautaires restants et 242 EP sur la prise en charge de la tuberculose et le traitement préventif à l'INH FM/VIH</p> <p>3.5.3: Organiser la recherche de la TB chez 30523 PVVIH sur site et lors de VAD FM/VIH</p> <p>3.5.4: Assurer la collecte et le convoyage de crachat des PVVIH présumés TB vers les CAT/CDT</p> <p>3.5.5: Assurer le suivi communautaire des PVVIH sous traitement TB et des PVVIH sous TPI</p> <p>3.5.6: Assurer la sensibilisation sur site et dans la communauté auprès des PVVIH et familles sur la co-infection TB/VIH et l'INH</p> <p>3.5.7: Assurer le dépistage et la prise en charge communautaire de la co-infection TB/VIH chez les populations clés (UD, TS ; HSH, diabétiques, populations d'accès difficile etc.)</p> <p>3.5.8: Assurer le suivi communautaire de tous les patients TB vivant avec le VIH sous TARs</p>
<p><b>Populations prioritaires</b></p>	<p>Ce module vise les populations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients co-infectés tuberculose /VIH</li> <li>- PVVIH</li> <li>- Patients tuberculeux pharmaco sensibles</li> <li>- TBMR</li> </ul>
<p><b>Obstacles et inégalités</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rejet social et discrimination</b></li> </ul> <p>Malgré les efforts déployés par le pays, la discrimination et la stigmatisation restent élevées. En effet, selon les résultats de l'étude nationale de l'index de la stigmatisation de l'ONUSIDA de 2016, le niveau global de stigmatisation et ou de discrimination vécu par les PVVIH de la part d'autres personnes demeure élevé (<b>Annexe 20</b>).</p> <p>L'association de la tuberculose au VIH, pourrait amplifier la stigmatisation et la discrimination à l'endroit de ces personnes et accroître ainsi leur vulnérabilité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inégalité entre les genres et violence fondée sur le genre</b></li> </ul> <p>L'inégalité et la discrimination fondées sur le sexe, le genre, l'identité de genre et l'expression de genre pourraient des causes de vulnérabilité majeure à l'infection à VIH et rendent l'existence des personnes vivant avec le VIH encore plus difficile.</p> <p><u>Mesures envisagées par le PNLT pour éliminer ou atténuer ces obstacles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des campagnes de sensibilisation à travers les média sur les droits de l'homme et la stigmatisation à l'endroit de la population en matière de TB/VIH.</li> <li>- Reviser les outils de communication et les vulgariser</li> <li>- Le pays met actuellement en œuvre les mesures nécessaires pour rapprocher l'offre de soins et de traitement des populations à travers la décentralisation et actions spécifiques à l'attention des populations demunies.</li> </ul>
<p><b>Justification</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de décès élevé chez les co-infectés TB/VIH (21%)</li> <li>- Insuffisance de la recherche active de la TB chez les PVVIH</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de mise en oeuvre des mesures de contrôle de l'infection dans les services de santé</li> <li>- La thérapie préventive à l'Isoniazide chez les PVVIH en phase d'initiation avec extension progressive</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La coordination entre les deux programmes renforcées</li> <li>• Le taux de décès chez les co-infectés TB/VIH est réduit</li> <li>• La recherche active de la tuberculose chez les PVVIH est réalisée chez tous les patients</li> <li>• La prévention de la tuberculose est réalisée chez les PVVIH indemne de tuberculose active</li> <li>• Tous les tuberculeux connaissent leur statut VIH et sont pris en charge</li> <li>• Les mesures de contrôle de l'infection sont renforcées dans les structures de santé;</li> <li>• Le système de santé est renforcé par l'acquisition d'appareils supplémentaires (GeneXpert, Radio) et le renforcement des capacités des ressources humaines</li> </ul>
<b>Investissement attendu</b>	31 816 Euros (0,19%)

<b>N° de module</b>	<b>Module 4 : Gestion des programmes</b>
<b>Principales interventions et activités</b>	<p><b><u>Intervention 4.1 : Coordination et gestion du programme national de lutte contre la tuberculose</u></b></p> <p>La lutte contre la tuberculose est coordonnée par le PNLT sur toute l'étendue du territoire national. Cette coordination consiste à la mise en œuvre des activités suivantes : surveillance, assistance technique, supervision, planification des ressources humaines, coordination avec les autorités locales et les districts, réunions trimestrielles, partenariat et plaidoyer, sensibilisation et communication. Ces activités se font aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.</p> <p>Il convient de noter, l'insuffisance en ressources humaines et en matériels roulants pour assurer des missions de supervisions de manière adéquate et par ailleurs les véhicules du PNLT sont vieillissants ( plus de 5 ans) et necessitent leur renouvellement.</p> <p>4.1.1 : Organiser 01 réunion trimestrielle du groupe technique TB/VIH au niveau central (01 jour de 25 participants)</p> <p>4.1.2 : Organiser 01 réunion trimestrielle du groupe technique TB-MR (01 jour de 21 participants)</p> <p>4.1.3 : Organiser 01 réunion trimestrielle du groupe technique TB-enfant (01 jour de 25 participants)</p> <p>4.1.4 : Organiser 01 réunion trimestrielle du groupe technique du partenariat multisectoriel (01 jour de 35 participants)</p> <p>4.1.5 : Organiser chaque semestre une réunion d'un jour de 20 participants du comité national logistique pour le suivi des approvisionnements et des stocks</p> <p>4.1.6 : Organiser 01 réunion trimestrielle de la task force de la recherche opérationnelle (01 jour de 20 participants)</p> <p>4.1.7 : Organiser 01 réunion trimestrielle d'un jour de 20 participants de coordination des activités communautaires au niveau central</p>

4.1.8 : Organiser 01 réunion de cadre de coordination permanent de la mise en oeuvre des activités communautaires au niveau régional ( 01 jour de 20 participants)

- **Surveillance, assistance technique et supervision national et infra national**

4.1.9 : Organiser 01 mission semestrielle de suivi de la lutte contre la TB dans les CAT

4.1.10 : Organiser 01 mission semestrielle de suivi de la lutte contre la TB dans les CDT et MAC

4.1.11 : Organiser des spot-cheks par le niveau central vers 05 CAT moins performants et le niveau regional vers 03 CDT moins performants

- **Planification des ressources humaines, dotation en personnel et formation à la gestion des programmes**

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

4.1.13: Assurer la participation du personnel de la coordination à des conférences internationales (Assemblée Mondiale de l'ONU 01 participants, Assemblée Mondiale de l'OMS 01 participants, Assemblée Régionale Africaine de l'OMS 01 participants, Conférence Africaine de l'UNION sur la tuberculose 02 participant, Conférence Mondiale annuelle de l'UNION sur la santé respiratoire 02 participant, Reunion annuelle des Coordonnateurs WARN-TB 01 participant)

- **Communication / partenariat**

4.1.14 : Concevoir et diffuser des spots de sensibilisation sur la tuberculose en pregnant en compte le genre, la stigmatisation et la discrimination en français et en langues locales sur les radios de proximité des 33 régions sanitaires (20 spots conçus et traduits et 17 820 passages/an durant 3 ans)

4.1.15 : Animer des émissions radiophoniques de sensibilisation sur la tuberculose en français et en langues locales sur les radios de proximité de 31 sites pregnant en compte le genre, la stigmatisation et la discrimination (10 émissions conçues et traduites et 1 584 passages/an durant 3 ans)

4.1.16: Concevoir et diffuser des spots de sensibilisation sur la tuberculose sur la télévision (3 spots conçus et 02 passages/ Semaine durant 3 ans)

4.1.17: Concevoir et diffuser des prêts à diffuser (PAD) de sensibilisation sur la tuberculose (3 PAD conçus et 81 passages /an durant 3 ans)

4.1.18: Concevoir, reproduire et diffuser des affiches autocollantes de sensibilisation sur la tuberculose et la stigmatisation/discrimination en lien avec la tuberculose ainsi que les droits et devoir des patients (50 000 affiches format A3 /an durant 3 ans)

4.1.19: Reproduire et diffuser 400 boites à images en integrant la stigmatisation/discrimination en lien avec la tuberculose, les droits et devoir des patients ainsi que le genre

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

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

4.1.22: Recruter un cabinet durant un mois pour la réalisation d'une enquête CAP en 2021

4.1.23: Organiser annuellement la Journée Mondiale de Lutte contre la Tuberculose (JMT) durant 3 ans

4.1.24: Organiser un atelier de revision de 03 jours de 25 participants pour la revision des messages et supports de communication sur la tuberculose pour l'intégration des items sur la stigmatisation et la discrimination, les droits et devoir des patients ainsi que ainsi que le genre

- **Matériels de bureau/informatique**

4.1.25: Acquérir un logiciel de gestion des données de laboratoire

## **Intervention 4.2 : Gestion des subventions**

### **PR Communautaire**

4.2.1: Assurer les salaires de l'équipe de gestion de la subvention TB du PR communautaire

4.2.2: Assurer les salaires de l'équipe de gestion de la subvention TB des 3 SR et des Bureaux Régionaux

4.2.3: Assurer le paiement des indemnités des Asc coach dans les MAC

4.2.4: Assurer la prime des acteurs communautaires (ASC COACH : 647 an 1, 656 an 2, 669 an 3 et Superviseurs : 33 an 1, 43 an 2, 43 an 3)

4.2.5: Reproduire les outils de S&E de la stratégie communautaire

4.2.6: Assurer le paiement des frais généraux de gestion de l'Unité centrale du PR communautaire

4.2.7: Assurer le paiement des frais généraux des 3 SR du PR communautaire

4.2.8: Renforcer les capacités du PR communautaire (revue et replanification avec l'appui du Conseil d'Administration et de Frontline AIDS, assistance technique participation aux conférences internationales)

4.2.9: Assurer un audit externe annuel des comptes de la subvention au niveau du PR communautaire (coût partagé VIH)

4.2.10: Evaluation finale du programme (coût partagé VIH)

4.2.11: Acquérir du matériel informatique pour la gestion de la subvention au niveau du PR communautaire et des SR

4.2.12: Assurer une mission trimestrielle de supervision des données financières des SR par le PR communautaire (équipe finance)

	<p>4.2.13: Assurer une mission trimestrielle de validation des données des SR, ADR, PMT et des 34 MAC par le PR (équipe suivi et évaluation)</p> <p>4.2.14: Acquérir des motos pour les superviseurs (44) et 66 acteurs communautaires sur les sites à plus de 100 patients /an</p> <p>4.2.15: Organiser une session de formation pour les 183 nouveaux ASC et 43 superviseurs</p> <p><b>PR Public</b></p> <p>4.2.16: Assurer le paiement des salaires des agents recrutés dans le cadre de la subventions (PNLT)</p> <p>4.2.17: Assurer les primes du personnel étatique de l'Unité centrale du PNLT impliqués dans la gestion de la subvention</p> <p>4.2.18: Assurer le paiement des frais généraux pour la gestion de la subvention</p> <p>4.2.19: Acquérir du matériel informatique et bureautique</p> <p>4.2.20: Assurer la maintenance du parc informatique de la subvention</p> <p>4.2.21: Assurer l'audit externe des comptes de la subvention</p> <p>4.2.22: Assurer la maintenance du matériel roulant (véhicules, motos) de la subvention</p> <p>4.2.23: Approvisionner le PNLT en carburant pour les activités de coordination et de suivi</p> <p>4.2.24: Assurer la maintenance du logiciel TOMPRO</p> <p>4.2.25: Organiser une mission annuelle d'inventaire des biens acquis sur les projets du FM</p> <p>4.2.26: Assurer le paiement des indemnités de fin de projet du personnel dédié à la subvention</p> <p>4.2.27: Acquérir 12 véhicules 4X4 (10 pour les nouveaux CAT et 02 pour la coordination)</p> <p>4.2.28 : Assurer la maintenance des appareils de radio et d'incinérateurs acquis sur les projets précédents</p>
<p><b>Populations prioritaires</b></p>	<p>Populations ou groupes concernés : Les agents du Programme à tous les niveaux ainsi que les bénéficiaires principaux et les sous-bénéficiaires de la subvention du FM.</p>
<p><b>Obstacles et inégalités</b></p>	<p>Insuffisance de matériels roulants.  La non fonctionnalité des véhicules et matériels roulants.  Insuffisance de ressources humaines.  Lenteur dans le traitement des marchés liée à la complexité du manuel de procédures.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesures correctrices</li> </ul> <p>Reviser et simplifier le manuel de procédures pour l'adapter à un contexte de gestion de programme.  Mettre en place des mesures de rétention du personnel.</p>

<b>Justification</b>	La mise en œuvre des interventions de coordination et de gestion de la subvention permettra d'améliorer la performance du programme
<b>Résultats attendus</b>	la coordination est assurée à tous les niveaux pour mener la surveillance, la supervision national ,la planification et le partenariat de qualité. La disponibilité de ressources humaines de qualité et de matériels roulants fonctionnels permettant de mener à bien les activités . Le manuel de procédure simplifié permettra d'accélérer les appels d'offres
<b>Investissement attendu</b>	6 396 976 Euros (38%)

<b>N° de module</b>	<b>Module 5 : Système de gestion de l'information sanitaire et suivi-évaluation</b>
<b>Principales interventions et activités</b>	<p>Le système d'information du PNLT est intégré dans le système national d'information sanitaire du pays. Il comprend trois niveaux : Périphérique, Régional et Central.</p> <p>Les outils de collecte et de rapportage sont standardisés et disponibles dans les structures de santé. Ces outils ont été adaptés aux nouvelles définitions de l'OMS en 2015. En 2018, les données communautaires ont été intégrées dans ces outils.</p> <p>Les données sont saisies au service Suivi Evaluation sous format Excel. Par ailleurs, les données de la tuberculose ont été paramétrées dans le logiciel national DHIS2 en 2016. Cependant, les données ne sont pas vérifiées et analysées par les chargés de surveillance épidémiologiques (CSE) des Districts et les Régions sanitaires du fait d'une méconnaissance des indicateurs de la tuberculose. Le PNLT envisage dans cette subvention d'élaborer des procédures standardisées de gestion des données de la tuberculose à l'attention de tous les acteurs.</p> <p><b><u>Interventions 5.1 :Rapportage des données de routine</u></b></p> <p>5.1.1 : Elaborer en collaboration avec la DIIS les procédures de gestion des données de la tuberculose ( atelier de 5 jours de 15 participants)</p> <p>5.1.2 : Organiser 12 sessions de formation de 5 jours de 35 participants sur la gestion des données de la tuberculose. Il s'agira de former les CSE de région, CSE de district , les membres des ONG, Directeurs de districts sabitaires,les directeurs régionaux de santé et gestionnaires de données des CAT par pools régionaux. Les personnes ressources du suivi évaluation et de la DIIS seront les facilitateurs. Au total 6 pools régionaux seront organisés.</p> <p>5.1.3 : Organiser un atelier de paramétrage du module de gestion de dossier individualisé des patients atteints de la tuberculose ou tracker dans le DHIS2 de 15 participants sur 5 jours</p> <p>5.1.4 : Organiser 04 sessions de formation de 05 jours de 30 participants ( personnel de la coordination du PNLT et les gestionnaires de données, les Médecins Chef des CAT ) à l'utilisation du tracker</p> <p>5.1.5 : Reproduire et diffuser les outils de gestion de la tuberculose y compris la TBMR, TBVIH, TB enfants, registre TB, laboratoire, fiches de traitement, formulaires de rapports, étiquettes, autocollants</p> <p><b><u>Intervention 5.2: Qualité des données et programme</u></b></p>

	<p>5.2.1: Organiser en collaboration avec la DIIS des missions de RDQA et de coaching sur l'utilisation du DHIS2 par un d'équipe de 4 personnes (données agrégées et tracker) (01 missions d'un jour par site sur 20 sites)</p> <p>5.2.2: Recruter un consultant international sur 30 jours ouvrés pour réaliser une enquête d'exhaustivité sur la TB en Côte d'Ivoire</p> <p><b><u>Intervention 5.3: Analyse,Evaluations, Revue et transparence</u></b></p> <p>5.3.1 : Organiser par un une retraite bilan de 04 jours de 45 participants 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</p> <p>5.3.2 : Organiser 1 atelier bilan annuel de discussion et d'échanges de 05 jours de 70 participants sur le rapport annuel du PNLT avec le niveau régional et les partenaires</p> <p>5.3.3 : Evaluer à mi-parcours en 2023 le plan stratégique national 2021-2025 (revue externe)</p> <p>5.3.4 : Organiser une étude sur les coûts catastrophiques liés à la TB en Côte d'Ivoire avec l'appui d'un consultant international</p> <p>5.3.5 : Organiser des journées scientifiques annuelles sur la TB couplée à la journée mondiale de lutte contre la TB</p> <p>5.3.6 : Recruter un consultant national pour conduire une étude sur l'enquête d'entourage des cas contacts des sujets bacillifères sur 45 jours</p> <p>5.3.7 : Recruter un consultant national pour conduire une étude sur les facteurs de non observance de la chimio-prophylaxie à l'INH chez l'enfant de 0 à 5 ans</p> <p><b><u>Intervention 5.4: Enquête</u></b></p> <p>5.4.1 : Organiser la 4<sup>ème</sup> enquête de pharmaco-résistance en Côte d'Ivoire en 2021</p>
<b>Populations prioritaires</b>	Populations ou groupes concernés : Les agents du Programme à tous les niveaux ainsi que les bénéficiaires principaux et les sous-bénéficiaires de la subvention du FM,partenaires techniques.
<b>Obstacles et inégalités</b>	Non maîtrise de la gestion des données TB par les CSE des districts et régions Données non saisies dans le DHIS 2 au niveau district Insuffisance de ressources humaines qualifiées
<b>Justification</b>	Le suivi-évaluation fait partie intégrante d'un programme. Il permet de mettre à la disposition des informations stratégiques pour faciliter la prise de décision adéquate. Dans le cadre de cette demande ,il permettra de suivre la performance de la subvention .
<b>Résultats attendus</b>	Données de qualité pour orienter la prise de décision Renforcement des capacités des acteurs du suivi évaluation au niveau national Renforcement du système national d'information sanitaire avec l'intégration des données individuelles
<b>Investissement attendu</b>	298 024 Euros (2%)

b) L'un ou plusieurs des aspects de cette demande de financement font-ils appel à la modalité de **paiement en fonction des résultats** ?

Oui       Non

Si **oui**, indiquer dans le tableau ci-dessous les indicateurs de résultats correspondants et les raisons qui justifient le choix de ces indicateurs ou jalons.

Indicateur de résultat ou jalon	Cible			Justification du choix de l'indicateur/du jalon pour le financement du Fonds mondial
	Valeur de référence	Année 1	Année 2	
Ajouter des lignes si nécessaire				
<b>Montant total demandé au Fonds mondial</b>				

Préciser comment l'exactitude et la fiabilité des résultats communiqués seront garanties.

Non applicable

c) **Possibilités d'intégration** – Expliquer en quoi les investissements proposés tiennent compte :

- des besoins des programmes de lutte contre les trois maladies et des autres programmes de santé connexes ;
- des liens avec les systèmes de santé généraux pour améliorer les résultats de la lutte contre les maladies, et l'efficacité et la pérennité des programmes.

La présente subvention est soumise dans le but de réduire l'incidence et la mortalité liées à la TB en Côte d'Ivoire. Elle est fondée sur les besoins spécifiques de la lutte contre la TB, intégrés dans le plan stratégique 2021-2025. Ces besoins prennent en compte les axes et interventions issus des recommandations formulées lors de la revue du programme TB. En lien avec ces interventions, des activités de dépistage, de diagnostic, de traitement et de prévention ont été développées en collaboration avec d'autres programmes de santé et l'implication de la communauté.

**Intervention 1.10 : Activités conjointes avec d'autres programmes**

- **Collaboration avec le PNPM**

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

- **Collaboration avec le Programme National de Lutte contre les Maladies Mentales**

Sur la base des insuffisances constatées dans la prise en charge psychologique à l'origine du déni de la maladie et de l'arrêt du traitement par certains malades tuberculeux, une collaboration est prévue dans le but de maintenir les patients dans le circuit des soins.

- **Collaboration avec le secteur privé**

Elle a pour but d'augmenter l'offre de soins et services de la TB afin de réduire les occasions manquées de diagnostic de la TB.

- **Collaboration avec le Programme National de prévention des maladies métaboliques**

Le diabète est un facteur de risque les plus associés au développement d'une Tb maladie. Pour réduire ce risque, des activités conjointes seront mise en œuvre en collaboration avec le programme de prévention du Diabète

- **Lutte contre les comorbidités**

Une étude opérationnelle réalisée par le PNLT en 2017 (**Annexe 21**), a permis d'identifier les comorbidités et facteurs de risque qui influencent le succès du traitement (Anémie, VIH, Diabète, HTA, Insuffisance rénale, troubles mentaux, lésions radiologiques multifocales, insomnie, Asthme). Dans la présente subvention, des interventions sont prises en compte pour la gestion de ces comorbidités.

- **Liens avec les autres entités du système de santé** (DGS, DIIS, DSC, DPML, PNDAP, NPSP, LNSP) : les activités transversales avec ces entités du système de santé permettent de renforcer la coordination et le suivi des interventions de lutte contre la tuberculose.
- **Activités conjointes avec d'autres programmes** (PNLS, PNPMT, PNMME, PNN, PNLTa, PNLMM, PNSME)

Pour le Diagnostic et la prise en charge de ces comorbidités, le PNLT va collaborer avec les programmes de prise en charge de ces différents facteurs de risque.

d) Expliquer succinctement en quoi la demande de financement est conforme aux **exigences de centrage de la candidature** énoncées dans la lettre d'allocation.

La proposition de financement soumise vise à améliorer le diagnostic et le traitement de la TB en comblant les gaps et obstacles identifiés. Pour cela, les interventions proposées concernent en priorité, les populations clés et spécifiques.

- **PVVIH**

Le renforcement de la collaboration entre le PNLT et le PNLS en vue d'améliorer la prise en charge des PVVIH. La réduction du risque de développement d'une TB maladie et surtout la baisse de la forte mortalité (21%) chez ceux-ci auront un impact positif sur la lutte conjointe TB/VIH.

- **Enfants**

Le renforcement des capacités des prestataires, la mise à jour des directives et outils de gestion, la mise à disposition d'équipements et de matériels de prélèvement permettront d'améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez l'enfant.

- **Les sujets-contacts**

Les sujets-contacts constituent un groupe à haut risque pour la tuberculose. Leur dépistage systématique est une intervention qui fait partie de la stratégie de lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire. Cependant, cette intervention est insuffisamment mise en œuvre. La soumission actuelle prévoit d'accentuer les activités concernant cette cible.

- **Détenus**

La surpopulation carcérale, la malnutrition et la précarité favorisent l'éclosion et la transmission de la TB. En moyenne, chaque année, 100 cas de TB sont diagnostiqués parmi une population de plus de 20 000 pensionnaires. Pour cette cible, des actions d'envergure permettront de réduire la transmission de la tuberculose au sein de cette population :

- **Mineurs et communautés minières**

Ces populations ont un risque plus accru de TB en raison de l'exposition à la poussière mais aussi des conditions de précarité autour des mines. Le renforcement du dépistage actif au sein de cette population permettra d'accroître la notification des cas manquants.

- **Autres populations-clés** : Habitants des quartiers précaires, Habitants des zones d'accès difficile, Consommateurs de drogues, d'alcool, de tabac.

Les interventions de dépistage actif à l'endroit de ces populations contribueront à accroître la notification des cas manquants.

Les interventions prioritaires sus-citées à l'endroit de ces populations clés et en collaboration avec les autres programmes et entités du système de santé répondent aux besoins du PNLT inscrits dans le PSN 2021-2025.

- e) Expliquer en quoi la demande de financement présente un bon **rapport coût/efficacité (en anglais « value for money »)**, en incluant des exemples de l'amélioration de la rentabilité par rapport à la période d'allocation actuelle. Pour répondre, se reporter aux *Instructions* relatives à la définition des dimensions du rapport coût/efficacité qui doivent être prises en compte.

La présente demande de fonds prend en compte les éléments en rapport avec un bon rapport coût/efficacité. Ces éléments s'organisent autour de concepts suivants :

**-économie :**

Depuis la mise en œuvre des subventions les acquisitions se font selon les dispositions internationales à travers GDF .

Les coûts utilisés dans cette présente subvention sont déterminés à partir de catalogues officiels pour les médicaments, intrants et équipements biomédicaux.

Par ailleurs, les dispositions du manuel de procédures encouragent et garantissent le rapport qualité /prix à travers la mise à concurrence des fournisseurs et prestataires de services. Cela a pour conséquence de faire des économies sans pour autant entacher la qualité des services.

La gestion des interventions communautaires TB et VIH par le même PR permet de mutualiser les ressources et de réaliser les économies.

**-efficacité :**

Les interventions proposées sont issues des recommandations de la revue du programme qui a permis une analyse profonde des axes stratégiques de lutte contre la Tuberculose comme édictés par la stratégie END TB.

La mise en œuvre et le suivi des interventions proposées, permettront d'avoir une plus grande efficacité sur la lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire.

Les 29 machines X pert du réseau de laboratoire ont permis un diagnostic étiologique précis et d'initier un traitement adéquat. L'extension de l'offre diagnostic de l'outil moléculaire et son utilisation rationnelle permettront d'améliorer la prise en charge de la tuberculose et à termes de contrôler la maladie.

Par ailleurs, la mise en place des plateformes de concertation avec les autres secteurs (privé, communauté, parapublic...) participe à l'efficacité du programme à travers la réduction des coûts de fonctionnement des groupes cibles et la résolution concertée des différents problèmes.

**-équité :**

Les populations ciblées sont: i) celles qui ont un accès difficile ou pas d'accès du tout aux services de soins et de lutte contre la tuberculose, ii) les PVVIH qui constituent une population à haut risque pour la tuberculose, iii) les sujets-contacts , iv) les mineurs , v) les populations vulnérables comme les enfants , les prisonniers, les usagers de drogue ou d'alcool. Des interventions prennent en compte de ces populations. La décentralisation des CDT/CT permettra de façon progressive de réduire les inégalités constatées dans l'offre de services des soins de la tuberculose.

Par ailleurs, pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation, les droits humains ont été pris en compte dans cette note conceptuelle.

### 2.3 Fonds de contrepartie (le cas échéant)

Seuls les candidats dont la lettre d'allocation indique que des fonds de contrepartie leur ont été assignés sont tenus de répondre à cette question.

Décrire en quoi les **conditions programmatiques et financières** énoncées dans la lettre d'allocation ont été remplies.

Non applicable

## Section 3 : Modalités d'application et de mise en œuvre

Pour répondre aux questions ci-dessous, se reporter aux *Instructions* et à une **cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre**<sup>3</sup>.

- a) Décrire la façon dont les **modalités de mise en œuvre** proposées garantiront l'exécution efficace du programme.

La mise en oeuvre de cette subvention sera assurée par deux PR: le PR Public (PNLT) et le PR communautaire (Alliance Côte d'Ivoire). Le cadre de collaboration existant entre les PR prévoit à tous les niveaux la tenue de réunions pour assurer la coordination des interventions et le suivi du programme.

Le CCM assurera son rôle régalien de coordination et de suivi stratégique des subventions à travers les Assemblés Générales, la revue trimestrielle des Dashboard, la supervision des PR en s'appuyant sur les insuffisances et recommandations contenues dans les lettres de gestion, les vistes des structures des SR et la revue des PUDR (*Progress Update and Disbursement Request*) avec le LFA (Agent Local du Fonds mondial).

L'UCP-FM assurera le suivi programmatique et de suivi de la gestion financière des subventions en lien avec le CCM et PR public. Elle tiendra à travers le comité de pilotage des réunions hebdomadaires et mensuelles selon les diligences dans le cadre de la gestion du suivi et la mise en œuvre des activités. Par ailleurs elle assurera la préparation et la diffusion des rapports programmatiques et financiers pour les évaluations et les audits internes et externes des comptes.

Le PR communautaire contractualise avec les SR. Il décaisse des fonds aux SR pour l'opérationnalisation des activités et assure la coordination et le suivi de la mise en œuvre conformément au mémorandum d'entente qui sera élaboré entre le PR et les SR ainsi que l'organisation de réunions trimestrielles de coordination.

Au cours de la mise en œuvre de la subvention NFM 2, des contraintes ont été identifiées : (i) lenteur dans la remontée des informations ,insuffisance de production des justificatifs de dépenses (ii) complexité des mécanismes de coordination.

Aussi, Alliance a-t-il proposé et obtenu de l'accord du CCM pour opérer une modification dans les modalités de mise en œuvre. Pour la nouvelle subvention, Alliance Côte d'Ivoire contractualisera directement avec les sous bénéficiaires (**Annexe 22**). Cette nouvelle modalité de mise en œuvre aura l'avantage de (i) Renforcer le ciblage des populations clés à travers une approche différenciée ; (ii) Réduire les risques de rupture de financement à tous les niveaux ; (iii) Améliorer l'impact des interventions communautaires. En effet en plus de la subvention TB, Alliance Côte d'Ivoire aura à charge le volet communautaire de la subvention VIH, lui permettant ainsi de renforcer l'intégration des interventions TB/VIH aussi bien sur les sites de prise en charge de la TB que du VIH.

<sup>21</sup> La cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre est obligatoire si le programme se poursuit avec le même récipiendaire principal. En cas de changement de récipiendaire principal, cette cartographie peut être transmise lors de l'étape d'élaboration de la subvention.

L'implication des malades et anciens malades tuberculeux sera renforcée en particulier au sein du réseau COLTMR. En outre, les représentants des personnes infectées, affectées ou concernées par les trois maladies (VIH, TB et Paludisme) ainsi que les populations-clés sont membres du CCM et ils participent pleinement à la gouvernance et au suivi stratégique de la mise en œuvre des subventions. Le programme va s'assurer que la représentativité des femmes soit bien effective au cours de la mobilisation sociale et que le droit des malades soit respecté dans la mise en œuvre du programme.

b) Décrire le rôle que les **organisations communautaires** joueront en vertu des modalités de mise en œuvre.

La Direction de la Santé Communautaire (DSC) avec l'appui des partenaires s'est dotée en 2017 d'un Plan Stratégique Nationale de la Santé Communautaire 2017-2021(**Annexe 15**). Ce document est un outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires.

Les interventions communautaires d'Alliance Côte d'Ivoire sont conformes à la directive nationale en matière de lutte contre la tuberculose, et s'alignent sur la stratégie nationale de la santé communautaire.

Pour la mise en œuvre des interventions, Alliance Côte d'Ivoire contractualise avec 03 SR et 06 prestataires pour la question spécifique des populations clés. En outre, Alliance s'appuie sur deux bureaux régionaux (Daloa, Bondoukou).

Compte tenu du poids important de la maladie à Abidjan (46%), de la contribution des sujet contact d'un cas index (37.7%), autres services de santé (15.6%), populations ayant recours aux praticiens de la médecine traditionnelle (6.2%), PVVIH (6.6%), usagers de drogues (1.9%), Populations vivant dans les zones d'extraction minière (1.6%) dans les cas référés au niveau communautaires, la stratégie consistera à une approche différenciée, spécifique, intégrée, participative et rapprochée en tenant compte de la problématique des populations vulnérables, des grandes villes à forte endémicité, les zones rurales, les populations clés telles qu'identifiées dans le plan stratégique national 2021-2025.

La stratégie communautaire repose sur un dépistage systématique de tous les cas présumés de TB dans 171 centres de santé tant public que privé non-TB à travers un positionnement d'ASC. Pour l'intérieur du pays, des campagnes de sensibilisation de proximité pour la recherche active de la TB seront organisées dans les villages et campements en collaboration avec le prestataire du milieu rural afin d'identifier les cas manquants liés à la difficulté d'accès géographique.

Aussi, Alliance poursuivra le partenariat avec le programme de la médecine traditionnelle du pays.

Les 06 prestataires de service en charge des populations spécifiques réaliseront la recherche active de la TB, et le suivi des patients TB, à travers les ASC.

L'intervention au niveau opérationnel sera exécutée par deux types d'acteurs : les ASC coach et les ASC de base selon la stratégie nationale de la santé communautaire. Les ASC coaches interviendront dans les CAT/CDT selon une approche différenciée prenant en compte la charge de travail par site : an 2021 : 664, an 2022 : 674, an 2023 : 688.

La mission assignée aux ASC coaches est d'assurer la permanence sur site, de coordonner les activités des ASC de base, d'attribuer les patients TB déclarés et mis sous traitement au CAT/CDT aux ASC de base selon le lieu de provenance de ceux-ci.

La mission de l'ASC de Base est de faire l'enquête d'entourage des patients TB référé par l'ASC Coach, d'appliquer le TDO dans la communauté et contribuer à la référence des cas présumés de TB de la communauté vers les CAT/CDT.

En milieu rural, dans les zones d'accès difficile d'où proviennent les malades des ESPC/ Centres de Traitement (CT), Une cartographie des ASC de base pour chaque zone d'intervention est disponible au niveau des districts sanitaires, et de la direction de la santé communautaire.

c) La présente demande de financement envisage-t-elle le recours à une **plateforme d'investissement conjoint** avec d'autres institutions ?

Oui     Non

Si **oui**, en décrire les modalités particulières.

Non applicable

d) Décrire les **principaux risques anticipés de la mise en œuvre** qui sont susceptibles de nuire : **i)** à la réalisation des objectifs du programme soutenu par le Fonds mondial ; et/ou **ii)** à l'ensemble du système de santé. Décrire ensuite les mesures d'atténuation visant à contrer ces risques et préciser quelle entité en serait chargée.

Principaux risques liés à la mise en œuvre	Mesures d'atténuation correspondantes	Entité responsable
Risques politiques Instabilité institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécuriser/gel des comptes</li> <li>• Identifier des lieux sûrs</li> <li>• Sécurisation des biens à travers l'acquisition d'assurance tout risque</li> <li>• Parquer le matériel roulant dans des endroits sécurisés</li> <li>• Impliquer les organisations internationales dans la dispensation des médicaments</li> </ul>	CCM UCP PR
<b>Chaîne d'approvisionnement nationale</b> Risques liés à la gestion des médicaments  a) absence de gestionnaire de stock au niveau de certains CAT;  b) insuffisance de gestionnaires formés à la gestion des médicaments antituberculeux au niveau des districts, hôpitaux généraux et centres régionaux  c) insuffisance de la qualité des données pouvant entraver la bonne quantification des besoin en produits médicaux et intrant de laboratoire	a) Disponibilité de personnel qualifié : Les gestionnaires de stock formés sont en nombre insuffisant au niveau du CAT. Le PNLT a pris contact avec la Direction des Ressources Humaines pour l'affectation des personelles qualifiés en gestion de médicament.  b) Formation des gestionnaires : il est prévu de former tous les gestionnaires (centre de santé, District sanitaire) à la gestion des médicaments antituberculeux  c) Gestions des données : plusieurs activités sont prévues par le PNLT pour renforcer l'utilisation du logiciel SIGL à tous les niveaux : - Evaluer la consommation et l'utilisation des produits à chaque visite de suivi au niveau des CAT/CDT.	DRH santé PNLT /CNCAM Nouvelle PSP-CI
<b>Achats</b>  Risque de rupture de médicaments due au retard de mise en place de la notification du budget de l'Etat.	Le PNLT et la Nouvelle PSP-CI ont convenu d'un accord de prépaiement des antituberculeux de 1ere ligne.	DAF Santé/SAF PNLT Nouvelle PSP-CI

<p><b>Gouvernance du programme national et suivi du financement</b></p> <p>Risque lié à la mise en œuvre de la subvention dû au retard de signature de la convention</p>	<p>Implication de toutes les parties prenantes pour le respect de l'échéancier</p> <p>Respect des dispositions du manuel de procédure</p>	<p>CCM, MSHP/PNLT, ALL INCE-CI,UCP-FM</p>
--	---	---

## Section 4 : Cofinancement, pérennité et transition

Pour répondre aux questions ci-dessous, se référer aux *Instructions*, à la section de la **lettre d'allocation** relative au financement national, à la [Note d'orientation sur la pérennité, la transition et le cofinancement](#), au(x) tableau(x) du paysage de financement, au(x) tableau(x) de lacunes programmatiques, au plan de pérennité ou au plan de travail de transition, si disponibles<sup>4</sup>.

### 4.1 Cofinancement

a) Les **engagements de cofinancement** pour la période d'allocation **actuelle** ont-ils été honorés ?

Oui     Non

- Si **oui**, joindre des pièces justificatives démontrant dans quelle mesure les engagements de cofinancement ont été honorés.
- Si **non**, expliquer pourquoi et décrire les conséquences de cette situation sur le programme.

Oui, mais partiellement respecté. Les engagements de 2018 (1.160.349 Euro) ont été partiellement respectés (152.449 Euro) et le reliquat (1.007.900 Euro) a été échelonné sur 2019 et 2020. Pour 2019 le montant prévu (2.112.528 euro) et la partie du reliquat de 2018 (703.002 euro) destinée à être payé en 2019 ont été effectivement payés. Pour 2020 (2.278.037 Euro) et le solde de 2018 (304.898 Euro) seront payés dans le courant de 2020.

b) Les **engagements de cofinancement** pour la **prochaine** période d'allocation répondent-ils aux exigences minimales pour bénéficier pleinement de l'incitation au cofinancement ?

Oui     Non

- Si des informations sur les engagements sont disponibles, joindre des pièces justificatives démontrant la mesure des engagements de cofinancement contractés.
- Si les engagements de cofinancement ne répondent pas aux exigences minimales, expliquer pourquoi.

Pour ce nouveau cycle 2021-2023, il est exigé de la Côte d'Ivoire un cofinancement à hauteur de 20% du montant de l'allocation du Fonds Mondial soit 3.395.660 euro. Une communication en conseil de ministres viendra acter cet engagement.

c) Résumer les **axes programmatiques** qui bénéficieront d'un cofinancement national pendant la prochaine période d'allocation. En particulier :

- i. Le financement des principaux coûts programmatiques des plans nationaux de lutte contre les différentes maladies ou des systèmes de santé ;
- ii. La prise en charge prévue des interventions actuellement financées par le Fonds mondial.

i. les principaux axes programmatiques du plan national de lutte contre la tuberculose ou des systèmes de santé à financer sont :

1. Soins et prévention de la tuberculose : Dépistage et diagnostic des cas
2. Soins et prévention de la tuberculose : Traitement (achat des médicaments de 1ère ligne)
3. Tuberculose multirésistante : traitement (appui alimentaire aux malades TBMR, Achat médicaments pour la prise en charge des effets indésirables)
4. Gestion des programmes : mise aux normes et équipements des structures de prise en charge.

ii. La prise en charge prévue des interventions actuellement financées par le Fonds mondial.

<sup>4</sup> Notez que le Fonds Mondial peut mettre à la disposition du public les informations tirées des documents justificatifs fournis en réponse aux questions ci-dessous, y compris les informations sur le(s) tableau(x) du paysage de financement ou les engagements nationaux.

Soutien alimentaire des malades atteints de la Tuberculose MultiRésistante (TBMR) ; achat des, médicaments de 1ère ligne, microscopes optiques, films de radiographie

- d) Préciser ci-dessous les moyens qui permettront d'assurer **le suivi et la communication des rapports** relatifs aux engagements de cofinancement. Si les systèmes de gestion des finances publiques ou les mécanismes de suivi des dépenses doivent être renforcés ou institutionnalisés, indiquer comment la présente demande de financement répondra à ces besoins.

Le pays se propose de rapporter lors de la production du PU/PUDR, au Fonds Mondial, les dépenses d'investissement et de fonctionnement réalisées dans le cadre du financement de la réponse nationale à la Tuberculose. Ce rapportage financier contribuera à renforcer les relations de partenariat entre la Côte-d'Ivoire et le Fonds Mondial. Le rapport financier déclinera les dépenses réalisées par la Partie nationale sur la période de rapportage pour montrer l'investissement de l'Etat dans le financement de la lutte contre la tuberculose. Un canevas de rapportage sera proposé, validé et diffusé.

## 4.2 Pérennité et transition

- a) À partir de l'analyse figurant dans **le(s) tableau(x) du paysage de financement**, décrire les besoins de financement et le financement anticipé, en soulignant les déficits touchant les principaux axes programmatiques pour la prochaine période d'allocation.

De même, décrire la façon dont les autorités nationales i) s'attacheront à obtenir des financements supplémentaires ou de nouvelles sources de financement, et/ou ii) continueront à maximiser l'efficacité pour assurer un soutien suffisant aux interventions clés, en particulier à celles actuellement financées par le Fonds mondial.

Le tableau ci-dessous présente l'analyse des **deficits de financement** par catégories du PSN pour la période allant de janvier 2021 à décembre 2023. L'estimation des besoins pour la lutte contre la tuberculose (TB) en Côte d'Ivoire au cours de cette période est de **91 616 165 €**

Le déficit financier sur cette période est de 71 127 535€, soit 78%. Il varie de 28% (coûts indirects et généraux) à 100% (Coûts de gestion des achats et des stocks) selon les domaines prioritaires du PSN de la lutte contre la tuberculose. Il est à noter qu'aucun domaine ne sera entièrement couvert par les engagements de l'Etat et des différents partenaires. L'apport du FM sur chacun de ces domaines s'avère donc nécessaire pour réduire considérablement ce déficit.

**Tableau 1: Analyse des déficits de financement par modules du programme (Euro), 2021-2023**

MODULES	BESOINS DE FINANCEMENT	CONTRIBUTION NATIONALE	CONTRIBUTION OMS	CONTRIBUTION PEPFAR	CONTRIBUTION EXPERTISE FRANCE	ENGAGEMENTS	DEFICITS DE FINANCEMENT	%
Ressources humaines	21 633 872	8 002 693				8 002 693	13 631 179	63%
Coûts liés aux déplacements	11 951 296	0	0	441 689	0	441 689	11 509 607	96%
Services professionnels externes	16 961 751	366 172	114 337	12 458	356 731	849 698	16 112 052	95%
Produits de santé - Produits pharmaceutiques	13 243 782	4 948 199	0	0	0	4 948 199	8 295 583	63%
Produits de santé - Non pharmaceutiques	5 398 354	722 817	0	69 744	0	792 561	4 605 793	85%
Produits de santé - Équipements	7 819 437	1 082 561	0	0	0	1 082 561	6 736 877	86%
Coûts de gestion des achats et des stocks	43 219	0	0	0	0	0	43 219	100%
Infrastructure	2 210 723	1 509 038	0	0	0	1 509 038	701 685	32%
Équipements non sanitaires	4 335 472	208 482	0	0	0	208 482	4 126 990	95%
Supports de communication et publications	4 951 180	464 441	0	105 996	0	570 437	4 380 744	88%
Coûts indirects et frais généraux	2 122 556	1 527 835	0	0	0	1 527 835	594 721	28%
Aide à la subsistance des clients/populations cibles	944 520	555 437	0	0	0	555 437	389 083	41%
Total	91 616 165	19 387 675	114 337	629 887	356 731	20 488 630	71 127 535	78%

	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F=B+C+D+E)	(G=A-F)	G en %
--	-----	-----	-----	-----	-----	-------------	---------	--------

Le tableau 1 montre qu'aucun domaine du Programme n'est correctement couvert. La priorisation des besoins sur la base du montant alloué par l'ETAT a permis de prendre en compte certains besoins essentiels (Ressources humaine ,service professionnel externe,produit de santé (pharmaceutique et non pharmaceutique,équipement), infrastructure, équipements non sanitaires, support de communication et publications,coûts indirects et frais généraux, aide à la subsistance des clients /populations cibles) pour un montant total de 19 387 675€.

Le déficit financier relevé ci dessus est lié au fait que la note conceptuelle n'a pris en compte que les activités jugées les plus prioritaires pour l'atteinte de l'impact.

Le Gouvernement ivoirien, en dehors de sa contribution habituelle et de son engagement pour l'appui au cofinancement , a obtenu des engagements effectifs auprès des partenaires pour le maintien de leur contribution Il s'agit de :

PEPFAR qui contribue, dans le cadre du Projet de Renforcement des Capacités du Secteur de la Santé en Prévention, Soins et Traitement liés au VIH/sida (Projet MSHP/CoAg), à la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH pour un montant moyen annuel de 629 887 €. Le financement du PEPFAR contribue essentiellement à la mise en œuvre des activités de collaboration entre le PNLT et le PNLS.

L'OMS finance la lutte contre la tuberculose à travers son assistance technique. Son apport de 2018 à 2020 est estimé en moyenne à 60 980 € et est destiné à la mise à jour des politiques et des directives relatives à la lutte contre la tuberculose. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie End TB, l'OMS contribuera au financement du PSN 2021-2023 de la lutte antituberculeuse pour un montant annuel de 38112 € soit au total 114 337 €

Expertise France finance aussi la lutte contre la Tuberculose à travers son assistance technique à hauteur de 356 731 €

L'ensemble des engagements financiers soit 20 488 630€ promis par les partenaires et le gouvernement restent insuffisants et compromettent l'atteinte des objectifs du PSN de la lutte contre la tuberculose.

L'appui du FM permettra de relever les défis de la lutte antituberculeuse et du système de santé (ressources humaines,Service professionnel externe,Coûts liés au déplacements,produits de santé- produits pharmaceutiques,produit de santé-equipements).

Le Dialogue Pays initié par le CCM (Country Coordinating Mechanism) a permis la mobilisation de tous les partenaires afin de garantir l'inclusion de tous les acteurs dans le processus de développement de la stratégie nationale TB et de la note conceptuelle.

En outre, sont également prévues des réunions de concertation avec tous les acteurs et partenaires techniques et financier clés tout au long de la période de mise en œuvre du PSN de la lutte contre la tuberculose.

Le gouvernement de Côte d'Ivoire sous le leadership du Ministre de la Santé et de l'hygiène publique en étroite collaboration avec le CCM, continuera à coordonner et à superviser la mise en œuvre des interventions planifiées afin de parvenir à une meilleure utilisation des ressources disponibles et à rassurer les partenaires en vue d'un financement accru.

L'Etat s'engage a poursuivre les efforts de mobilisation de ressources additionnelles tant au niveau national qu'internationale. En effet, des mécanismes de mobilisation de ressources sont en cours ( atelier de financement de la santé, la mise en place d'une plateforme nationale de mobilisation de ressources)

- b) Mettre en lumière les difficultés en matière de pérennité (voir la liste indicative figurant dans les *Instructions*). Expliquer comment ces difficultés seront résolues soit au moyen de la présente demande de financement soit par d'autres moyens. Si cet élément est déjà décrit dans la stratégie nationale, dans le plan de pérennité et/ou de transition, et/ou dans tout autre document joint à la demande de financement, faire référence aux sections correspondantes de ces documents.**

**Difficultés**

- Insuffisance du budget de l'Etat dans le financement de la santé avec 5% de contribution par rapport au budget national. Cette insuffisance joue négativement sur la part accordée à la lutte contre la tuberculose.
- Insuffisance des ressources humaines pour mener à bien les activités tant au niveau central que dans les zones reculées.
- Insuffisance dans la production des données de qualité avec difficultés dans la collecte des informations sur les commandes et les livraisons des produits de santé
- Insuffisance dans la compréhension des notions de droits humains et genre visant l'équité dans les soins aux patients

**Pistes de résolution**

Le gouvernement à travers le Ministère de la santé et de l'Hygiène publique s'engage progressivement à prendre à son actif des activités clé issues du plan stratégique au fil des temps à travers la volonté de payer. Ce processus va se poursuivre. Par ailleurs la mise en place du budget programme institué par le pays va contribuer à optimiser l'impact des ressources allouées.

La formation des acteurs sur les notions de droits humains et genres ainsi que sur les populations clé donne un point de départ pour ces derniers à développer des actions sur ces thématiques dans tous les projets de santé. L'appropriation de ces notions par les prestataires garantira la prise en compte de ces notions dans les rapports humains.

Le que l'intervention communautaire soit prise comme stratégie nationale transversale avec le mode de recrutement des Agents de Santé communautaires au niveau local issus de leur propre communauté garanti une base solide des interventions sanitaires de base. L'appropriation par la centrale d'achat des antituberculeux de même que certains produits santé donne à cette structure une bonne expérience des processus d'acquisition de ces produits. De même que la distribution par ce canal commun de tous les produits de santé de plusieurs programmes à travers tout le pays permet de garantir un bon rapport coût/efficacité.

L'utilisation du DHIS2 comme outils national de gestion des données et le e-SIGL comme outil de commande et de rapportage des médicaments et produits de santé garanti au pays une maîtrise de ces circuits, un rapport coût efficacité positif et une pérennité dans la gestion des données au niveau national. Le programme National de Lutte contre la Tuberculose s'inscrit dans ce modèle.

## Annexe 1 : Liste de vérification des documents

Vérifier que le dossier de candidature est complet à l'aide de la liste ci-dessous :

<input checked="" type="checkbox"/>	Formulaire de demande de financement
<input checked="" type="checkbox"/>	Tableau(x) de lacunes programmatiques
<input checked="" type="checkbox"/>	Tableau(x) du paysage de financement
<input checked="" type="checkbox"/>	Cadre de résultats
<input checked="" type="checkbox"/>	Budget
<input checked="" type="checkbox"/>	Demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée
<input checked="" type="checkbox"/>	Cartographie des modalités de mise en œuvre <sup>5</sup>
<input checked="" type="checkbox"/>	Tableau(x) des données essentielles (à jour)
<input checked="" type="checkbox"/>	Approbation de la demande de financement par l'ICN
<input checked="" type="checkbox"/>	Déclaration de conformité de l'ICN
<input type="checkbox"/>	Pièces justificatives confirmant que les exigences de cofinancement ont été remplies pour la période d'allocation actuelle
<input type="checkbox"/>	Pièces justificatives relatives aux engagements de cofinancement pris au titre de la prochaine période d'allocation
<input type="checkbox"/>	Évaluation du degré de préparation à la transition (si disponible)
<input checked="" type="checkbox"/>	Plans stratégiques nationaux (relatifs au secteur de la santé et propres aux différentes maladies)
<input checked="" type="checkbox"/>	Toutes les pièces justificatives citées dans la demande de financement
<input checked="" type="checkbox"/>	Outil de gestion des produits de santé (le cas échéant)
<input checked="" type="checkbox"/>	Liste des abréviations et des annexes

<sup>5</sup> La cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre est obligatoire si le programme se poursuit avec le même bénéficiaire principal. En cas de changement de bénéficiaire principal, cette cartographie peut être transmise lors de l'étape d'élaboration de la subvention.