



**SUPPLEMENT DU PLAN
STRATEGIQUE NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE
2024-2026**



Janvier 2023

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviral
ASBC	Agent de santé à base communautaire
AMU	Assurance maladie universelle
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BK	Bacille de Koch
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
CAT	Centre antituberculeux
CDT	Centre de diagnostic et traitement de la tuberculose
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUP CDG	Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulle
CHUR	Centre hospitalier universitaire régional
CHU-SS	Centre hospitalier universitaire Souro SANOU
CHU-YO	Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO
CICDoc	Centre d'information, de communication et de documentation sur le Sida et la tuberculose
CISSE	Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CMLS	Comité ministériel de lutte contre le Sida
CNLAT	Centre national de lutte antituberculeuse
CPS	Chimioprophylaxie saisonnière du paludisme
CRLAT	Centre régional de lutte antituberculeuse
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CTLT	Comité technique de lutte contre la tuberculose
DAF/Santé	Direction de l'administration et des finances du Ministère de la santé
DGESS	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DGAP	Direction générale de l'accès aux produits de santé
DGAP/MJ	Direction générale de l'administration pénitentiaire du Ministère de la justice, garde des Sceaux.
DGSHP	Direction générale de la santé et de l'hygiène publique
DPSP	Direction de la protection de la santé de la population
DS	District sanitaire
DRD	Dépôt répartiteur du district
DRS	Direction régionale de la santé
DSF	Direction de la santé de la famille
ECD	Équipe cadre de district
EEQ	Évaluation externe de la qualité
ENSP	Ecole nationale de santé publique

FM	Le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme
GAS	Gestion des achats et des stocks
GDF	Global drug facility
GIZ	Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit
GSP	Garde de sécurité pénitentiaire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGR	Intervention à gain rapide
IPC/BF	Initiative Privée et Communautaire pour la santé et la riposte au VIH/SIDA au Burkina Faso
IRSS	Institut de recherche en sciences de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
ITL	Infection tuberculeuse latente
JICA	Agence Japonaise de la Coopération internationale
LED	Light Emitting Diode
LPA	Line Probe Assay
LNR-M	Laboratoire national de référence des mycobactéries
LSR	Laboratoire supranational de référence
LJ	Löwenstein–Jensen
MAC	Maison d'arrêt et de correction
MACO	Maison d'arrêt et de correction de Ouagadougou
MCD	Médecin chef de district
MJGS	Ministère de la justice, garde des sceaux
MS	Ministère de la santé
MSHP	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
MTN	Maladies tropicales négligées
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
NFM	Nouveau modèle de financement du Fonds mondial
OBC	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
PAM	Programme alimentaire mondial
PCIM/VIH	Prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte du VIH
PHS	Prison de haute sécurité
PDI	Populations déplacées internes
PDV	Perdu de vue
PEC	Prise en charge
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDES	Plan national de développement économique et social
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme

PNMNT	Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles
PNMTN	Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées
PNRO	Plan national de Recherche Opérationnelle
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PSN	Plan stratégique national
PSSLS-IST	Programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les IST
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
R	Rifampicine
RNB	Revenu national brut
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIGL	Système d'information et de gestion logistique
SLM/PGS	Service de lutte contre la maladie et de protection des groupes spécifiques
SP/CNLS-IST	Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles
TARV	Traitement par les antirétroviraux
TB	Tuberculose
TB/VIH	Co-infection Tuberculose/VIH
TB-RR	Tuberculose résistant à la rifampicine
TB-MR	Tuberculose multi-résistant
TB-XR	Tuberculose ultra-résistant
TDO	Traitement directement observé
TEP	Tuberculose extrapulmonaire
P/CB	Tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement
TPT	Traitement préventif de la tuberculose
UFR/SDS	Unité de formation et de recherche en sciences de la santé
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
UNFPA	Fonds des nations unies pour la population
URCB/SD	Union des religieux et coutumiers du Burkina/santé et développement
USAID	Agence des Etats unis pour le développement international
VFF	Violences dont sont victimes les femmes et les filles
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZADS	Zone à déficit sécuritaire
ZN	Ziehl-Neelsen

SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS	2
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	8
RESUME	11
I. INTRODUCTION	12
II. INFORMATIONS GENERALES SUR LE BURKINA FASO	13
2.1 Situation géographique	13
2.2 Données climatiques et environnementales	13
2.3 Données démographiques.....	13
2.4 Organisation administrative	14
2.5 Données socio-économiques et culturelles	14
2.6. Obstacles liés aux Droits de l'Homme et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	15
2.7. Situation sécuritaire, humanitaire et urgences sanitaires.....	25
III. APERCU SUR LE SYSTEME DE SANTE DU BURKINA FASO	28
3.1 Politique nationale de santé.....	28
3.2 Organisation et fonctionnement du système national de santé	28
3.2.1 Secteur sanitaire public	30
3.2.2 Secteur sanitaire privé	32
3.2.3 Secteur sanitaire traditionnel et alternatif.....	33
3.3 Intervention communautaire	33
3.4 Profil sanitaire et couverture vaccinale par le BCG.....	34
3.5 Financement de la lutte contre la tuberculose	35
IV. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU BURKINA FASO ³⁶	
4.1 Moyens de lutte contre la tuberculose	36
4.2 Cadre institutionnel et organisationnel du PNT	37
4.2.1 Niveau central.....	37
4.2.2 Niveau intermédiaire.....	38
4.2.3 Niveau périphérique.....	38
4.2.4 Structures de référence de prise en charge et diagnostic de la tuberculose ...	38
4.2.5 Participation communautaire à la lutte contre la tuberculose.....	38
V.SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE AU BURKINA FASO.	39
5.1. Incidence de la tuberculose	39
5.2. Mortalité liée à la tuberculose	41
5.3. Niveau d'atteinte des cibles de la Stratégie OMS « Mettre fin à la TB ».....	42
5.4. Notifications	43
5.4.1. Tuberculose pharmaco sensible	43

5.4.2. Coinfection Tuberculose / VIH	51
5.4. Tuberculose pharmaco-résistante	54
5.5. Résultats de traitement.....	56
VI. FACTEURS PROGRAMMATIQUES	59
6.1. DECENTRALISATION DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	59
6.2. RESEAU DE LABORATOIRES	60
6.3. INITIATIVES INNOVANTES DE RECHERCHE ACTIVE DES CAS DE TB	62
6.4. INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES	63
VII. FACTEURS EXTERNES ET DETERMINANTS	63
7.1. DEMOGRAPHIE ET URBANISATION	63
7.2. SITUATION SECURITAIRE.....	64
7.3. PANDEMIE A COVID-19	64
7.4. FACTEURS DE VULNERABILITE.....	65
VIII. PROCESSUS D'ELABORATION DU SUPPLEMENT DU PSN.....	70
IX. PRIORITES DU SUPPLEMENT DU PSN.....	71
9.1. DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE	71
9.2. PREVENTION DE LA TUBERCULOSE	73
9.3. TUBERCULOSE RESISTANTE	73
9.4. CO-INFECTION TB/VIH ET AUTRES COMORBIDITES.....	74
9.5. TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.....	74
9.6. EQUITE, DROITS HUMAINS ET GENRE	74
9.7. GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS	75
9.8. SYSTEME DE SURVEILLANCE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE.....	75
X. SUPPLEMENT DU PLAN STRATEGIQUE 2024–2026.....	76
10.1. VISION	76
10.2. BUT	77
10.3. OBJECTIF GENERAL	77
10.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	77
10.5. AXES STRATEGIQUES ET DOMAINES D'INTERVENTIONS	78
XI. SUIVI ET EVALUATION DU SUPPLEMENT DU PLAN	103
11.1. MECANISME DE SUIVI ET D'EVALUATION	103
11.2. SUIVI DU PLAN.....	104

11.3. ÉVALUATION DU PLAN	104
11.4. PRINCIPAUX INDICATEURS DU PLAN	104
XII. RESSOURCES FINANCIERES NECESSAIRES POUR LA PERIODE 2021-2025	105
12.1 Hypothèses et méthodes de budgétisation	113
12.2 Stratégie de mobilisation des ressources	113
XIII. PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE	114
XIV. CONCLUSION.....	114
XV. BIBLIOGRAPHIE	115
XVI. ANNEXES.....	116
Annexe 1 : Population projetée du Burkina Faso par groupe d'âge et par sexe de 2024 à 2026	116
Annexe 2 : plan d'action opérationnel du supplément du PSN-TB 2024-2026	117

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Situation de la fonctionnalité des formations sanitaires en septembre 2022	27
Tableau II: moyens de lutte contre la tuberculose	36
Tableau III : Niveau d'atteinte des cibles de la stratégie « Mettre fin à la TB »	42
Tableau IV : Jalons et cibles des indicateurs d'impact de la stratégie END TB	76
Tableau V : Jalons et cibles des indicateurs d'impact du Burkina Faso dans le cadre de l'élimination de la tuberculose.....	76
Tableau VI: Liste des activités du domaine 1.1 par intervention.....	82
Tableau VII: Liste des activités du domaine 1.2 par intervention.....	87
Tableau VIII: Liste des activités du domaine 1.3 par intervention.....	92
Tableau IX: Liste des activités du domaine 1.4 par intervention.....	93
Tableau X: Liste des activités du domaine 2.1 par intervention.....	96
Tableau XI: Liste des activités du domaine 2.2 par intervention.....	97
Tableau XII: Liste des activités du domaine 2.3 par intervention.....	99
Tableau XIII: Liste des activités du domaine 2.5 par intervention.....	101
Tableau XIV: Liste des activités du domaine 3 par intervention	102
Tableau XV: principaux indicateurs du supplément du PSN-TB 2024-2026.....	105

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition par âge et sexe des cas manquants de tuberculose au Burkina Faso en 2021.....	19
Figure 2 : Ratio homme/femme chez les nouveaux et rechutes de tuberculose toutes formes au Burkina Faso : Evolution dans le temps, répartition par régions sanitaires et par tranches d'âges en 2021	19
Figure 3: Répartition par âge et sexe des cas de tuberculose notifiés en 2021.....	19
Figure 4: <i>Répartition des PDI par communes au 30 octobre 2022 au Burkina Faso</i> .	26
Figure 5: Pyramide sanitaire du Burkina Faso.....	29
Figure 6 : Schéma du système d'approvisionnement des produits pharmaceutiques adapté.	31
Figure 7 : Financement de la lutte contre la tuberculose et gap budgétaire de 2018 à 2021	35
Figure 8 : Répartition par source de financement des fonds reçus pour la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso de 2017 à 2021	36
Figure 9: Incidence de la tuberculose au Burkina Faso estimée par l'OMS de 2000-2021	39
Figure 10 : Incidence de la coïnfection TB/VIH au Burkina Faso, 2000-2021.....	40
Figure 11 : Répartition par âge et sexe des cas incidents de tuberculose au Burkina Faso en 2021	40
Figure 12 : Gap entre cas estimés et cas notifiés de tuberculose au Burkina Faso entre 2000 et 2021.....	41
Figure 13 : Mortalité estimée des cas de la tuberculose et les cas co-infectés TB/VIH au Burkina Faso de 2000 à 2021.....	42
Figure 14 : Répartition de la tuberculose par régions sanitaires au Burkina Faso en 2021	43
Figure 15 : Taux de notification des nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes par régions sanitaires au Burkina Faso en 2021	44
Figure 16 : Notification des nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes et TB pulmonaire confirmée bactériologiquement, au niveau national de 2016 à 2021	45
Figure 17 : Répartition des nouveaux cas et rechutes de tuberculose par formes au Burkina Faso entre 2016 et 2021	46
Figure 18 : Répartition des nouveaux cas et rechutes par forme de tuberculose et par région en 2021.....	46
Figure 19 : Répartition des cas de tuberculose selon l'antériorité de la maladie au niveau national de 2016 à 2021	47
Figure 20: Répartition des cas de tuberculose selon l'antériorité de la maladie au niveau régional en 2021	48
Figure 21: Répartition par âge et sexe des cas de tuberculose notifiés en 2021.....	48
Figure 22 : Taux de notification des cas de tuberculose par âge et sexe au Burkina Faso en 2021.....	49

Figure 23 : Proportion d'enfants et ratio 0-4ans/5-14 ans chez les nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes de 2016 à 2021 au niveau national au Burkina Faso	49
Figure 24 : Proportion d'enfants et ratio 0-4ans/5-14 ns chez les nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes en 2021 an niveau régional au Burkina Faso	50
Figure 25 : Ratio des cas confirmés parmi les cas présumés de tuberculose en 2021	51
Figure 26 : Proportion des cas de tuberculose testés pour le VIH et proportion des cas coinfectés au Burkina Faso de 2016 à 2021.....	51
Figure 27 : Tests VIH par région sanitaire au Burkina Faso en 2021	52
Figure 28 : Prévalence de la co-infection TB/VIH par régions au Burkina Faso en 2021	52
Figure 29 : Prise en charge de la coinfection TB/VIH au Burkina Faso de 2016 à 2021	53
Figure 30 : Mise sous ARV des patients coinfectés TB/VIH dans les régions au Burkina Faso en 2021	54
Figure 31 : Mise sous cotrimoxazole des patients coinfectés TB/VIH dans les régions au Burkina Faso en 2021.....	54
Figure 32 : Diagnostic et initiation du traitement de la tuberculose résistante à la rifampicine et /ou multirésistante	55
Figure 33: Résultats de traitement des cas tuberculose confirmée bactériologiquement au niveau national au Burkina Faso de 2015 à 2020	56
Figure 34 : Résultats de traitement des cas de tuberculose pulmonaires confirmées bactériologiquement mis en traitement en 2020	57
Figure 35 : Résultats de traitement des cas de tuberculose pulmonaire diagnostiquée cliniquement et extrapulmonaire mis en traitement en 2020 par régions sanitaires au Burkina Faso	57
Figure 36 : Résultats de traitement des patients coinfectés TBVIH mis en traitement entre 2015 et 2020	58
Figure 37 : Résultats de traitement des cas coinfectés TBVIH mis en traitement en 2020 par régions au Burkina Faso.....	58
Figure 38: Résultats de traitement des cas tuberculose résistante à la rifampicine / multirésistante de 2018 à 2020 au Burkina Faso.....	59
Figure 39 : Réseau GeneXpert (appareils installés) de 2013 à 2022	60
Figure 40 : Réseau GeneXpert par régions en 2022	61
Figure 41 : Evolution des tests Xpert au Burkina Faso de 2011 à 2020	62
Figure 42 : Evolution de la population du Burkina Faso de 1975 à 2019.....	63
Figure 43 : Répartition de la population du Burkina Faso par régions en 2019	64
Figure 44 : Part imputable aux facteurs de risque de la tuberculose parmi les cas estimés en 2021	65
Figure 45 : Prévalence de la malnutrition au Burkina Faso de 2001 à 2020	66
Figure 46 : Prévalence du VIH au Burkina Faso de 1990 à 2021.....	67
Figure 47: Evolution de la prévalence du tabagisme au Burkina Faso de 2000 à 2020	68

Figure 48 : Prévalence du tabagisme par régions sanitaires au Burkina Faso en 2010	68
Figure 49 : Consommation d'alcool au Burkina Faso de 2000 à 2018	69
Figure 50: Prévalence de la consommation d'alcool par région en 2013	70

RESUME

La tuberculose constitue toujours un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. La lutte contre cette maladie est organisée autour d'un Programme mis en place depuis 1995.

L'analyse de la situation de la tuberculose dans le pays a abouti aux principales lacunes programmatiques à prendre en compte à plusieurs niveaux que sont : **i)** la notification des cas de tuberculose ; **ii)** les résultats de traitement des malades de la tuberculose ; **iii)** le partenariat et la collaboration dans la lutte contre la tuberculose ; **iv)** la gestion des approvisionnements et des stocks ; **v)** les données statistiques sur la tuberculose. Cette analyse a intégré le défi de la lutte contre la tuberculose dans le contexte de déficit sécuritaire.

Le présent document qui couvre la période 2024-2026 a pour vision « Mettre fin à la tuberculose au Burkina Faso ». Son but est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du Burkina Faso en réduisant le poids de la tuberculose d'ici à fin 2026.

Des objectifs opérationnels ont été fixés pour atteindre ce but. Ainsi, l'objectif général est de réduire l'incidence de la tuberculose de 45 en 2021 à 36 cas/100 000 habitants en 2026 et le taux de mortalité de 6,4 à 1,5 décès/100 000 habitants d'ici à fin 2026. Les objectifs spécifiques sont de : **i)** diagnostiquer et mettre sous traitement 25 099 malades TB de 2024 à 2026 ; **ii)** augmenter la proportion des nouveaux patients et rechutes de TB toutes formes ayant bénéficié du test Xpert MTB/RIF en diagnostic initial de 44% en 2021 à 100% en 2026 ; **iii)** accroître le taux de succès au traitement des patients TB pharmaco sensibles de 81,5% (cohorte 2020) à au moins 90% (cohorte 2025) et ceux TB-résistante de 75% (cohorte 2020) à au moins 85% (cohorte 2025) ; **iv)** réduire le taux de décès chez les patients TB/VIH de 18% (cohorte 2020) à moins de 5% (cohorte 2025) ; **v)** assurer le traitement antituberculeux à 100% des patients TB des zones à déficit sécuritaire ; **vi)** renforcer les capacités du PNT dans la gestion de la lutte contre la tuberculose d'ici à fin 2026.

Pour atteindre ces objectifs, les axes stratégiques et les domaines d'intervention du supplément du PSN suivent les piliers et les composantes de la Stratégie de l'OMS "Mettre fin à la tuberculose". Des indicateurs d'impact, d'effets et de couverture sont définis pour suivre la mise en œuvre des interventions et des activités et évaluer leurs résultats.

Le budget nécessaire pour cette opérationnalisation est de 24 909 532 520 de FCFA, soit 37 974 337,2 euros.

I. INTRODUCTION

Malgré les résultats encourageants engrangés dans la lutte contre la tuberculose depuis que l'OMS l'a déclarée en 1993 comme urgence sanitaire mondiale de santé publique, cette maladie reste encore l'une des dix (10) premières causes de mortalité dans le monde et la première pour un agent infectieux unique.

Selon le rapport sur la tuberculose dans le monde publié en 2022 par l'OMS, on estime que 10,6 millions de personnes ont développé la maladie en 2021, soit une augmentation de 4,5 % par rapport à 2020, et que 1,6 million de personnes sont décédées de la tuberculose (dont 187 000 parmi les personnes séropositives pour le VIH). La charge de la tuberculose pharmacorésistante a également augmenté de 3 % entre 2020 et 2021. En effet, 450 000 nouveaux cas de tuberculose résistante à la rifampicine (tuberculose-RR) ont été enregistrés en 2021. C'est la première fois depuis de nombreuses années que l'on observe une augmentation du nombre de personnes qui développent la maladie ainsi que sa forme pharmacorésistante. Les services de lutte contre la tuberculose figurent parmi de nombreux autres services ayant subi des perturbations du fait de la pandémie de COVID-19 en 2021, toutefois l'impact sur les efforts de lutte contre la maladie a été particulièrement grave. Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement contre la tuberculose-RR et la tuberculose-MR a également diminué entre 2019 et 2020. En 2021, plus d'un tiers des patients, soit 161 746 personnes ont bénéficié d'un traitement contre la tuberculose-RR.

Au Burkina Faso, la tuberculose demeure un problème majeur de santé publique. En effet, en 2021 son incidence a été estimée à 45 cas (29-65) pour 100 000 habitants et la mortalité à 6,4 cas (3,8-9,8) pour 100 000 habitants¹.

Depuis sa création en 1995, les stratégies du programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) ont été conformes aux orientations et recommandations de l'OMS. Il s'agit en effet de : i) la Stratégie «DOTS» 1995-2005 ; ii) la Stratégie «Halte à la tuberculose» 2006-2015 ; iii) la Stratégie «Mettre fin à la Tuberculose» 2016-2035. Mettre un terme à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030 fait partie des cibles fixées dans les Objectifs de développement durable (ODD) dans le domaine de la santé.

¹ WHO Global TB Report 2019, Burkina Faso country data

Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

En vue de favoriser l'atteinte des cibles de chaque nouvelle stratégie, des plans stratégiques de lutte contre la tuberculose ont été régulièrement élaborés dont le précédent plan qui couvre la période 2021-2025. Afin d'assurer l'alignement de ce plan avec le 7^{ème} cycle de financement du Fonds mondial (GC7), le présent supplément couvrant la période 2024-2026 a été élaboré. Son élaboration a connu la participation de diverses parties prenantes, acteurs de la lutte contre la tuberculose à tous les niveaux du système de santé, la société civile avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Elle s'est appuyée sur les résultats de la revue à mi-parcours (épidémiologique et programmatique) du PSN TB 2021-2025 réalisée en novembre 2022. Il est également issu du dialogue pays tenu les 2 et 3 février 2022 en ce qui concerne les priorités de lutte contre la tuberculose dans le cadre du GC7. Ce plan est aligné aux objectifs nationaux du secteur de la santé, tout en étant conforme à la vision et aux orientations stratégiques de l'OMS "Mettre fin à la tuberculose" d'ici à 2035.

II. INFORMATIONS GENERALES SUR LE BURKINA FASO

2.1 Situation géographique

Le Burkina Faso est un pays sahélien, situé en Afrique de l'Ouest dans la boucle du Niger. Il est limité par 6 pays : le Mali au Nord, le Niger à l'Est, le Bénin, le Togo et le Ghana au Sud et la Côte d'Ivoire au Sud et Sud-Ouest. Le pays s'étend sur une superficie de 272 960 km² avec une altitude qui varie entre 150 et 750 mètres au-dessus du niveau de la mer ².

2.2 Données climatiques et environnementales

Le climat est tropical de type soudanien. Le pays connaît essentiellement deux saisons, l'une pluvieuse de mai à septembre et l'autre sèche d'octobre à avril marquée par le vent de l'harmattan. La végétation est de type Soudano-Sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eau dont les principaux sont le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

2.3 Données démographiques

Le recensement général de la population en 2019 a estimé le nombre d'habitants à 20 105 155 dont 51,7% de femmes. Sa croissance moyenne annuelle est de 2,94%

² Institut géographique de BF /base nationale de données topographiques

(source : RGPH, 2019). La majorité de cette population vit en milieu rural (74%). Cette population est majoritairement composée de jeunes avec 52% de moins de 18 ans. La fécondité demeure élevée et est estimée à 5,4 enfants par femme en fin de vie féconde en 2019 (INSD, 2019). En 2016, l'espérance de vie à la naissance était de 60 ans. En 2021, la population projetée en 2021 était de 21 500 559 habitants.

La densité moyenne de population était estimée à 75,1% en 2019. Au niveau infranational, elle est variable et peut atteindre 1000 habitants/km².

Depuis 2015, du fait de l'insécurité liée aux attaques terroristes, le Burkina Faso est confronté à une crise humanitaire sans précédent avec des déplacements massifs de population, détériorant davantage la situation des groupes vulnérables.

2.4 Organisation administrative

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 351 départements, 351 communes et 8824 villages. Depuis 1993, le Burkina Faso s'est engagé dans une politique de décentralisation accompagnée d'une déconcentration des services de l'État pour renforcer les capacités des collectivités territoriales.

2.5 Données socio-économiques et culturelles

Sur le plan économique, le Burkina Faso se caractérise par sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques) et externes (flambées du prix de l'énergie, fluctuation des prix de denrées alimentaires). Il fait partie des pays les moins avancés avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant estimé en 2016 à 753 \$ US par an. Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, Rapport 2016), le pays occupe le 185ème rang sur 188 avec un Indice de développement humain de 0,402 en 2015. Le seuil de pauvreté en 2014 était estimé à 153 530 FCFA par adulte et par an (Annuaire statistique INSD 2015).

Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 40,1 % en 2015 contre 46,7% en 2009 ; les zones rurales et particulièrement les femmes sont les plus touchées (EMC 2015).

Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les zones urbaines et rurales et selon les régions du pays (9,3% au Centre le moins pauvre et pour le plus pauvre 70,4% au Nord).

Face aux changements climatiques, on observe ces dernières années, une baisse de la production agricole, aggravée par la situation sécuritaire. La tuberculose est une maladie de la pauvreté qui prospère dans les contextes d'inégalités. Les populations

pauvres sont susceptibles d'être privées d'un accès à des services performants de lutte contre la tuberculose et à des informations sur la maladie. (Tuberculose, genre et droits humains - Note d'orientation du Fonds mondial).

Le pays connaît ces dernières années une expansion considérable dans le secteur minier avec une importante exploitation artisanale. Cette situation a un impact sur l'incidence de maladies telles que la tuberculose. Rappelons que la tuberculose est 33 fois plus fréquente chez les mineurs que la population générale³.

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. Il existe des pratiques dans ces groupes ethniques qui peuvent avoir des conséquences négatives sur l'état de santé des femmes et des hommes (lévirat, l'excision, le mariage d'enfant, les violences physiques, les mariages précoces et forcés).

2.6. Obstacles liés aux Droits de l'Homme et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

La principale atteinte aux droits de l'homme concerne généralement l'absence ou l'insuffisance d'accès aux services sanitaires. Le droit à la santé fait défaut à un grand nombre de personnes ayant un accès difficile aux soins, en termes d'accessibilité géographique et financière.

Le financement alloué au secteur de la santé reste insuffisant pour contribuer à l'amélioration de l'offre des soins au Burkina Faso (8,04% du PIB en 2020). Ceci entraîne une participation des ménages aux dépenses de santé de 35%⁴.

Comme dans d'autres pays à forte population rurale, l'accès aux soins varie entre les saisons et est lié à l'abondance des récoltes suivant le climat. Ces facteurs affectent l'utilisation des services de diagnostic de la tuberculose mais également l'utilisation des soins en phase de continuation du traitement.

La stigmatisation des malades contribue à réduire leur accès au traitement. Le niveau de la stigmatisation des malades TB dans la société n'est pas connu.

Le sex-ratio H/F est stable à 2 mais le PNT ne dispose pas de données différenciées par sexe concernant les malades présumés TB et les résultats de traitement. Cependant, l'accès aux services de santé peut-être plus difficile pour les femmes que pour les hommes.

³ *Mining and risk of tuberculosis in sub-Saharan Africa. Public health, mars 2011*

⁴ Annuaire statistique du Ministère de la Santé, 2021.

Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

Le Burkina Faso s'est engagé en faveur de l'égalité genre qui constitue un point central des objectifs du développement durable à l'horizon 2030 et l'agenda 2063 de l'Union Africaine. Au plan international et régional, le pays a ratifié toutes les conventions en faveur de l'égalité genre. Le référentiel national de développement (RND2021-2025) prend en compte de la promotion de la femme et du genre, notamment dans le cadre de l'axe 3 de consolidation du capital humain.

En 2021 la stratégie nationale Genre (SNG) 2020-2024 ainsi que son plan d'action opérationnel 2020-2022 ont été approuvés suite à l'évaluation de la politique nationale genre 2009-2019 qui avait été menée. Elle vise à éliminer les inégalités et disparités entre les hommes et les femmes dans tous les domaines et à promouvoir la jouissance effective dans les droits humains fondamentaux de toutes les couches sociales.

Le Burkina Faso a consacré dans sa constitution dès le préambule, la promotion du Genre comme facteur de réalisation de l'égalité de Droits entre Homme et Femme. Par ailleurs, la constitution consacre les droits sociaux de base dont le droit à la santé. De plus, le pays s'est doté de plusieurs instruments juridiques pour traduire sa volonté politique dans ce domaine. Il s'agit : **i)** la loi N°060-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso ; **ii)** la loi N°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé Publique ; **iii)** la loi N°030-2008/AN du 20 mai 2008 portant lutte contre le VIH/Sida et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida ; **iv)** la loi N°045-2005/AN du 21 décembre 2005 portant santé de la reproduction au Burkina Faso ; **v)** la loi N°034/98/AN du 18 mai 1998 portant loi hospitalière ; **vi)** la loi N°061-2015/CNT du 6 septembre 2015 portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des jeunes filles et prise en charge des victimes ; **vii)** l'Arrêté conjoint 2010-18/MS/MEF du 10 février 2010 portant gratuité du traitement par les ARV au Burkina Faso.

Le Burkina Faso s'est engagé à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) avec les trois premiers effets attendus à savoir : (i) l'accès aux soins de santé de qualité est garanti à tous, (ii) l'accélération de la transition démographique, et (iii) l'alimentation et la nutrition en faveur des groupes spécifiques comme les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes. Dans le domaine de la protection sociale, le régime d'assurance maladie universelle (AMU) figure parmi les approches de mise en œuvre des actions pour l'atteinte de la CSU. Les actions concrètes se sont matérialisées avec les mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans depuis avril 2016, la gratuité de la planification familiale

depuis 1^{er} juin 2019, le recrutement d'agents de santé à base communautaire (ASBC) dont un homme et une femme par village, pour la mise en œuvre d'un paquet intégré de soins et de services communautaires, le renforcement des ressources humaines, matérielles et des financements pour la santé. Par ailleurs, l'opérationnalisation de l'AMU devrait permettre de renforcer le système de santé et l'accessibilité des soins à toutes couches sociales.

Malgré ces mesures spécifiques et de routine, il y a une insuffisance d'action à l'endroit de certains groupes spécifiques/vulnérables (détenus, les personnes handicapées ...). La Convention des Nations Unies relatives aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) confère des droits aux personnes handicapées dans les domaines suivants : santé, éducation, transport, infrastructures, formation professionnelle, emploi, sports, loisirs, arts et culture, communication, participation à la vie politique et à la vie publique. Au Burkina la CDPH a été internalisée à travers la Loi N°12-2010/AN du 1^{er} Avril 2010 portant protection et promotion des droits des personnes handicapées Cette loi prévoit des avantages pour les personnes handicapées ces domaines.

Force est de constater que presque treize ans après l'adoption de cette loi les droits des personnes handicapées notamment le droit à la santé demeure difficile à atteindre car il existe des barrières à la jouissance de ce droit à la santé. En dépit de toutes les dispositions on assiste à la persistance de problèmes suivants liés à la l'accès à la promotion de la santé des personnes handicapées :

- ✓ Problèmes liés à la configuration, l'aménagement et l'accès physique,
- ✓ Problèmes liés à l'accès à une information adaptée,
- ✓ Problèmes liés à la formation du personnel (des ONG, médical, etc.),
- ✓ Problèmes liés au stigma et à la discrimination.

Dans ce contexte, l'accès des personnes handicapées aux structures, services et prestations de santé constitue un défi de façon général.

Au Burkina Faso, le milieu carcéral connaît des effectifs variables d'une année à l'autre (autour de 7000 détenus par an) . Deux grandes études de séroprévalence et bio-comportementales ont été réalisées en 2014 et 2017 portant sur les Maisons d'Arrêt et de Correction des treize (13) régions du pays. On dénombre 27 établissements pénitentiaires répartis sur les treize régions en 2016. De façon générale on note une faible accessibilité des milieux carcéraux pour les intervenants au profit des détenus. Il s'avère donc nécessaire de développer des approches pour non seulement faciliter

l'accès aux prisons mais aussi travailler à ce que cette cible soit touchée par le paquet minimum d'activités de prévention et de prise en charge nécessaire pour booster la TB hors des prisons.

Le Burkina Faso enregistre toujours des niveaux insatisfaisants d'indicateurs de santé ; ce qui pourrait ralentir la marche vers la couverture sanitaire universelle. En outre, la question du genre et de la stigmatisation demeure une préoccupation car elle a un impact négatif sur l'accès aux services de santé. Ceci est surtout valable pour des maladies comme la tuberculose et le VIH qui restent encore stigmatisées.

Inégalités fondées sur le genre

Le ratio homme/femme chez les nouveaux et rechutes de tuberculose toutes formes au Burkina Faso est resté fortement en faveur du sexe masculin. Il a augmenté au fil des années sauf en 2020, où on constate une baisse. En 2021, le ratio était très élevé dans le Centre-Sud, le Plateau Central, le Centre-Nord, le Centre-Est et le Sahel. Il est resté en faveur du sexe masculin dans toutes les tranches d'âge avec une augmentation à partir de 15 ans et un pic entre 25 et 44 ans, c'est-à-dire dans les tranches d'âges actifs (*figure1*). La féminisation du gap observé entre cas estimés et cas notifiés à partir de 25 ans (*figure2*) et l'augmentation du sex-ratio entre 15 et 44 ans laissent supposer des défis à l'accessibilité des femmes adultes aux soins de santé.

Selon la figure 1, les classes d'âge de 15 à 44 ans représentaient 57% du gap. Les femmes représentaient 54% du gap. Il était particulièrement important entre 25 et 44 ans. Cela devrait être pris en compte dans les stratégies de recherche active des cas de tuberculose.

➤ Cas manquants : Gap cas estimés - cas notifiés

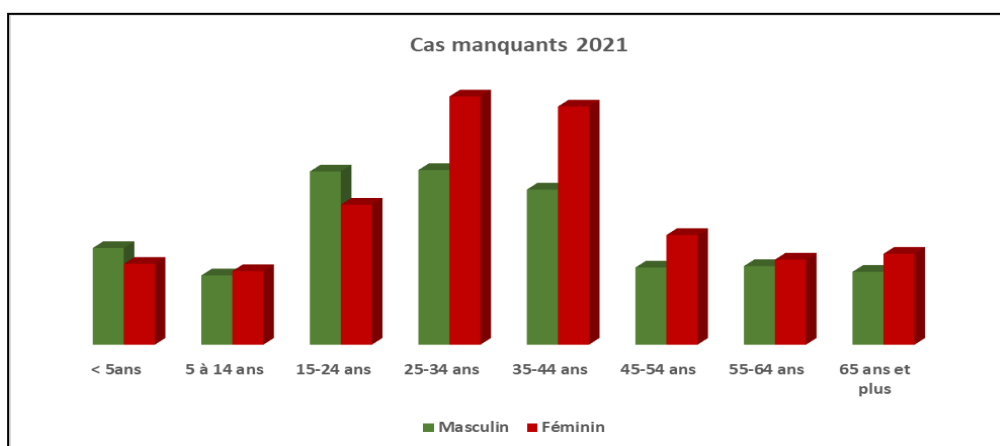


Figure 1 : Répartition par âge et sexe des cas manquants de tuberculose en 2021 (Source : WHO's global TB database _ WHO TB burden estimates/ WHO TB incidence estimates disaggregated by age group, sex and risk factor)

➤ **Ratio homme / femme**

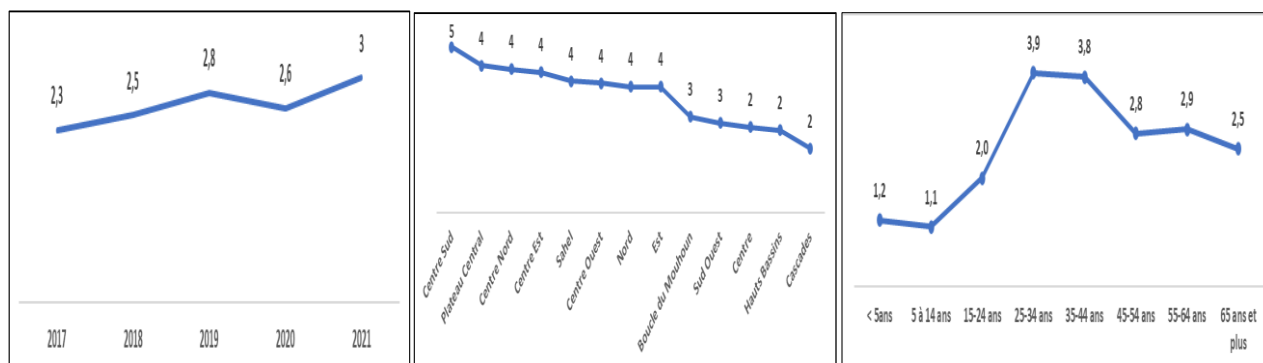


Figure 2 : Ratio homme/femme chez les nouveaux et rechutes de tuberculose toutes formes: Evolution dans le temps, répartition par région sanitaire et par tranches d'âges en 2021 (Source : Endos-BF).

➤ **Répartition des cas par âge et sexe**

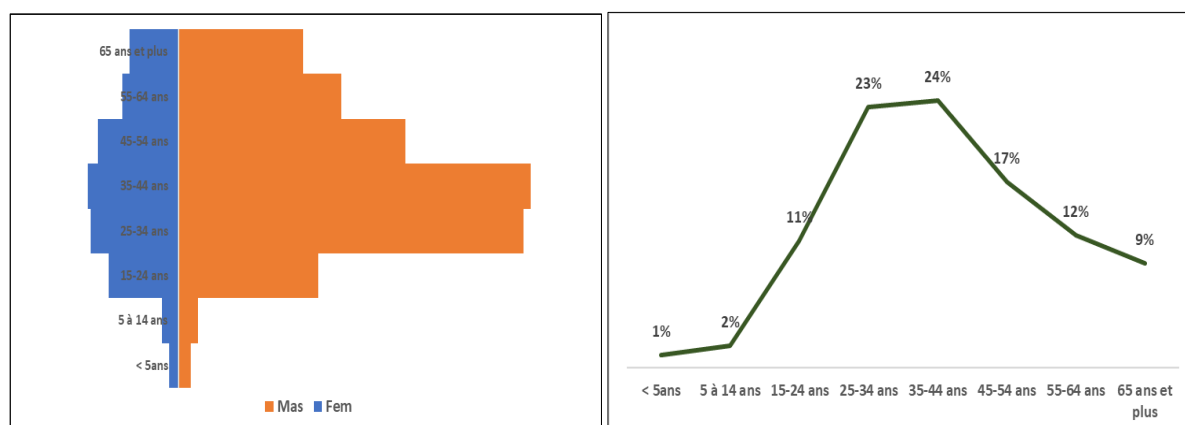


Figure 3: Répartition par âge et sexe des cas de tuberculose notifiés en 2021

Source : Endos-BF

En 2021, la répartition des cas notifiés était superposable à celle des cas estimés. On note une forte prédominance masculine surtout à partir de 15 ans. Le sex ratio était égal à 3 hommes/1 femme, contre 2 hommes/1 femme chez les cas incidents ; indiquant une sous-notification plus marquée chez les femmes.

Les inégalités et disparités de genre se caractérisent par une sous-utilisation des services de santé due essentiellement à la distance, à la pauvreté et au faible pouvoir d'achat des populations en général et celui des femmes en particulier. A cela, s'ajoute un manque de pouvoir de décision des femmes, car ce sont les rapports de genre qui déterminent la décision d'aller consulter ou non dans une formation sanitaire en cas de maladie.

Violences basées sur le genre

Les violences basées sur le genre ont depuis des décennies, été reconnues comme un phénomène traduisant très souvent des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, aboutissant à la domination et à une discrimination exercée par les premiers sur les secondes. Ces violences freinent particulièrement la promotion des femmes et portent atteintes à leurs libertés fondamentales. Elles empêchent partiellement ou totalement, l'évolution des femmes et des filles, qui en sont victimes. Elles ne peuvent avoir la garantie de jouir pleinement de leurs droits. La violence perpétrée contre une personne en raison de son sexe et de la place que lui accorde une société ou culture donnée est un phénomène sexiste, enraciné dans l'inégalité entre les hommes et les femmes à travers le monde avec de graves conséquences à long terme. Hélas, peu de connaissances sont disponibles sur les politiques de recours aux solutions durables et appropriées à proposer aux victimes (8).

Le Réseau des Femmes Elues Locales d'Afrique (REFELA) dans un rapport (fondé sur les chiffres de l'OMS) publié en 2018 constatait qu'en Afrique de l'Ouest, plus de 40% des femmes sont victimes de violences et 65% le sont en Afrique Centrale (9).

Depuis 2015, en plus des catastrophes naturelles et des conflits communautaires, le Burkina Faso fait face à une insécurité sans précédent liée aux attaques terroristes entraînant des déplacées internes. Parmi ces déplacées internes, figurent des femmes enceintes, des femmes en âge de procréer et des filles/garçons. Ces personnes sont plus vulnérables aux VBG créant ainsi de nouveaux besoins de protection, de prévention et de prise en charge des victimes/survivants (es). Par ailleurs, le nombre de personnes en besoin de protection contre les VBG est estimé à 667 000⁵. Selon le rapport de l'Etude-pays « Social Institutions and Gender Index » (SIGI) Burkina Faso 2018, 35,2 % des victimes de VBG ont subi des violences émotionnelles, 15,2 % des violences physiques et 6,8 % des violences sexuelles.

Le rapport de 2017 indique que 37% des femmes ont été victimes de violences conjugales au cours de leur vie contre 16 % des hommes. Aussi 80% des femmes vivant ou ayant vécu en union ont été victimes de pratiques discriminatoires liées à la famille au cours de leur vie, 44 % des femmes mariées l'ont été avant 18 ans et 44 % des burkinabè estiment cette pratique est justifiée.

⁵ Données du SP/CONASUR, décembre 2021

En 2020 et 2021, les services sociaux du Ministère en charge de la femme ont enregistré respectivement 5324 cas de VBG dont (79,88% de femmes et 20,12% d'hommes) et 9838 cas de VBG dont (84,76 de femmes et 15,24% d'hommes). Du 1^{er} janvier au 30 décembre 2022, le numéro vert a enregistré 1086 cas de VBG dont 912 cas chez les femmes soit 83,97%. Ces violences sont de plusieurs types et formes dont les mariages forcés, les violences physiques, l'exploitation sexuelle, les violences morales, l'abandon de domicile conjugal, etc.

L'excision demeure un phénomène plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain et c'est dans les régions du Centre-Est (90 %), du Centre- Nord (87 %), du Nord (88 %) et du Plateau Central (88 %) que les proportions de femmes excisées sont les plus élevées. L'excision est pratiquée sur les tranches d'âge suivantes : 76 % des femmes de 15 à 49 ans ; 25 % des filles de 10-14 ans ; 14,2 % des filles de 5-9 ans et 4,7 % de filles de moins de 5 ans⁶. Quant au mariage d'enfants, selon le rapport thématique basé sur l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2010 et l'Enquête Multisectorielle Continue, Module Démographique et de Santé (EMC-MDS) 2015, parmi les femmes de 20-24 ans, 51,3 % étaient en union avant 18 ans et 01 fille sur 9 enquêtées était en union avant l'âge de 15 ans (8,9%) et l'âge médian d'entrée en première union des femmes de 20-24 ans est estimé à 17 ans. Chez les hommes, cet âge médian à la première union est estimé à 19 ans (10).

Les types de VBG ci-dessous énumérés s'inspirent de la loi n°061-2015/CNT du 06 septembre 2015 portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des filles et prise en charge des victimes. Ces données ne sont pas spécifiques à la tuberculose.

Face à cette situation, des actions sont menées par le Gouvernement avec l'appui de certains de ses partenaires. Il s'agit de :

- l'existence d'un circuit de référencement des survivants (es) de VBG ;
- l'existence d'un répertoire national des acteurs intervenant dans le domaine des VBG ;

⁶ EDS (2010), EMC (2015)

⁸ « Violences basées sur le genre en Afrique de l'Ouest : cas du Sénégal, du Mali, du Burkina Faso et du Niger » mars 2021

⁹ État des lieux des violences faites aux femmes en Afrique décembre 2021

¹⁰ Plan d'actions national 2022-2024 De lutte contre les violences basées sur le genre

- le fonctionnement de ligne téléphonique d'assistance aux survivants(es) de VBG (80 00 12 87) ;
- l'existence d'un mécanisme digitalisé pilote du mécanisme de gestion des informations sur les Violences Basées sur le Genre ;
- l'existence de plusieurs protocoles de prise en charge des survivants (es) de VBG ;
- l'existence d'un guide d'orientation des familles d'accueil sur la prise en charge des survivants (es) ;
- l'existence d'un centre intégré mère enfant de prise en charge des survivants (es) de Tenkodogo ;
- les outils de communications pour le changement de comportement ;
- l'existence d'un centre de prise en charge intégrée des survivants(es) de VBG/Baskuy (Ouagadougou).
- Aussi, des départements ministériels et autres structures sont impliqués dans la lutte contre les VBG.
- Plusieurs actions ont été entreprises par les partenaires techniques et financiers (OMS, UNFPA, ICAHD, ECPAT, HCR, plan international du Burkina, Pathfinder international, ENABEL, les Ambassades...).
- Un forum génération égalité au niveau national (pour les droits des femmes et un futur égalitaire) a été organisé en 2021 par un consortium d'ONG sous le leadership de Pathfinder International.

En plus, au regard des problèmes sécuritaires (cf. chapitre 5.8.2), la question de la protection des femmes et des filles des régions touchées se pose avec acuité. Selon les informations recueillies⁷ auprès des services techniques en charge de l'action sociale et de la femme, dans les régions touchées par le terrorisme, il y a un grand risque de perdre les acquis engrangés dans la lutte pour la promotion des droits des femmes et des filles. Aussi dans les régions en proie à ces attaques, les femmes et les filles sont contraintes de se déplacer sur de longues distances sans aucune protection, courant le risque d'agressions diverses. Des cas d'esclavage sexuel ont été évoqués lors de libération récente des otages dans la région du Nord.

Afin de réprimer ces différentes violences dont sont victimes les femmes et les filles (VFF), le pays a adopté la loi n° 061-2015/CNT du 6 septembre 2015 portant

⁷ Entretiens téléphoniques

prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des filles et prise en charge des victimes. Les dispositions répressives de cette loi ont été reprises dans la loi n°025-2018/AN du 31 mai 2018 portant code pénal. Ce nouveau code innove par l'aggravation des sanctions pénales à l'encontre des auteurs des violences à l'égard des femmes et des filles et la prise en compte de toutes les formes de VFF dans la répression, à l'exception toutefois des violences politiques. Malheureusement, l'accès à la justice pour les femmes et les filles victimes de violation de leurs droits demeure une problématique. La réponse judiciaire ne satisfait pas aux attentes des victimes. La quasi-totalité des femmes (97 %) laissent le jugement de leur sort entre les mains des membres de la famille et 71% de femmes victimes de violence continuent de garder le silence⁸. Le manque de synergie entre les différents acteurs/actrices de lutte contre ces violences limite l'efficacité des actions.

En outre, beaucoup de textes ont été adoptés ou ratifiés en vue de protéger les femmes et les jeunes filles mais du fait du poids des pesanteurs socioculturelles, celles-ci subissent, parfois dans le silence, des violations de leurs droits. En effet, certaines femmes hésitent à saisir la justice pour être réhabilitées dans leurs droits, par crainte, soit de salir l'honneur de la famille, soit, de perdre le foyer, soit des représailles. Cette peur des femmes à saisir la justice pose la nécessité de recourir à des modes alternatifs de traitement des violations de leurs droits humains fondamentaux.

Des centres d'accueil des femmes et filles victimes d'exclusion sociale ou de mariages forcés/précoces relevant du secteur privé ou public existent⁹. Aussi, ces centres sont confrontés à des difficultés financières dans leur fonctionnement. Les centres de prise en charge des victimes prévus par la loi 061/CNT sur les VFF auraient pu permettre une meilleure protection des victimes à travers une couverture nationale. La loi requiert que toutes les unités de la police et de la gendarmerie désignent des agents pour assister les femmes victimes de violence, ou menacées de violence, et réagir aux situations d'urgence ; toutefois, cela n'est pas encore effectif dans toutes les

⁸ Rapport d'évaluation de la Politique nationale genre 2009-2019.

⁹ Treize (13) structures d'accueil sont identifiées dont 05 cours de solidarité relevant du public, 06 centres privés de la mission catholique et 02 sites d'accueil non formels : Rapport d'évaluation de la PNG 2009-2019

unités. Des protocoles de prise en charge intégrale des victimes (juridique, médicale, psychosocial) ont été adoptés.

L'ambition du Gouvernement du Burkina Faso est d'atteindre la tolérance zéro face aux violences basées sur le genre. Les actions à mettre en œuvre consistent essentiellement à la vulgarisation des textes juridiques de protection contre les violences à l'égard des femmes et des filles, la sensibilisation des élèves et étudiants des établissements, écoles et instituts supérieurs publics et privés sur les questions de genre, de violences à l'égard des femmes et des filles ; de l'extrémisme violent et sur la paix et la sécurité ; la promotion de l'application des textes et lois favorables à la femme et à la jeune fille ; la réhabilitation des femmes et des filles victimes de violences sur le plan économique; la prise en charge des victimes de violences , la poursuite et la répression des auteurs de violences basées sur le genre dans toute la rigueur de la loi. Le nombre de femmes/homme victimes de violences enregistrées et le nombre de femmes/hommes victimes de violences prises en charge sont les indicateurs retenus pour mesurer l'effet.

Les défis à relever dans la lutte contre les VBG se résument principalement à :

- la concertation des acteurs, la coordination et le suivi dans toutes les interventions en matière de lutte contre les VBG ;
- la capitalisation des acquis et la consolidation d'un système de collecte et de production de données statistiques fiables sur les VBG ;
- la mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du plan d'actions national de lutte contre les VBG;
- la prise de conscience par les populations des conséquences dommageables des VBG ;
- l'application rigoureuse des textes en matière de lutte contre les VBG ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des survivants (es)de lutte contre les VBG.

Action en faveur des groupes spécifiques/vulnérables (détenus, personnes handicapées,...).

Stigmatisation/discrimination

La stigmatisation associée à la tuberculose est souvent liée à la pauvreté, mais également à des informations erronées et à des craintes injustifiées concernant la

maladie. La stigmatisation, la discrimination et l'exclusion liées au VIH peuvent amplifier la stigmatisation liée à la tuberculose ou être aggravées par celle-ci. En effet, des personnes continuent de craindre qu'un diagnostic positif au VIH ou à la tuberculose n'entraîne une perturbation de la stabilité de leur vie (mariage, estime de la famille, moyens de subsistance, rôle dans la communauté). Cette situation peut aller jusqu'au rejet social du malade. Dans les contextes où les femmes sont touchées de manière disproportionnée par le VIH, la charge de la tuberculose pesant sur les femmes risque également d'être plus élevée que celle pesant sur les hommes. C'est notamment le cas en Afrique subsaharienne où les jeunes femmes en particulier (18-24 ans) présentent un taux de nouvelle infection à VIH deux à trois fois plus élevé que les jeunes hommes de la même tranche d'âge.¹⁰

Il n'existe pas suffisamment de données permettant de décrire de façon spécifique la situation de la discrimination et de la stigmatisation liées à la tuberculose au niveau du pays.

2.7. Situation sécuritaire, humanitaire et urgences sanitaires

Depuis la fin de l'année 2015, le climat sécuritaire au Burkina Faso s'est aggravé par la recrudescence et la multiplicité des attaques armées perpétrées dans le pays. Le pays traverse une grave crise humanitaire marquée par une nette augmentation du nombre de personnes déplacées internes (PDI). A la date du 30 octobre 2022, ce nombre est de 1 761 915 PDI (16,76% d'hommes 22,90% de femmes et 60,34% d'enfants). Il était à 1,4 million en octobre 2021, soit une hausse de 19% sur les 12 mois. Les mouvements de population se sont poursuivis durant les derniers mois de septembre à octobre notamment dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord, du Sahel. Ainsi les personnes déplacées et les populations d'accueil se retrouvent face aux difficultés dues aux attaques terroristes, notamment la promiscuité, l'insécurité alimentaire, la faible résilience des populations face aux effets de la pandémie du COVID-19 et les inondations.

La répartition des PDI par communes est illustrée dans la figure 4.

¹⁰ *Fonds mondial. Note d'information technique tuberculose, genre, droits humains. 14 novembre 2019. Genève, Suisse.*

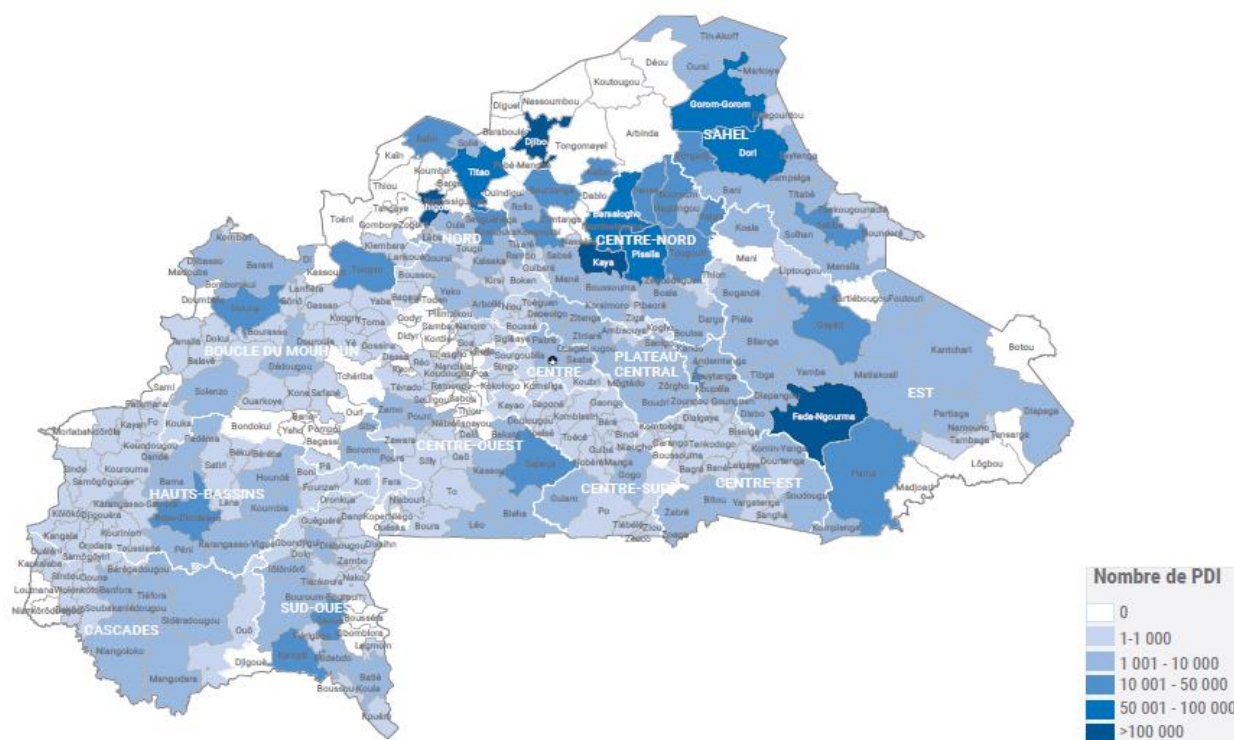


Figure 4: Répartition des PDI par communes au 30 octobre 2022

Cette insécurité a entraîné des effets néfastes sur le système de santé, notamment la baisse de l'offre de services de santé aux populations du fait de la fermeture de plusieurs formations sanitaires et le fonctionnement à minima d'autres. Le tableau I montre la situation de la fonctionnalité des formations sanitaires en septembre 2022.

Tableau I : Situation de la fonctionnalité des formations sanitaires en septembre 2022

Région sanitaire	Nbre total de FS de la région	FS Fermées		FS Saccagées		FS Fonctionnant à minima*		Aires sanitaires abritant des PDI		Population s privées de soins	% population non couvertes	Ambulances retirées/détruites
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%			
Boucle du Mouhoun	288	7	2,43	3	5,08	112	38,89	67	23	312 801	13,35	8
Centre-Est	205	3	1,46	3	5,08	40	19,51	72	35	26 933	1,15	0
Centre-Nord	189	47	24,87	1	1,69	7	3,70	45	24	524 817	22,40	3
Est	189	15	7,94	10	16,95	126	66,67	54	29	78 523	3,35	5 retirées, 1 brûlée
Nord	265	34	12,83	3	5,08	46	17,36	36	14	247 259	10,55	3
Sahel	133	80	60,15	26	44,07	50	37,59	28	21	839 626	35,84	12 retirées, 2 brûlées
Cascades	126	4	3,17	12	20,34	21	16,67	14	11	254 571	10,87	0
Sud-Ouest	145	7	4,83	1	1,69	6	4,14	12	8	58 438	2,49	0
TOTAL	1 540	197	12,79	59	3,83	408	26,49	328	21	2 342 968	100%	28 retirées, 3 brûlées

Source : CORUS/ Cluster santé OMS

Au total 664 formations sanitaires sont soit fermées, soit saccagées soit fonctionnant à minima, ce qui représente 42% des formations sanitaires de ces huit (8) régions touchées. Les districts sanitaires concernés sont Djibo, Gorom-Gorom, Sebba et Dori (Sahel), Barsologho, Boulsa, Kaya, Kongoussi, Tougouri (Centre Nord), Titao, Thiou, Ouahigouya, Séguénéga (Nord), Bogandé, Diapaga, Gayeri, Manni, Fada, Pama (Est), Dédougou, Tougan, Toma, Nouna, Solenzo (Boucle du Mouhoun) Ouargaye et Bitou (Centre Est), Banfora et Mangodara (Cascades), Batié, Dano, Diébougou, Kampti, Gaoua (Sud-Ouest)

Cette situation prive plus de 2 millions de personnes de soins de santé. La fermeture des centres de santé concerne surtout les formations sanitaires périphériques (CSPS) qui sont le premier contact entre la population et le système de santé, également le lieu de traitement décentralisé et de suivi des patients notamment ceux de la tuberculose.

Ainsi, assurer la continuité des soins aux PDI et aux populations autochtones pour permettre un accès ininterrompu aux services essentiels contre la tuberculose reste un défi particulier dans ces zones à défi sécuritaire (ZADS).

Face aux situations d'urgence (épidémies, nouvelles menaces émergentes) et plus récemment la pandémie à COVID-19, le gouvernement a activé le CORUS. Des stratégies de résilience ont été mises en place. La délégation de tâches, la formation à la prise en charge des traumatismes de guerre, le renforcement de la santé communautaire à travers la contribution des ONG et associations, le renforcement en

ressources humaines, en équipements et produits de santé ainsi que le soutien au pilotage de l'action sanitaire ont permis de maintenir une certaine offre de services et soins aux populations restées dans les zones touchées.

III. APERCU SUR LE SYSTEME DE SANTE DU BURKINA FASO

3.1 Politique nationale de santé

La Politique nationale de santé (PNS) définit les grandes orientations nationales en matière de santé. Son but est de contribuer au bien-être des populations. L'impact attendu de la mise en œuvre de cette politique est la réduction significative des charges de morbidité et de mortalité générales et spécifiques au sein de la population à travers l'implication de tous les secteurs et acteurs du développement socio-économique du pays.

Les valeurs qui sous-tendent la politique nationale de santé sont : l'équité, la justice sociale, la solidarité, l'obligation de rendre compte, l'éthique, la probité, le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des usagers, le droit des populations à l'information sur la santé ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance. Le Burkina Faso adhère aux principes des soins de santé primaires qui sont, entre autres, l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience des soins de santé, la réactivité des services de santé, l'accès universel aux soins, la coordination et la collaboration intersectorielle, la participation individuelle et collective.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé a été programmée à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS) actuel qui couvre la période 2021-2030 et notamment la Stratégie nationale de développement sanitaire (SNDS) 2021-2025. La lutte contre la tuberculose est incluse dans les cinq orientations stratégiques du PNDS.

3.2 Organisation et fonctionnement du système national de santé

Au plan administratif, le système de santé du Burkina est structuré selon 3 niveaux :
1) central : il est placé sous l'autorité du Cabinet et du Secrétariat Général du Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Il assure l'orientation et la coordination de la PNS et du PNDS. La Direction générale de la santé et de l'hygiène publique (DGSHP) qui est l'une des 4 Directions générales, a été organisée en 7 directions techniques que sont : la Direction de la protection de la santé de la population (DPSP), la Direction de

la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCM), la Direction de la promotion et de l'éducation pour la santé (DPES), la Direction de la prévention par les vaccinations (DPV), la Direction de la santé de la famille (DSF), la Direction de la nutrition (DN) et la Direction de l'hygiène publique (DHP). Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, le VIH/sida et les maladies tropicales négligées relèvent de la DPSP.

2) *intermédiaire* : il comprend 13 Directions régionales de la santé et de l'hygiène publique (DRSHP) qui mettent en œuvre le PNDS au niveau régional. Le Service de lutte contre la maladie et de protection des groupes spécifiques (SLM/PGS) coordonne notamment les programmes de santé y compris la tuberculose et le VIH.

3) *périphérique*: il comprend 70 Districts sanitaires (DS) qui sont les entités opérationnelles chargées de planifier et mettre en œuvre les programmes de santé. Au plan de l'organisation des soins, les structures de soins se répartissent en secteurs public, privé, traditionnel et alternatif.

La figure 5 résume la pyramide sanitaire du Burkina Faso.

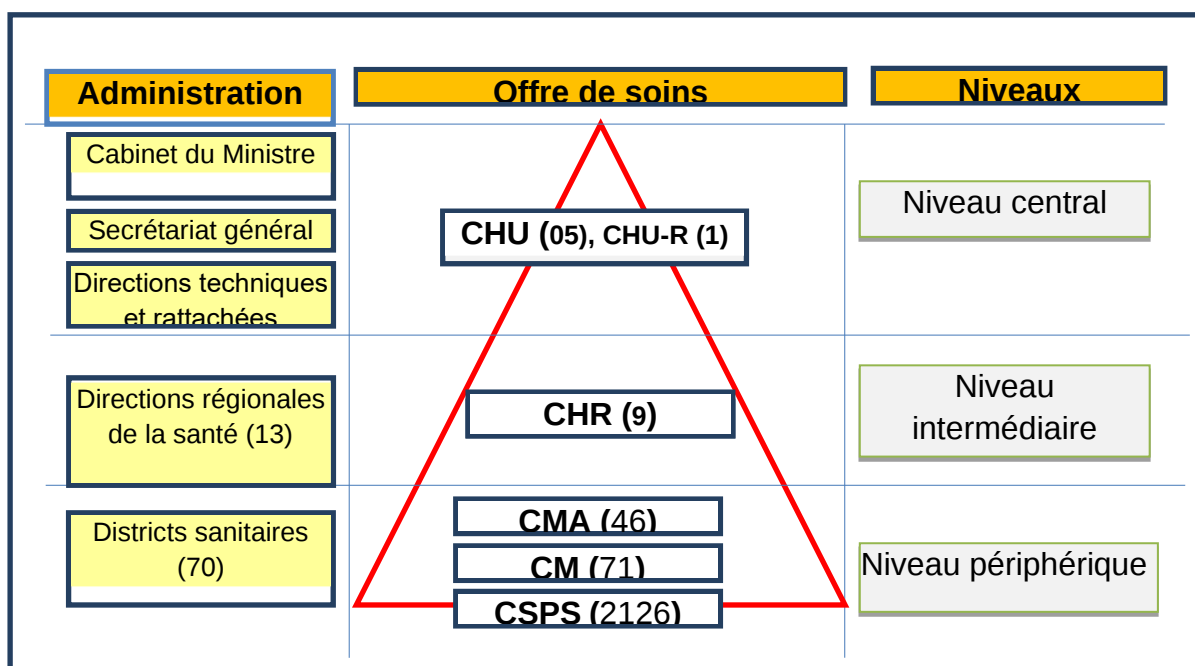


Figure 5: Pyramide sanitaire du Burkina Faso¹¹

¹¹ *Annuaire statistique 2021 du Ministère de la santé et de l'hygiène publique*

Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

3.2.1 Secteur sanitaire public

Il comporte trois niveaux :

- *le premier niveau* est constitué par les districts sanitaires. Ce niveau comprend deux échelons :
 - le premier échelon, constitué par les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM).
 - le deuxième échelon, constitué par les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) ou hôpitaux de district (HD) qui sont des structures de référence pour le premier échelon.

En 2021, le rayon moyen d'action théorique était de 6,1 Km (sans le privé).

- *le deuxième niveau* est constitué par les 9 centres hospitaliers régionaux (CHR) qui servent de référence pour les CMA ;
- *le troisième niveau* est le niveau de référence pour les CHR. Il est constitué des 5 centres hospitaliers universitaires de niveau tertiaire (CHU-YO, CHU-SS, CHU Pédiatrique-CDG, CHU-Tengandogo, CHU Bogodogo) et d'un CHU de niveau secondaire (CHUR Ouahigouya).

A côté des formations sanitaires du Ministère de la santé, il existe d'autres structures publiques de soins tels que les Services de santé des Armées (SSA), les offices de santé des travailleurs (OST), les services de santé de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). Ces structures constituent un partenaire important de la lutte contre la tuberculose.

❖ **La gestion de l'approvisionnement et des stocks**

Le système d'approvisionnement public en produits de santé est principalement organisé autour de la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG). Le système d'approvisionnement privé est animé par des grossistes répartiteurs qui approvisionnent principalement les officines privées mais aussi les formations sanitaires publiques et privées.

Les niveaux de la chaîne d'approvisionnement suivent la même pyramide sanitaire.

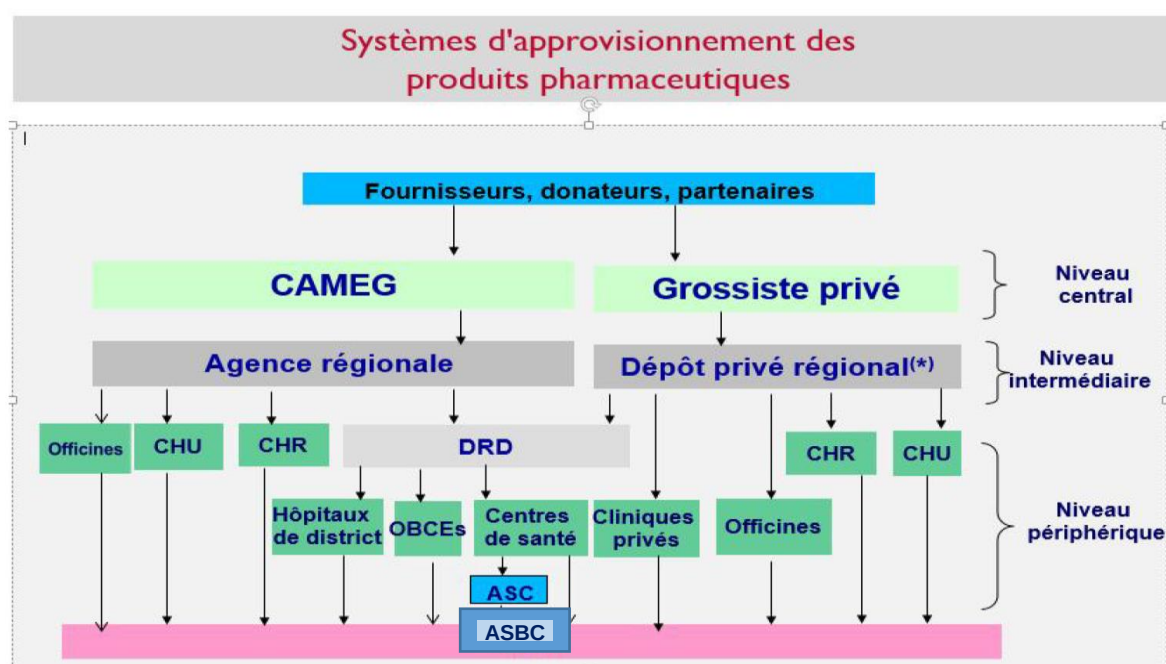
Ce sont :

- le niveau central représenté par la CAMEG, les grossistes répartiteurs privés et les dépôts de certaines directions centrales ;

- le niveau régional représenté par les agences régionales de la CAMEG et des grossistes privés ;
- le niveau périphérique représenté par : **i)** le Dépôt répartiteur de district (DRD) ; **ii)** les officines ; **iii)** les dépôts des CHU et des CHR ainsi que les ONG et Associations ; **iv)** les Dépôt MEG (DMEG) public, les dépôts des formations sanitaires conventionnées et non conventionnées, les trousse de l'agent de santé communautaire ; **v)** les dépôts privés.

La figure 6 illustre la chaine d'approvisionnement en produits de santé.

Des comités techniques ont été mis en place par arrêté du Ministère de la santé pour la coordination de la gestion des intrants des programmes. Ils font une revue trimestrielle de la quantification des besoins, la planification des achats, du suivi des plans d'approvisionnement et de la supervision des agents sur la gestion des intrants.



(*) : Tous les grossistes répartiteurs privés ne disposent pas d'agences régionales

Figure 6 : Schéma du système d'approvisionnement des produits pharmaceutiques adapté.

Dans le contexte actuel du pays marqué par le défi sécuritaire entraînant une inaccessibilité de plusieurs districts et formations sanitaires, le système d'approvisionnement des produits antituberculeux va connaître une adaptation selon le Plan de contingence intégré TB, VIH, paludisme dans les ZADS au BF. Cette adaptation devra permettre la sécurisation de l'approvisionnement des intrants de lutte contre la tuberculose.

Pour les ZADS, la mise à disposition des intrants sera faite en collaboration avec le CORUS, les organisations humanitaires, communautaires et les forces de défense et de sécurité. Également des mesures spécifiques (par voie aérienne, convois sécurisés et dotation de frais de transport) seront prises pour le transport et la distribution des intrants à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

❖ **Ressources humaines**

Le pourcentage de formations sanitaires (CSPS) remplissant les normes minimales en personnel est passé de 84,8% en 2018 à 89,2% en 2021. Les ratios personnels/population sont passés de 1/12 000 (en 2018) à 1/9659 en 2021 pour les médecins, de 1/3281 en 2018 à 1/3404 en 2021 pour les IDE et de 1/5510 en 2018 à 1/4436 en 2021 pour les sage-femmes et maïeuticiens d'Etat [Annuaire sanitaire 2021].

La problématique de la disponibilité des ressources humaines conformément aux besoins du système de santé demeure. Cela s'explique entre autres par une insuffisance de personnel en nombre ayant les qualifications requises, une inégale répartition du personnel entre régions et entre formations sanitaires, une insuffisance dans la maîtrise des effectifs et de leur mobilité, des difficultés de rétention du personnel dans certaines zones ainsi que par le nombre et la capacité limités des écoles et instituts de formation pour certains types d'emploi. En outre, le turn-over élevé des agents de santé requiert un renouvellement continu en termes de renforcement de capacités. De nouvelles approches de renforcement des capacités à bas coût devraient être proposées, à l'instar du mentorat clinique (approche de renforcement entre pairs in situ) ou encore du e-learning. Pour les autres départements du secteur de planification santé, leur système d'information ne permet pas de dégager une ressource humaine spécifique pour la protection sociale et la sécurité alimentaire.

3.2.2 Secteur sanitaire privé

Il se développe assez rapidement et concerne principalement les structures en charge des médicaments et les structures de soins. Ces structures (privé confessionnel, privé associatif, privé à but lucratif) sont concentrées dans les grands centres urbains essentiellement à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso qui abritent près de 90% des

structures sanitaires privées. En 2021, le nombre de structures privées de soins était de 738. Elles assurent les activités d'offre de soins à l'instar du public.

En vue de renforcer la participation de ce secteur à l'offre de soins à travers une meilleure collaboration public-privé, la Direction du Secteur Privé de Santé (DSPS) a été créée en février 2018 au sein de la Direction générale de l'offre des soins (DGOS). En ce qui concerne spécifiquement la tuberculose, le secteur privé en collaboration avec le PNT joue le rôle suivant : **i)** identification des présumés TB lors des consultations, **ii)** diagnostic des malades de tuberculose, **iii)** référence des malades tuberculeux vers un CDT (cas des structures non CDT). Toutefois, certaines structures privées confessionnelles sont des CDT. Ce processus sera renforcé par l'intégration d'autres structures sanitaires privées (conventionnées ou non) dans le dispositif de diagnostic et de traitement des patients TB.

3.2.3 Secteur sanitaire traditionnel et alternatif

La médecine traditionnelle et alternative existe dans toutes les communautés du pays et constitue le premier recours de certaines populations en cas de maladie. Parallèlement au système moderne de soins, ce secteur s'organise autour de la Direction de la médecine traditionnelle et alternative du Ministère de la santé et de l'hygiène publique.

En 2017, 33 000 tradipraticiens de santé avaient été recensés dans le pays. Ces derniers sont de plus en plus impliqués dans la lutte contre la tuberculose à travers la sensibilisation et la référence de cas présumés de tuberculose. La médecine alternative qui regroupe toutes les autres formes (acupuncture, homéopathie, mésothérapie, phytothérapie et hypnothérapie, etc.) est également en pleine expansion. Cette opportunité peut être utilisée en faveur de la lutte contre la tuberculose (sensibilisation et référence de cas présumés de tuberculose).

3.3 Intervention communautaire

Les services de santé à base communautaires (SBC) sont organisés par la DPES. Ainsi, les districts sanitaires mettent en œuvre un paquet intégré d'interventions à gain rapide au niveau communautaire qui contribue à la continuité et à l'accessibilité des services. Les SBC sont offerts par différents intervenants communautaires

généralement sous la supervision des agents de santé, qui assurent en outre leur approvisionnement en intrants et participent à leur formation.

Dans la perspective du renforcement de l'approche communautaire, 17 648 ASBC ont été recrutés, formés et équipés pour couvrir les 8824 villages. Ils disposent d'un paquet d'activités préventif, curatif et promotionnel y compris la lutte contre la tuberculose. Toutefois, la couverture des populations en ASBC n'est pas totale dans la mesure où les zones urbaines, périurbaines et les hameaux de cultures n'ont pas été concernés par le recrutement. En effet, une large partie des malades TB sont notifiés dans les villes et un suivi communautaire par les ASBC n'est pas possible. En outre, la proportion des femmes ASBC est faible (35%) alors que la mise en œuvre de certaines stratégies de santé requiert des ASBC de sexe féminin dans les contextes culturels actuels.

Les OBC constituent un maillon complémentaire important qui mène des activités en soutien au système de santé. La société civile est très active et accompagne le Gouvernement dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des projets et programmes.

Dans le cadre de la nouvelle vision du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, la mise en place de postes de santé communautaire animés par des agents de santé communautaires permettra le développement des soins de santé primaires. Pour consacrer cette nouvelle vision, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique s'est doté d'une stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023. Dans le cadre du renforcement de la participation communautaire à la lutte contre la tuberculose, un référentiel d'interventions communautaires dans cette lutte a été élaboré en fin 2019 et est en lien avec la stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023.

Les acteurs communautaires sont un maillon dont les potentialités doivent être utilisées de façon optimale surtout dans les zones à déficit sécuritaire où ils sont toujours actifs.

3.4 Profil sanitaire et couverture vaccinale par le BCG

Le profil épidémiologique du pays est marqué par le double fardeau des maladies transmissibles persistantes et l'augmentation progressive des maladies non transmissibles. Par ailleurs, il faut souligner la fréquence accrue des maladies émergentes. Les maladies transmissibles étaient la cause de 50% des décès en 2010 et de 70% en 2021(*Rapport sur l'État de la santé de la population du Burkina Faso, 2019. Observatoire*

national de la santé. Institut National de Santé publique). Le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida sont des maladies cibles d'élimination d'ici à 2030 conformément aux Objectifs du développement durable (ODD). Le niveau de l'indicateur de couverture nationale vaccinale par le BCG est de 116,2% en 2021 (*Annuaire, MSHP, 2021*).

3.5 Financement de la lutte contre la tuberculose

La lutte contre la tuberculose est financée par l'Etat du Burkina Faso qui reçoit un appui des partenaires extérieurs. L'analyse du financement de la tuberculose fait ressortir une forte dépendance des financements extérieurs liées à cette maladie (78,31%). Il convient de mettre en place des stratégies innovantes de mobilisation de ressources domestiques et le plaidoyer permanent pour la mobilisation supplémentaire des ressources auprès de l'Etat, permettent de garantir la pérennité du financement pour la lutte contre cette maladie (*Rapport des comptes de la santé, 2021*).

Entre 2018 et 2021, le gap entre besoins et fonds reçus est passé de 80% à 65%. Même s'il a diminué, il demeure énorme. Le taux d'absorption a évolué entre 70% et 60% (figure7).

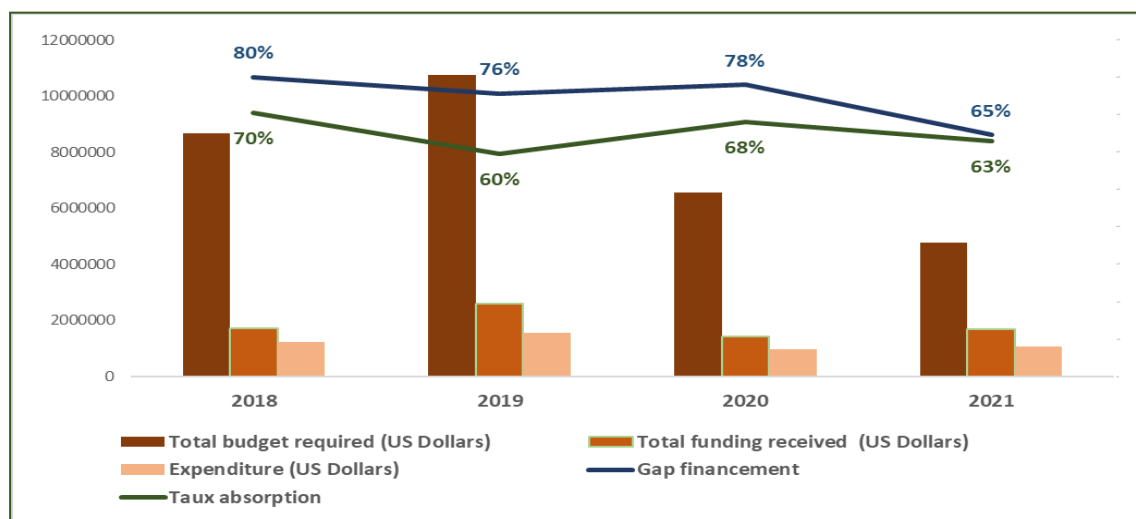


Figure 7 : Financement de la lutte contre la tuberculose et gap budgétaire de 2018 à 2021
Source : WHO's global TB database _ Budgets for TB since fiscal year 2018_ Expenditure and utilization of health services for TB since fiscal year 2017

La lutte contre la tuberculose est tributaire des financements extérieurs. Le financement domestique est resté faible entre 2017 et 2021, variant entre 6% et 10%. Le Fonds mondial a été le principal bailleur pendant cette période (90-94%). Les fonds provenant d'autres sources étaient quasi nuls (figure8).

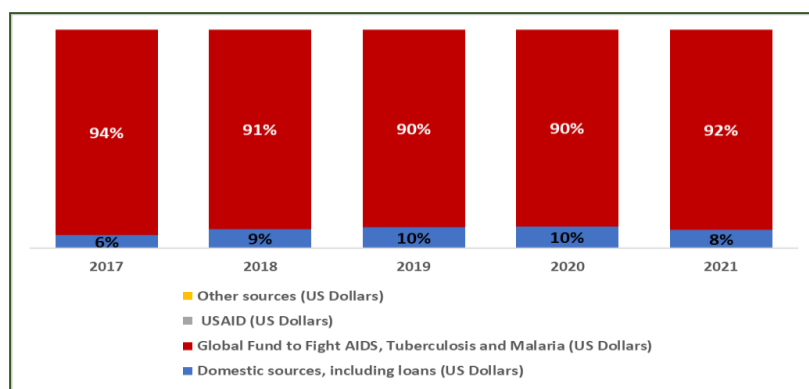


Figure 8 : Répartition par source de financement des fonds reçus pour la lutte contre la tuberculose de 2017 à 2021

Source : WHO's global TB database _ Budgets for TB since fiscal year 2018_ Expenditure and utilization of health services for TB since fiscal year 2017

IV. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU BURKINA FASO

4.1 Moyens de lutte contre la tuberculose

Les cinq moyens utilisés pour lutter contre la tuberculose sont présentés dans le tableau II. Ils sont utilisés concomitamment pour une meilleure efficacité.

Tableau II: moyens de lutte contre la tuberculose

Moyen de lutte	Situation au Burkina Faso
Amélioration des conditions socio-économiques	Priorité nationale à travers le PNDES
Traitement de la TB latente	Offre du traitement préventif aux PvVIH et aux enfants de moins de 5 ans en contact étroit avec un cas de TB confirmé bactériologiquement dans tous les CDT du pays.
Éducation pour la santé	Activités de sensibilisation dans les centres de santé avec l'appui des acteurs communautaires et à travers les médias (en particulier les radio locales).
Vaccination au BCG	Couverture vaccinale nationale par le BCG satisfaisante en 2021 (116,2%).
Couple dépistage/traitement	17 648 ASBC et 111 OBC : identification des malades présumés et référence, recherche des malades PDV, collaboration avec les tradipraticiens ; 2126 CSPS : identification des malades présumés, collecte et transport des échantillons, suivi des malades TB sous traitement, appui et suivi des ASBC ; 738 structures privées de soins : identification des présumés TB lors des consultations, diagnostic des malades de tuberculose, référence des malades tuberculeux vers un CDT ;

	• 104 CDT qui offrent le diagnostic et le traitement de la TB, dont deux centres de référence: CNLAT et CRLAT; • 40 sites Xpert MTB/RIF répartis dans les 13 régions sanitaires du pays ; • 20 centres de prise en charge de la TB-résistante ; • 1 laboratoire national de référence des mycobactéries.
--	---

4.2 Cadre institutionnel et organisationnel du PNT

Le PNT couvre l'ensemble du pays et s'appuie sur l'organisation du système national de santé. Il relève de la DPSP qui est elle-même sous la tutelle de la DGSHP.

Le présent supplément du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 doit permettre au programme de renforcer le contrôle de la maladie dans la perspective de l'atteinte des cibles d'élimination de la tuberculose conformément aux ODD et à la stratégie de l'OMS « Mettre fin à la tuberculose ».

4.2.1 Niveau central

La coordination nationale est appuyée par un organe consultatif qui est le comité technique de lutte contre la tuberculose. Il traite de sujets techniques tels que les directives de prise en charge, les régimes thérapeutiques, les évaluations et l'analyse des résultats globaux.

Les attributions de la coordination du PNT sont :

- Élaborer et diffuser les directives de lutte contre la tuberculose ;
- Planifier les activités de lutte contre la tuberculose ;
- Appuyer les niveaux intermédiaire et périphérique dans le cadre de la lutte contre la tuberculose ;
- Établir un système de notification des cas de tuberculose ;
- Assurer l'approvisionnement et la gestion des médicaments, réactifs, consommables et équipements de laboratoire ;
- Coordonner les activités du réseau de laboratoires ;
- Promouvoir le programme et la recherche opérationnelle ;
- Assurer les liaisons administratives nécessaires au bon fonctionnement du programme ;
- Contribuer à la mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose ;
- Évaluer régulièrement le programme.

4.2.2 Niveau intermédiaire

La coordination est assurée par la Direction régionale de la santé à travers le Service de lutte contre la maladie et de la protection des groupes spécifiques (SLM/PGS).

4.2.3 Niveau périphérique

Il est représenté par le District sanitaire. L'équipe cadre du district (ECD) assure la coordination et l'organisation de la mise en œuvre des activités au niveau du district. Le CDT est l'entité opérationnelle de la lutte antituberculeuse. Il assure le diagnostic et la prise en charge des cas de tuberculose. Le CSPS est l'entité qui assure l'identification des malades présumés, la collecte et la transmission des crachats, la référence, de même que le suivi des patients mis sous traitement par les CDT.

4.2.4 Structures de référence de prise en charge et diagnostic de la tuberculose

Le Centre régional de lutte antituberculeuse (CRLAT) de Bobo Dioulasso, le Centre national de lutte antituberculeuse (CNLAT) de Ouagadougou et les services de pneumologie, de par leurs capacités d'investigation, la spécialité et la spécificité des soins, restent l'ultime recours des malades en matière de traitement et de prise en charge des complications. Le PNT dispose d'un LNR-M qui est la structure de référence en matière de diagnostic bactériologique de la tuberculose. Les laboratoires régionaux assurent la coordination et le contrôle de qualité des laboratoires de district.

4.2.5 Participation communautaire à la lutte contre la tuberculose

Sur les 236 OBC ayant contracté un paquet d'activités avec le Ministère de la santé, 111 interviennent dans la lutte contre la TB et le VIH. Elles mènent des activités de prévention, de détection des cas et de soutien aux patients. Ces associations couvrent l'ensemble des districts sanitaires avec une concentration dans les grandes villes. Dans le cadre du VIH, certaines OBC assurent le traitement, le suivi de certains patients et la distribution à base communautaire de certains produits de santé. Cependant, on note une insuffisance dans la part contributive des OBC dans la lutte contre la tuberculose. En effet, en 2022, la part contributive des animateurs des OBC et des ASBC au dépistage de la TB était de 3% (220/7051, objectif de 30%).

V. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE AU BURKINA FASO

5.1. Incidence de la tuberculose

➤ Evolution de l'incidence

L'incidence de la tuberculose a diminué de façon régulière passant de 70 à 45 cas pour 100 000 habitants de 2000 à 2021. Ceci dit, il persiste un gap entre le taux de notification (ligne rouge) et l'incidence. Même s'il a diminué au fil des années, il reste toujours important. En 2021, ce gap se chiffrait à plus de 2500 cas. La couverture de traitement était de 69%. La figure 9 présente l'évolution de l'incidence de la tuberculose au Burkina Faso de 2000 à 2021.

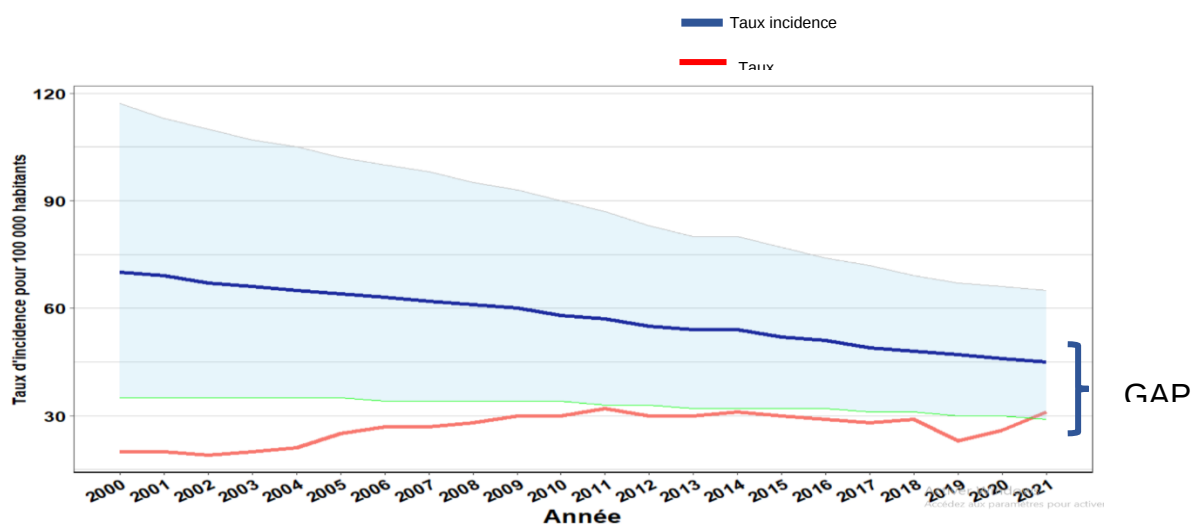


Figure 9: Incidence de la tuberculose au Burkina Faso estimée par l'OMS de 2000-2021
Source : WHO's global TB database _ WHO TB burden estimates

L'incidence de la coinfection TB-VIH a également connu une baisse importante passant de 27 à 2,6 cas pour 100 000 habitants de 2000 à 2021 (figure 10). On pourrait attribuer cela à l'amélioration de la couverture du traitement ARV et à la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH.

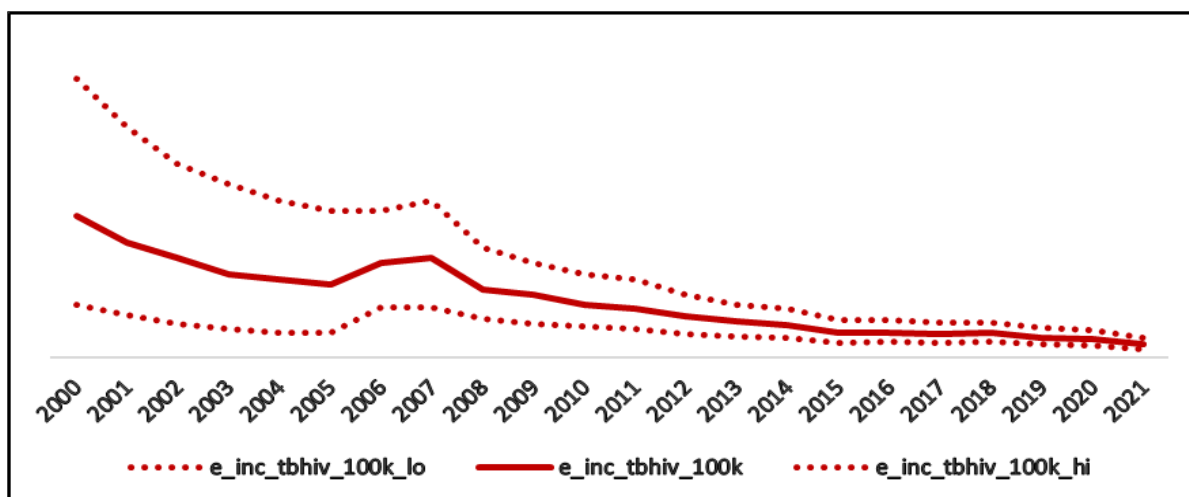


Figure 10 : Incidence de la coïnfection TB/VIH au Burkina Faso, 2000-2021

Source : WHO's global TB database _ WHO TB burden estimates

➤ Répartition des cas estimés par âge et sexe

Les enfants (0-14 ans) étaient relativement moins touchés par la tuberculose ; ils représentaient 7% des cas incidents. Contrairement à la pyramide des âges de la population, celle des cas estimés a un sommet évasé : les âges avancés étaient particulièrement touchés par la tuberculose. Il y a une prédominance masculine très marquée à partir de 15 ans chez les cas estimés en 2021. Le rapport de masculinité était de 2 hommes / 1 femme.

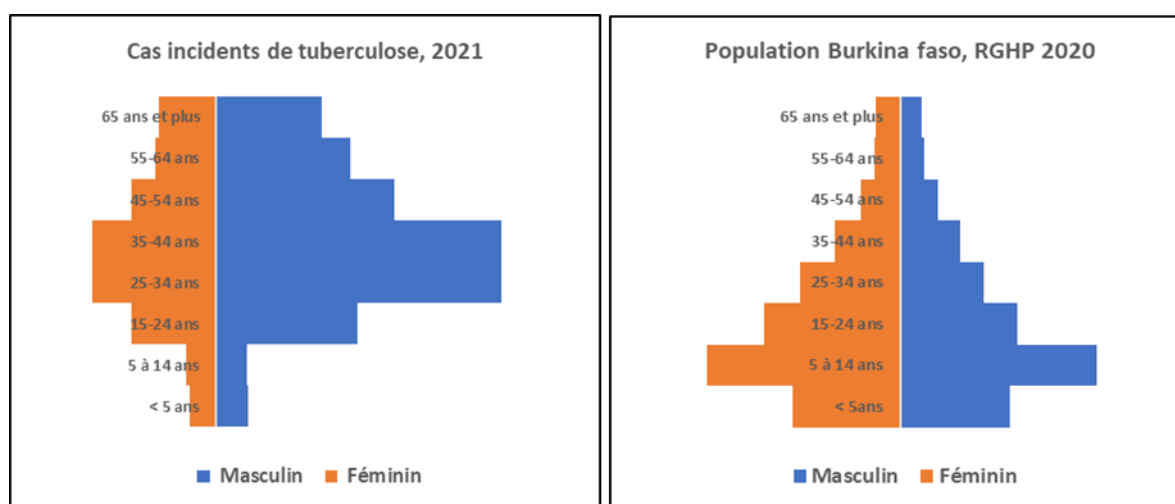


Figure 11 : Répartition par âge et sexe des cas incidents de tuberculose au Burkina Faso en 2021 Source : WHO's global TB database _ WHO TB incidence estimates disaggregated by age group, sex and risk factor

➤ Cas manquants : Gap cas estimés - cas notifiés

Le nombre de cas de tuberculose non notifiés (cas manquants) a diminué au fil du temps. On observe cependant une augmentation du gap en 2019, liée à une chute brutale du nombre de cas notifiés (-18%) du fait de l'arrêt de travail et de la rétention des données disponibles durant la grève des agents de santé.

En 2020, le gap était élevé par rapport à l'année 2018. Cela pourrait être attribué à la pandémie à COVID-19. L'année 2021 a vu une amélioration notable de la notification entraînant une forte réduction du gap. Bien qu'en diminution, il persiste encore de nombreux cas non notifiés.

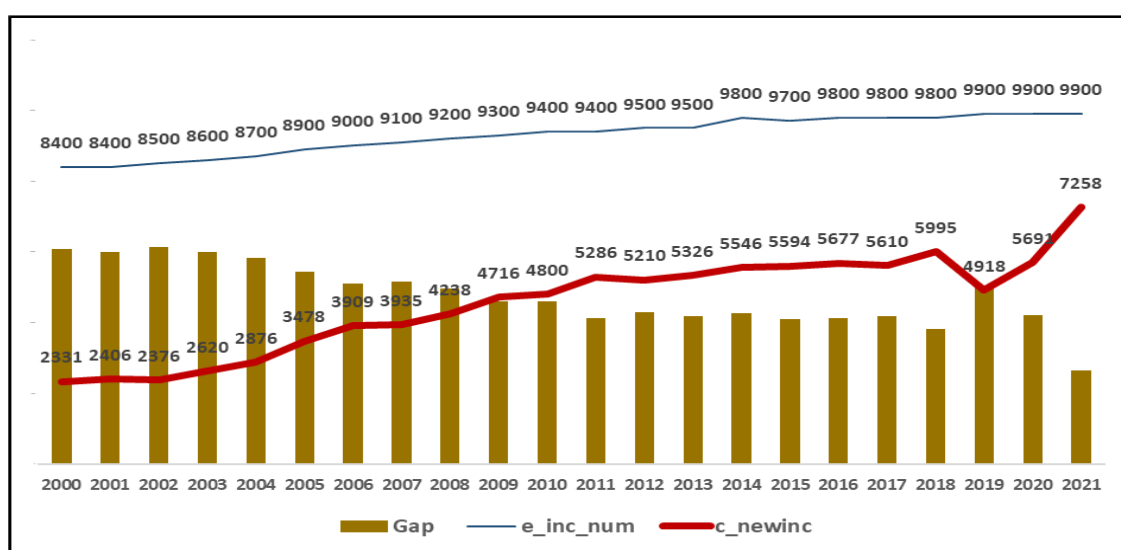


Figure 12 : Gap entre cas estimés et cas notifiés de tuberculose au Burkina Faso entre 2000 et 2021 Source : WHO's global TB database _ WHO TB burden estimates / Endos-BF

5.2. Mortalité liée à la tuberculose

La mortalité estimée, y compris les cas coinfectés TB/VIH, a diminué de 28 à 7 décès pour 100 000 habitants de 2000 à 2021.

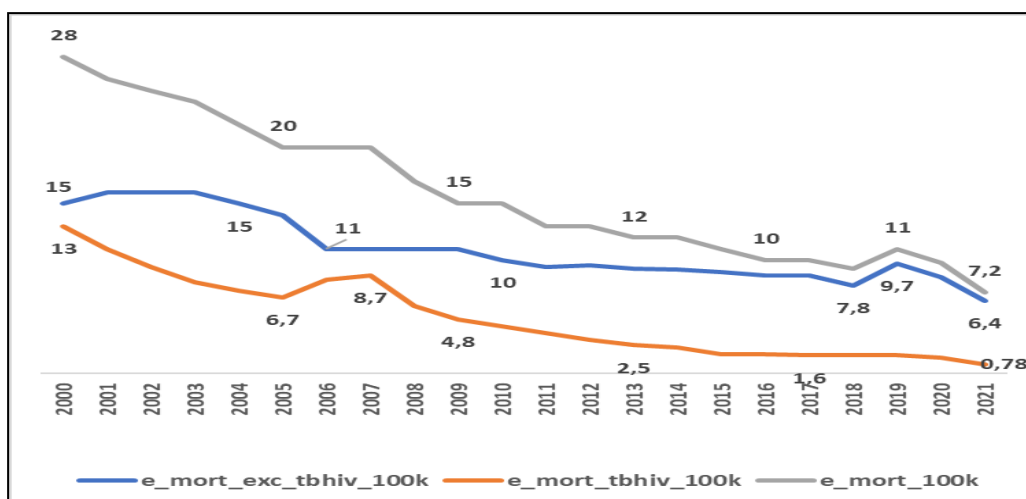


Figure 13 : Mortalité estimée des cas de la tuberculose et les cas co-infectés TB/VIH au Burkina Faso de 2000 à 2021 *Source : WHO's global TB database _ WHO TB burden estimates*

5.3. Niveau d'atteinte des cibles de la Stratégie OMS « Mettre fin à la TB »

L'année 2020 était un jalon de la stratégie de l'OMS « Mettre fin à la tuberculose ».

Tableau III : Niveau d'atteinte des cibles de la stratégie « Mettre fin à la TB »

Indicateurs	Jalon 2020	Résultats
Réduction des décès dus à la tuberculose	35%	21%
Réduction du taux d'incidence de la tuberculose	20%	13%
Pourcentage de familles touchées ne supportant pas des coûts catastrophiques dus à la tuberculose.	0	54%

Il y a eu une amélioration des indicateurs entre 2015 et 2020 . Cependant, les cibles n'ont pas été atteintes.

Une étude sur les coûts catastrophiques, menée au Burkina Faso en 2020 sur 465 patients a montré que :

- ✓ 13% des patients subissaient des coûts directs médicaux (dépenses liées à l'achat de médicaments autres que antituberculeux, examens de laboratoire et de radiologie),
- ✓ 10% des patients subissaient des coûts directs non médicaux (transport, nourriture, hébergement)
- ✓ 77% subissaient des coûts indirects (perte de revenu estimé liée au temps perdu pour la recherche de soins).

Au total, l'enquête a montré que 54,4% des patients subissent des coûts totaux catastrophiques liés à la tuberculose. Le coût total catastrophique est défini selon l'OMS, par le seuil de 20% du revenu annuel.

5.4. Notifications

L'analyse a porté sur les données de 2016 à 2021. Cette période a été émaillée d'une grève de cinq mois en 2019 avec pour corollaire une rétention des données de santé et de la survenue de la pandémie de COVID-19 en 2020 dans un contexte de crise sécuritaire qui sévit depuis 2015.

Pour pallier le gap de 05 mois de données, un redressement de données a été fait.

5.4.1. Tuberculose pharmaco sensible

En 2021, le taux de notification était de 34/100 000 habitants pour l'ensemble du pays.

➤ Répartition géographique

Les taux de notification les plus élevés se retrouvaient dans le Sahel, le Centre, le Sud-Ouest et les Hauts-Bassins ; les plus faibles taux de notification se retrouvaient dans l'Est et la Boucle du Mouhoun.

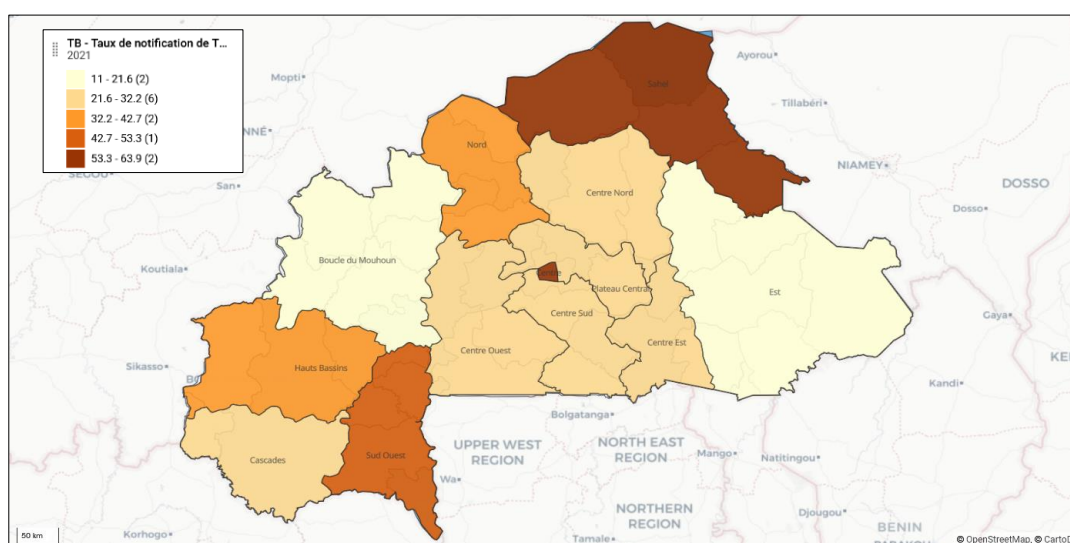


Figure 14 : Répartition de la tuberculose par régions sanitaires en 2021

Source : Endos-BF

La figure 15 montre que quatre régions ont dépassé la moyenne nationale dont trois sont au-delà de l'incidence estimée par l'OMS.

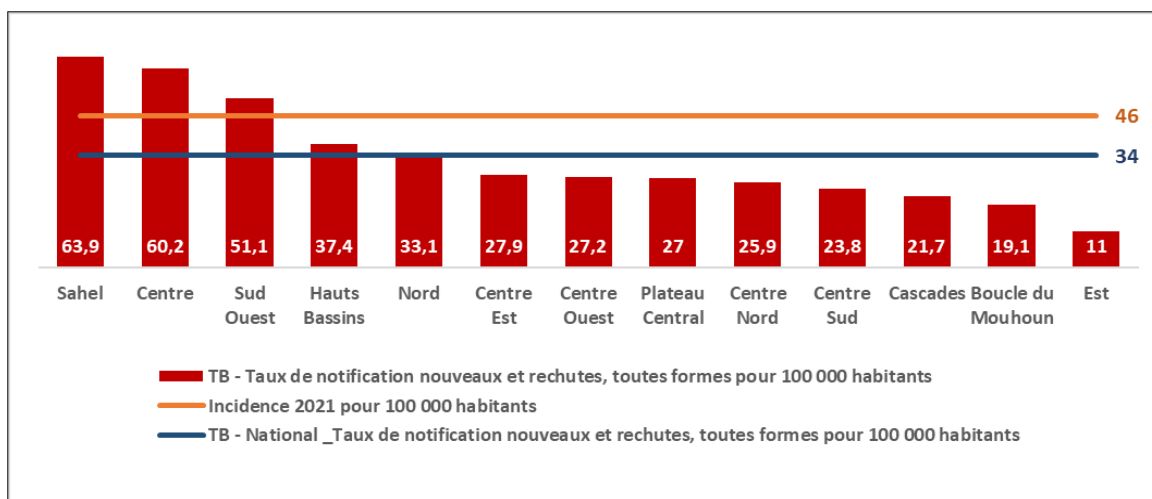


Figure 15 : Taux de notification des nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes par région sanitaire en 2021 Source : Endos-BF

Le Sahel est la région la plus affectée par la tuberculose. Cela pourrait s'expliquer par la prévalence de la malnutrition. Selon la Plate-forme Nationale d'Informations pour la Nutrition (PNiN), dans les régions du Nord et du Sahel, la situation de la malnutrition aiguë reste préoccupante. Depuis 2014, le niveau de prévalence de la malnutrition aiguë demeure au-dessus du seuil critique ($\geq 10\%$) de l'OMS dans la région du Sahel alors qu'il oscille autour de ce seuil au Nord.

Les taux de notification élevés dans les régions du Centre et des Hauts Bassins s'expliquent par la forte concentration des populations dans les deux principales villes.

Le Sud-ouest est non seulement une région frontalière avec la Côte d'Ivoire et également une zone minière. Selon le rapport de sérosurveillance 2020, la prévalence du VIH à Gaoua était parmi les plus élevée (1,37%).

➤ Evolution du taux de notification des cas dans le temps

De 2016 à 2021, les taux de notification de la tuberculose toutes formes et confirmée bactériologiquement ont connu la même évolution.

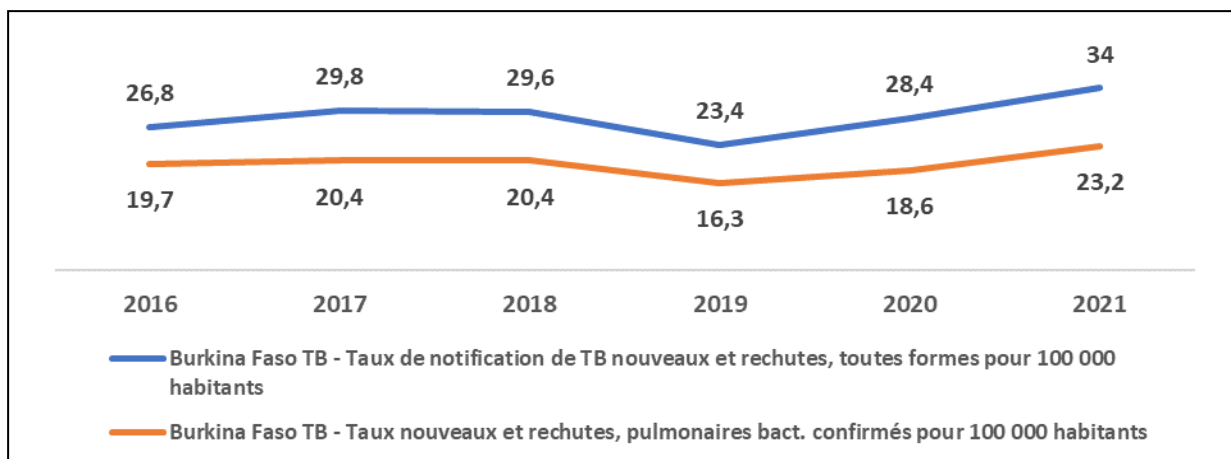


Figure 16 : Notification des nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes et TB pulmonaire confirmée bactériologiquement, au niveau national de 2016 à 2021

Source : Endos-BF

De façon générale, les taux de notification ont augmenté entre 2016 et 2021. Par contre en 2019, il a été observé une baisse de 13% pour les cas de tuberculoses toutes formes et de 20% pour les cas bactériologiquement confirmés.

Après 2019, la notification a progressivement augmenté jusqu'en 2021. En 2020, on se serait attendu à ce qu'elle atteigne le niveau d'avant la grève (2018). Mais en 2020, est survenue la pandémie à COVID-19 pendant laquelle dans de nombreux pays à forte charge de tuberculose, les notifications de cas de tuberculose ont affiché une baisse substantielle en 2020 (OMS).

➤ Répartition selon les formes de tuberculose

- Selon la localisation anatomique

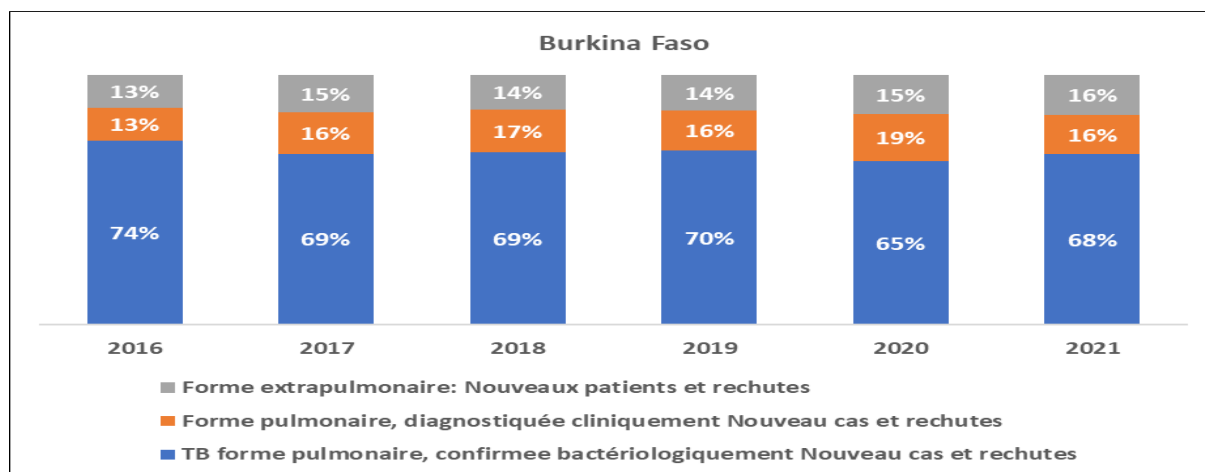


Figure 17 : Répartition des nouveaux cas et rechutes de tuberculose par formes entre 2016 et 2021 Source : Endos-BF

Entre 2016 et 2020, la proportion des formes pulmonaires bactériologiquement confirmées a diminué au profit des formes pulmonaires diagnostiquées cliniquement. Cette diminution a été très marquée en 2020. En 2021, la proportion a augmenté et est passée à 68%, probablement du fait de l'élargissement des cibles du test Xpert pour le diagnostic initial des tuberculoses pulmonaires à tous les cas présumés, sans pour autant atteindre le niveau des années antérieures.

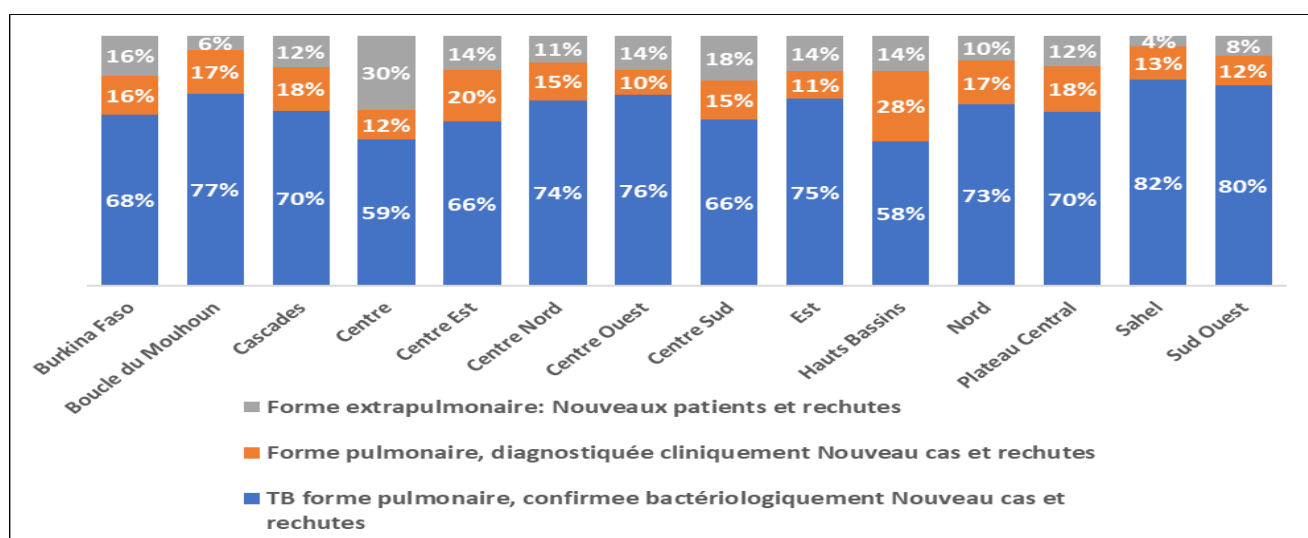


Figure 18 : Répartition des nouveaux cas et rechutes par forme de tuberculose et par région en 2021

Source : Endos-BF

Des disparités régionales dans la répartition des formes de tuberculose ont été observées en 2021. La proportion des formes pulmonaires bactériologiquement confirmées variaient entre 58% et 82%, les formes pulmonaires diagnostiquées cliniquement entre 10% et 28%, et les formes extrapulmonaires entre 4% et 30%.

Dans le Centre et les Hauts Bassins, la proportion de formes pulmonaires bactériologiquement confirmées était relativement faible en faveur des formes extrapulmonaires pour le Centre et des formes pulmonaires diagnostiquées cliniquement pour les Hauts-Bassins. Le Centre abrite des hôpitaux de référence (CNLAT, CHU Yalgago Ouédraogo) qui reçoivent les formes graves et disposent de plateaux techniques leur permettant de diagnostiquer les formes extrapulmonaires.

En revanche, dans les Hauts Bassins, la proportion de formes pulmonaires diagnostiquées cliniquement était élevée à 28% et la proportion des extrapulmonaires à 14%.

Dans le Sahel, en 2021, les formes extrapulmonaires ne représentaient que 4%. La situation sécuritaire qui prévaut dans cette région pourrait avoir eu pour conséquences une pénurie en personnel médical et une dégradation du plateau technique des structures de santé.

- Selon l'antériorité de la maladie

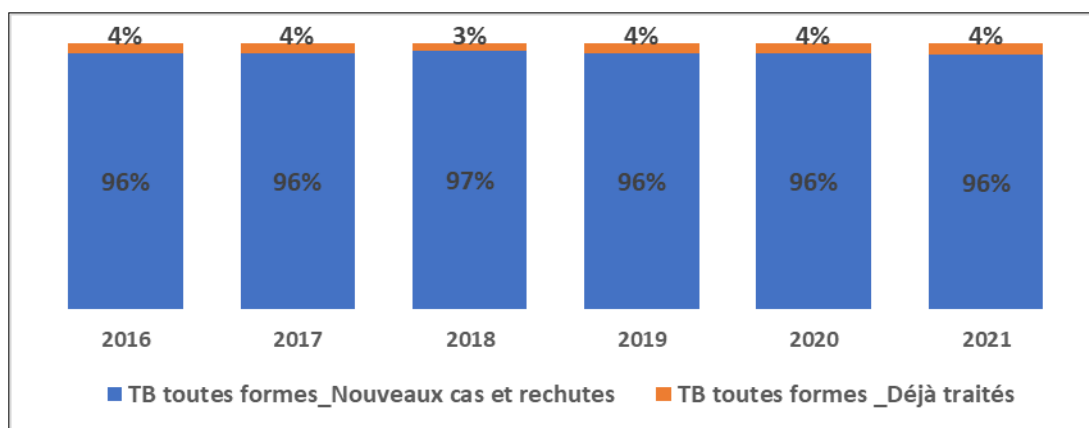


Figure 19 : Répartition des cas de tuberculose selon l'antériorité de la maladie au niveau national de 2016 à 2021

Source : Endos-BF

La figure 20 montre que la proportion des nouveaux cas et rechutes de tuberculoses toutes formes, est restée élevée et stable sur toute la période. Ceci traduit une transmission de la maladie encore très active.

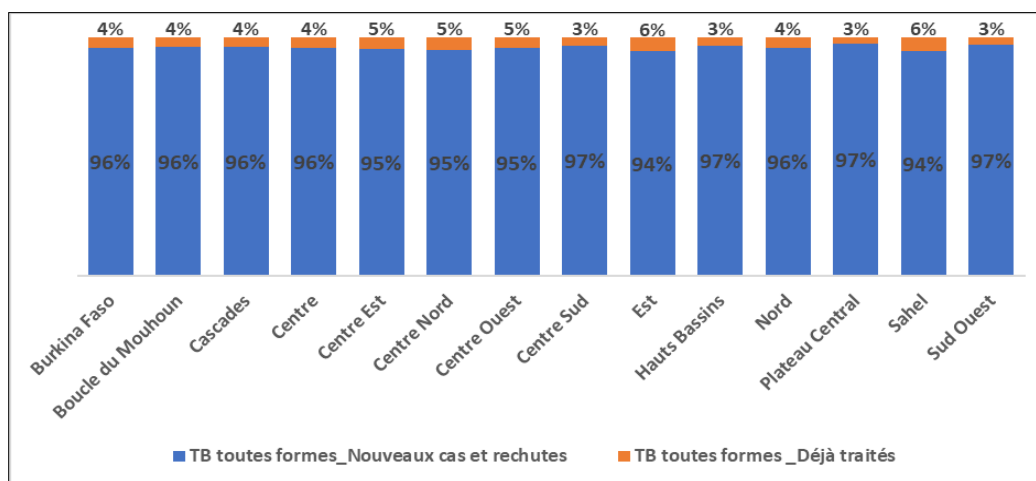


Figure 20: Répartition des cas de tuberculose selon l'antériorité de la maladie au niveau régional en 2021

Source : Endos-BF

La proportion des nouveaux cas et rechutes de tuberculoses toutes formes variait entre 94% et 97% dans les régions sanitaires. La transmission est active dans toutes les régions du pays.

➤ Répartition des cas par âge et sexe

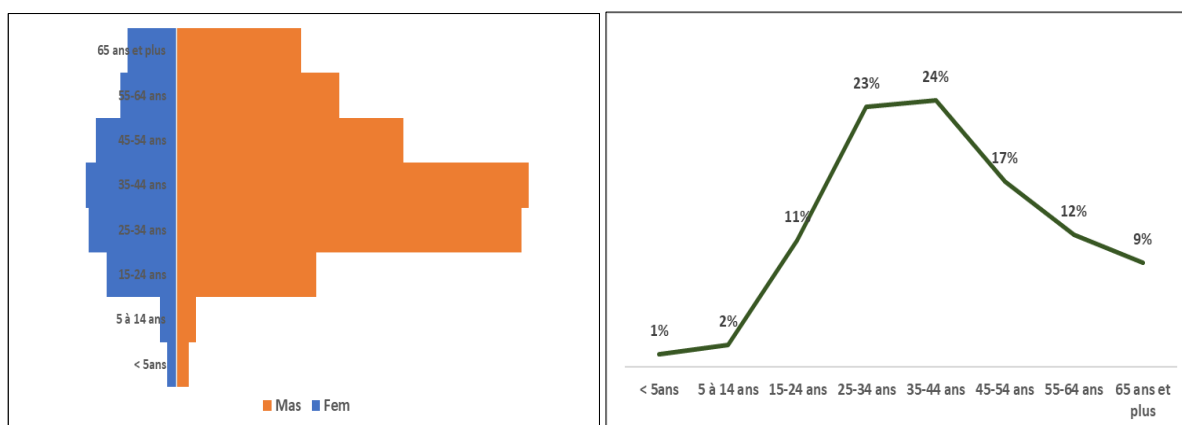


Figure 21: Répartition par âge et sexe des cas de tuberculose notifiés en 2021

Source : Endos-BF

En 2021, selon la figure 21, la répartition des cas notifiés était superposable à celle des cas estimés. On note une forte prédominance masculine surtout à partir de 15 ans. Le sex ratio était égal à 3 hommes/1 femme, contre 2 hommes/1 femme chez les cas incidents ; indiquant une sous-notification plus marquée chez les femmes. Les notifications étaient très faibles chez les enfants (3%). Les tranches d'âge des 25-54 ans et de plus de 55 ans représentaient respectivement 64% et 21% des cas.

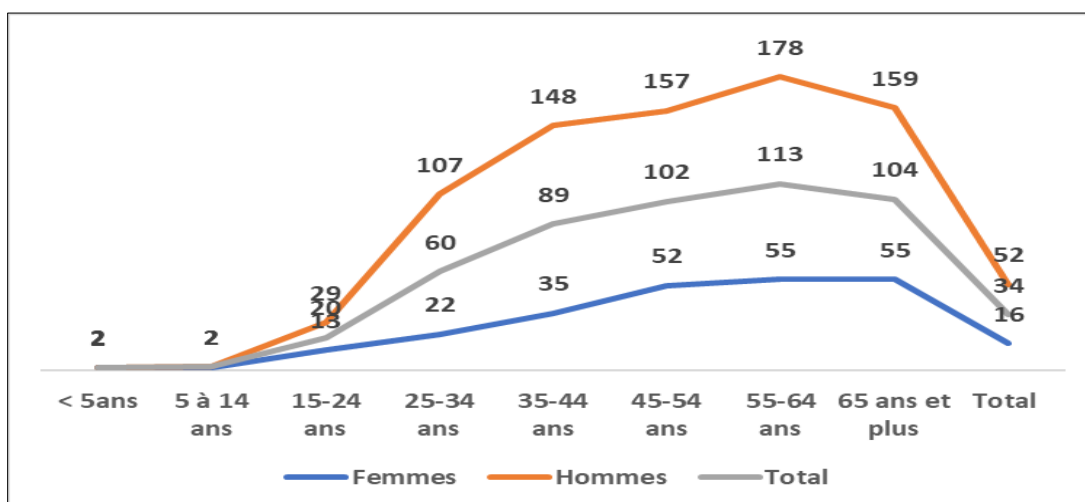


Figure 22 : Taux de notification des cas de tuberculose par âge et sexe en 2021

Source : Endos-BF

La figure 22 montre les mêmes constats avec une prédominance masculine très marquée et des taux de notification élevés à partir de 25 ans. Les taux augmentent progressivement pour atteindre un pic chez les personnes âgées de 55 ans et plus. Les personnes âgées (65 ans et plus) constituent une cible prioritaire pour le programme. A partir de 2018, ce groupe a été pris en compte parmi les populations à haut risque de tuberculose avec indication du test Xpert en première intention pour le diagnostic et subvention des frais de radiographie pulmonaire. Cette stratégie semble avoir été efficace et est à renforcer. En effet, de 2018 à 2021, le taux de notification est passé de 146 à 178 cas /100 000 habitants chez les 55-64 ans et de 146 à 159 cas/100 000 habitants chez les 65 ans et plus.

- Tuberculose chez l'enfant

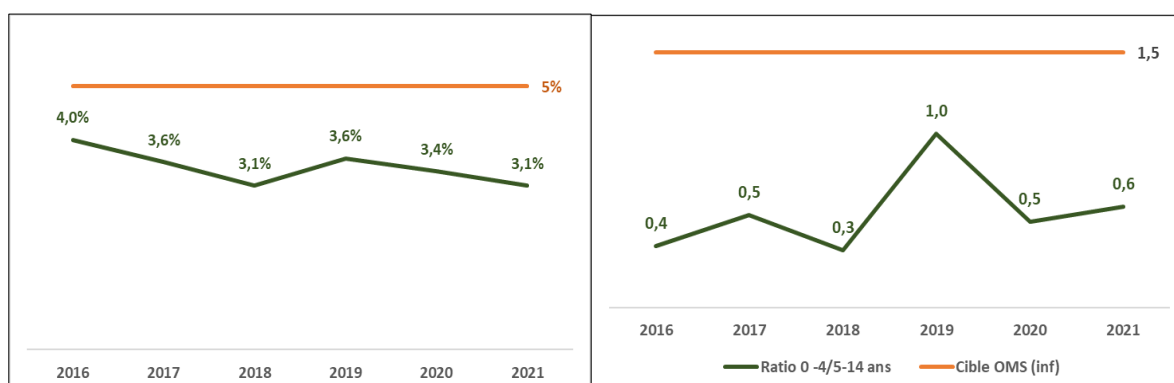


Figure 23 : Proportion d'enfants et ratio 0-4ans/5-14 ans chez les nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes de 2016 à 2021

Source : Endos-BF

La figure 23 montre que la proportion des cas de tuberculose chez les enfants parmi l'ensemble des cas notifiés par le programme est passée de 3,1% en 2016 à 4% en 2021. La norme (moyenne mondiale) de l'OMS (5-15% pour les pays à revenu faible ou intermédiaire) n'a pas été atteinte.

Les enfants de 0 à 4 ans présentent un risque plus élevé de développer une tuberculose que ceux de 5 à 14 ans. L'OMS estime entre 1,5 à 3 le ratio des 0-4 ans/5-14 ans pour un système de surveillance optimal. Dans le cas du Burkina Faso, ce ratio est passé de 0,3 à 1 au cours de la période. Pour cet indicateur, la norme de l'OMS n'a pas non plus été atteinte.

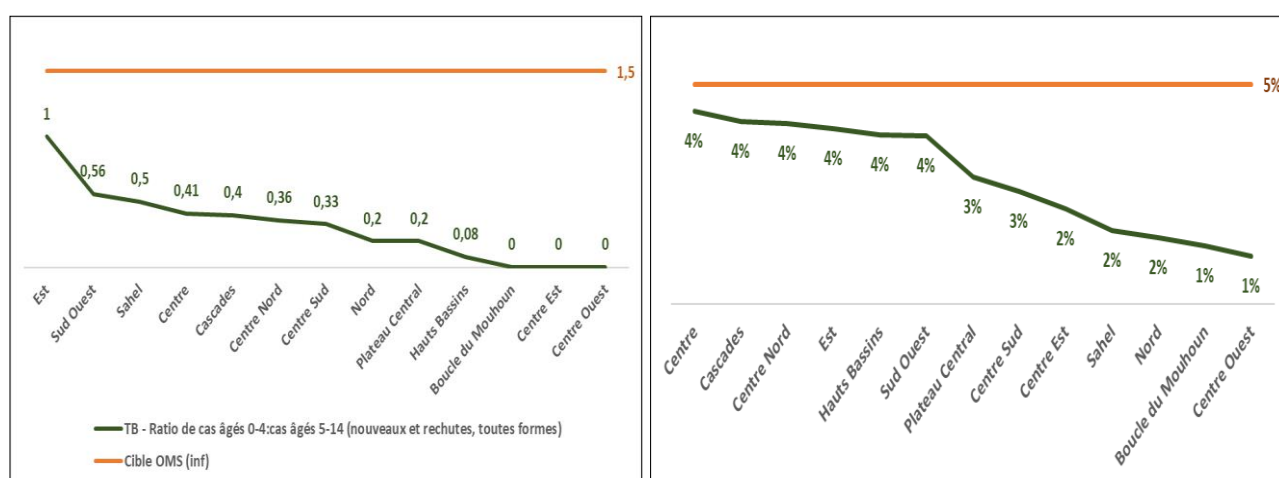


Figure 24 : Proportion d'enfants et ratio 0-4 ans/5-14 ans chez les nouveaux cas et rechutes de TB toutes formes en 2021 Source: Endos-BF

La figure 24 montre le détail des deux indicateurs par région sanitaire. Elle montre qu'aucune région n'a atteint les seuils inférieurs des normes OMS. La sous-notification de la tuberculose chez l'enfant est persistante dans toutes les régions du pays, surtout dans la tranche d'âge 0-4 ans.

➤ Comparaison cas présumés / cas positifs

La proportion des cas confirmés parmi les cas présumés était égale à 14% en 2019, 13% en 2020 et 14% en 2021. Ceci témoigne d'une bonne sélection des patients, cette proportion devant être comprise entre 10% et 20%.

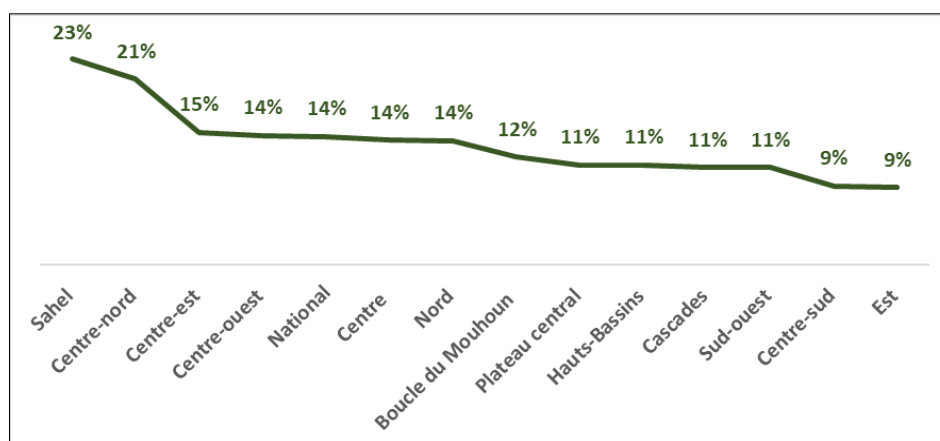


Figure 25 : Proportion des cas confirmés parmi les cas présumés de tuberculose en 2021
Source: Endos-BF /Rapport activités PNT 2021

La figure 25 montre la proportion des cas de TB confirmés au laboratoire par région sanitaire en 2021. Cette proportion varie entre 23% et 9%. Elle était supérieure à 20% dans les régions du Sahel et du Centre-nord, ce qui témoigne d'un diagnostic tardif des patients. Ces régions sont touchées par la situation sécuritaire avec des formations sanitaires fermées.

5.4.2. Coinfection Tuberculose / VIH

➤ Testing VIH et coinfection TB/VIH

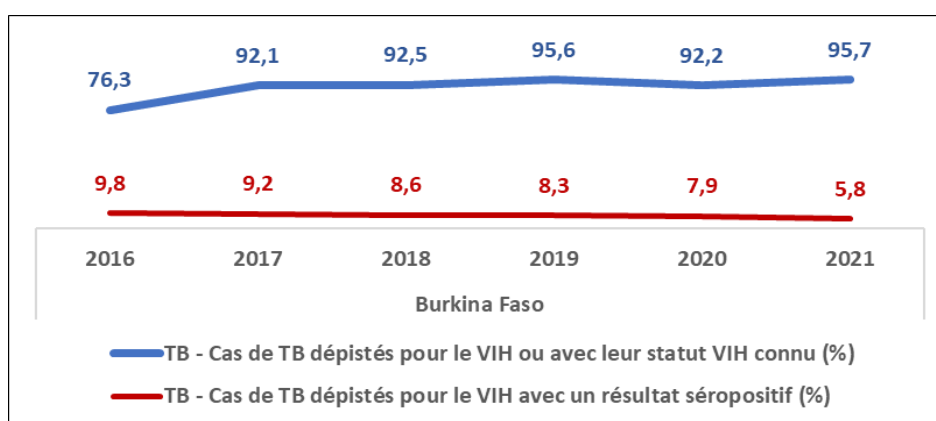


Figure 26 : Proportion des cas de tuberculose testés pour le VIH et proportion des cas coinfectés de 2016 à 2021

Source: Endos-BF

Entre 2016 et 2021, le taux de dépistage pour le VIH s'est amélioré au fil des années, avec une diminution en 2020.

La prévalence de la co-infection a diminué entre 2016 et 2021 avec une baisse importante entre 2020 et 2021. Cela peut s'expliquer par la diminution de la prévalence du VIH dans le pays, mais également par l'amélioration de la couverture en traitement ARV qui est passé de 69% en 2016 à 100% en 2020.

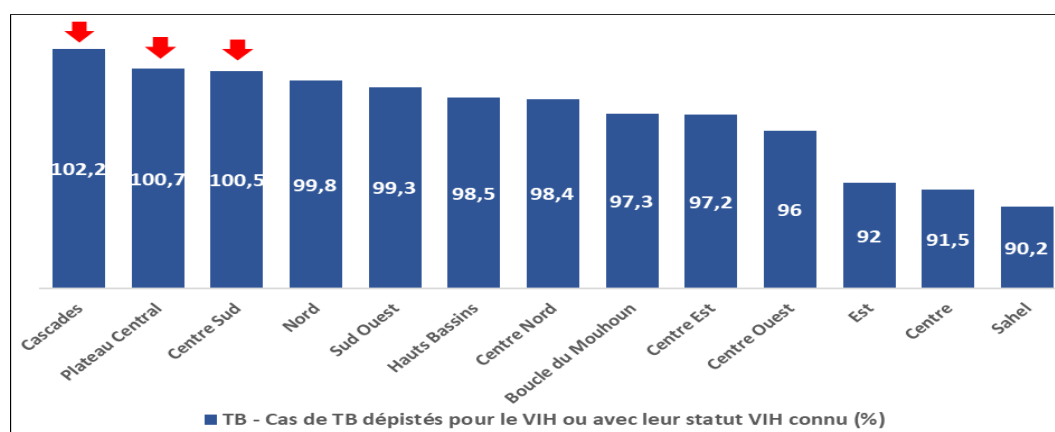


Figure 27 : Tests VIH par région sanitaire en 2021

Source: Endos-BF

En 2021, la proportion de patients dont le statut VIH était connu variait entre 100% et 90%. Toutes les régions ont eu une bonne performance. Le Sahel avait la performance la plus basse. On note des incohérences au niveau des Cascades, du plateau Central et du Centre-sud (supérieure à 100%).

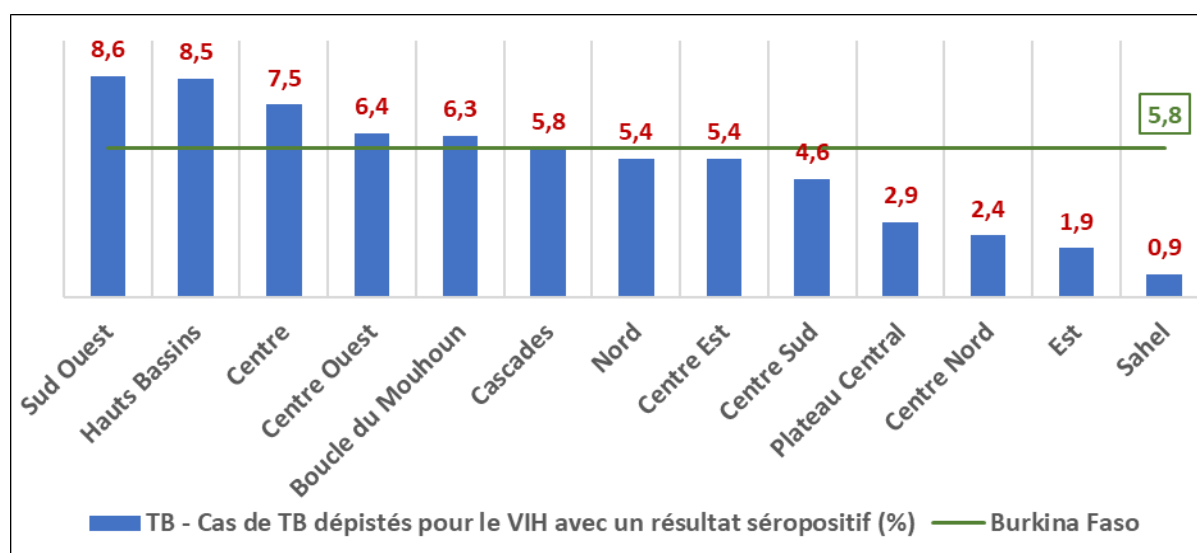


Figure 28 : Prévalence de la co-infection TB/VIH par régions en 2021

Source: Endos-BF

La prévalence de la co-infection variait entre 8,6% et 0,9%. Elle était particulièrement élevée dans le Sud-Ouest, les Hauts Bassins et le Centre.

La région du Sud-Ouest a présenté un taux de coinfection particulièrement élevé. En plus d'être une zone frontalière avec la Côte d'Ivoire et le Ghana, donc à forte migration humaine, cette région est également une zone intense d'orpaillage. Du fait de la forte circulation des personnes et des biens, les frontières et les mines sont des zones à risque élevé de transmission du VIH/SIDA.

Les régions des Hauts Bassins et du Centre abritent les deux capitales qui sont les plus grandes villes du pays donc potentiellement à forte prévalence du VIH.

L'enquête de sérosurveillance du VIH en 2020 a montré une prévalence pour l'ensemble des régions égale à 0,8%. Elles étaient élevées à 1,48%, 1,37%, 1,36% et, 1,14% respectivement à Ouagadougou, Gaoua, Manga et Bobo-Dioulasso. (*Rapport de la sérosurveillance 2020, PSSLS-IST*)

➤ Mise sous ARV et Cotrimoxazole

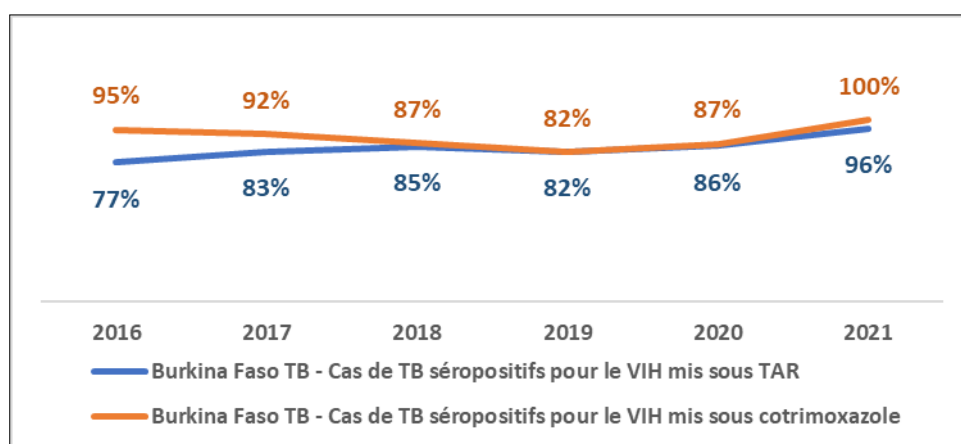


Figure 29 : Prise en charge de la coinfection TB/VIH de 2016 à 2021 Source: Endos-BF

La mise sous Cotrimoxazole (CTX) et ARV des patients coinfectés TB/VIH s'est globalement améliorée de 2016 à 2021. On note cependant une diminution en 2019.

En 2020, la mise sous CTX et ARV était extrêmement faible dans le Sahel (7%) qui est une région très affectée par l'insécurité. Ces chiffres pourraient s'expliquer par un problème de qualité des données (rétention de données du fait de la grève, omission lors de la saisie dans Endos-BF) ou une désorganisation du système de santé (personnel, médicaments).

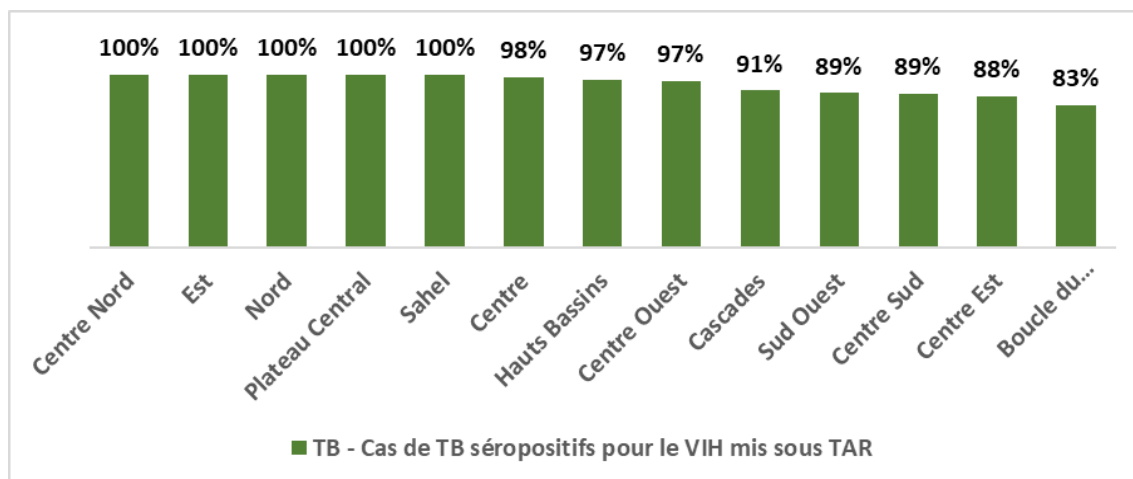


Figure 30 : Mise sous traitement ARV des patients coinfectés TB/VIH dans les régions en 2021

Source: Endos-BF

En 2021, cinq régions avaient une couverture en ARV inférieure à 95%.

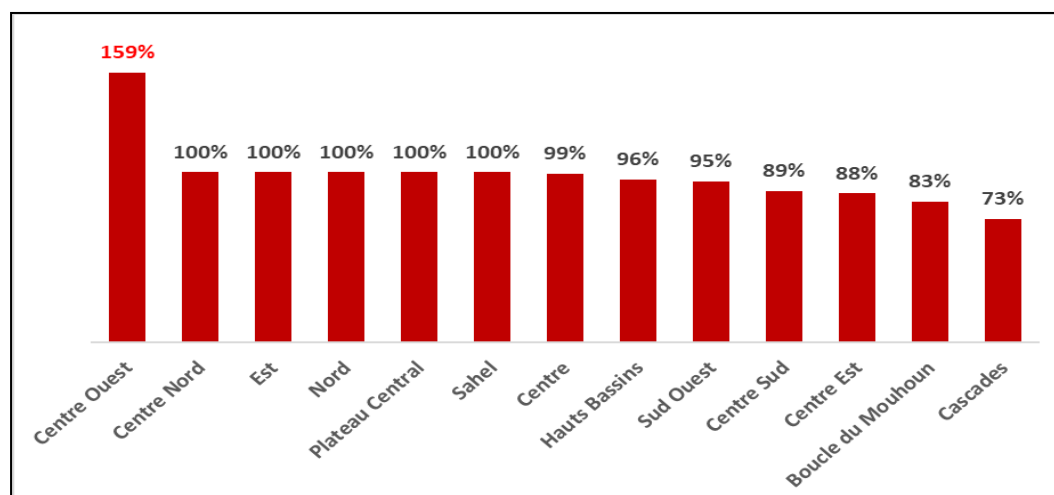


Figure 31 : Mise sous traitement au cotrimoxazole des patients coinfectés TB/VIH par régions en 2021

Source: Endos-BF

En 2021, on note des incohérences des données du Centre-Ouest où la proportion de patients coinfectée mis sous cotrimoxazole était égale à 159%. Il s'agit certainement d'une erreur de comptage, de transcription ou de saisie. Les Cascades et la Boucle du Mouhoun avaient une performance relativement faible par rapport aux autres régions du pays.

5.4. Tuberculose pharmaco-résistante

Une enquête nationale de surveillance de la résistance de M.tuberculosis réalisée en 2017 a montré un taux de prévalence de la TBRR/MR de 2,1% chez les nouveaux cas

de tuberculose pulmonaire et 14% chez les cas déjà traités. Une nouvelle enquête est en cours de préparation et est prévue pour 2023.

➤ Diagnostic de la TB-MR/RR

La notification de la tuberculose pharmacorésistante a connu une augmentation progressive jusqu'en 2018. Cette notification a été impactée négativement par la grève des agents de santé en 2019 et la pandémie à COVID-19 en 2020. En 2021, on constate une nette amélioration, probablement du fait de l'utilisation du test Xpert MTB/RIF pour le diagnostic initial à tout cas présumé à partir de 2020.

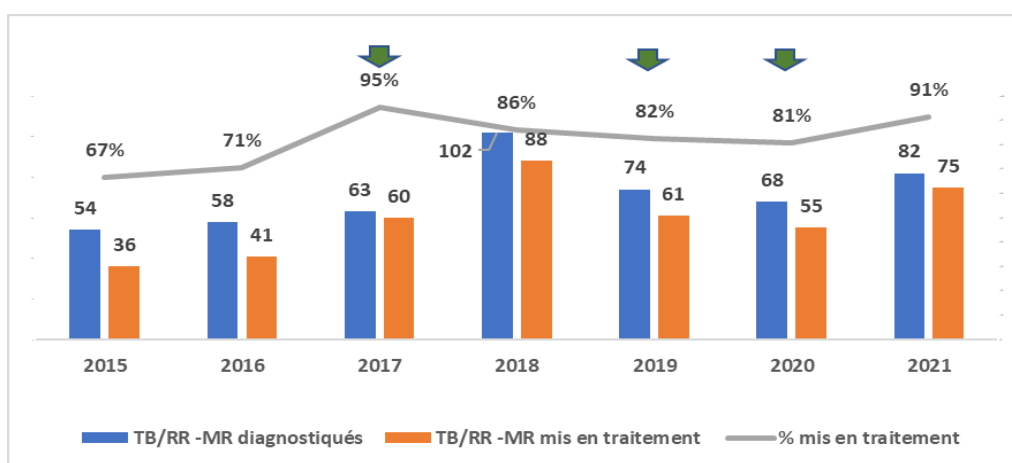


Figure 32 : Diagnostic et initiation du traitement de la tuberculose résistante à la rifampicine et /ou multirésistante

Source : Rapports activité PNT

➤ Initiation du traitement

La mise sous traitement a connu un pic en 2017, année de l'enquête nationale de surveillance de la résistance de M.tuberculosis. En 2021, elle est nettement améliorée par rapport aux années précédentes. Cependant, il persiste toujours un gap entre cas notifiés et cas mis sous traitement. Les causes sont les longs délais de mise sous traitement pour contraintes diverses d'où les décès avant traitement.

En 2018, l'initiation du traitement se faisait seulement dans les services de pneumologie des CHU-YO et CHU-SS. Le PNT a démarré progressivement la décentralisation de l'initiation du traitement de la tuberculose résistante dans les CHR et hôpitaux de district, en vue de désengorger les services de pneumologie et rapprocher l'offre de prise en charge aux patients. C'est dans ce cadre que quatre (4) nouvelles structures ont été ajoutées en 2019. En 2021, la prise en charge des cas de

tuberculose pharmacorésistante était assurée dans treize (13) des vingt (20) structures.

5.5. Résultats de traitement

5.5.1. Tuberculose pharmacosensible

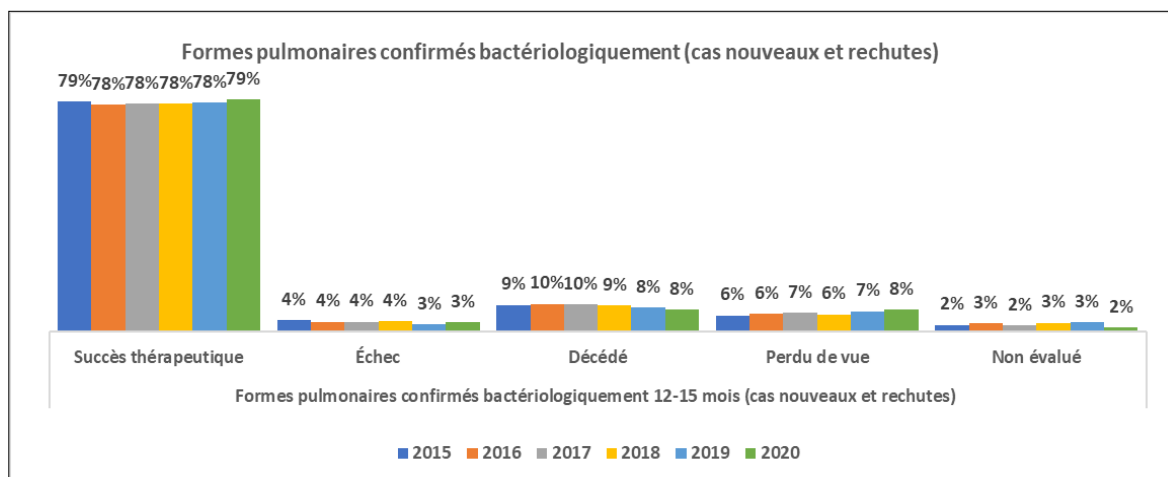
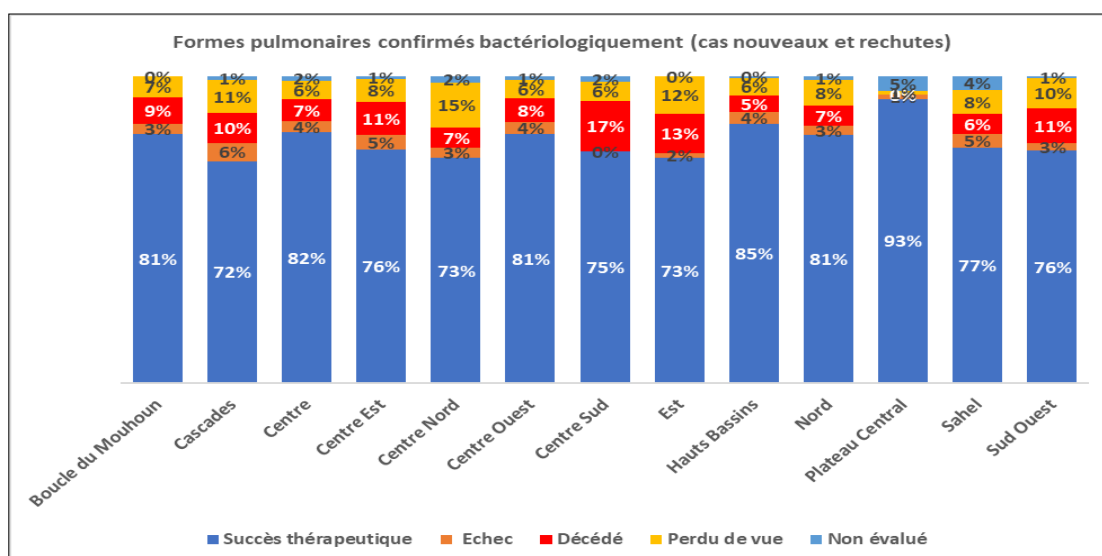


Figure 33 : Résultats de traitement des cas tuberculose confirmée bactériologiquement au niveau national de 2015 à 2020

Source: Endos-BF

Les résultats de traitement des cas confirmés bactériologiquement sont restés globalement stables entre 2015 et 2020. Le taux de succès thérapeutique a évolué entre 78% et 79%.

Les résultats de traitement ont été négativement impactés par les décès et les perdus de vue. Le taux de décès, même s'il présente une tendance à la diminution reste toujours élevé.



Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

Figure 34 : Résultats de traitement des cas de tuberculose pulmonaires confirmées bactériologiquement mis sous traitement en 2020

Source: Endos-BF

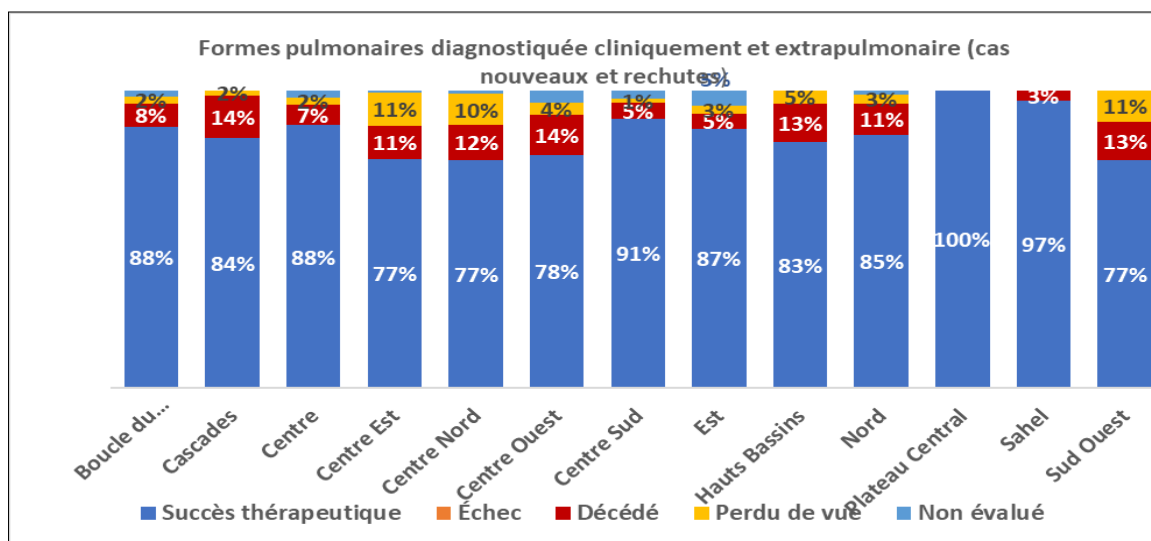
En 2020, les taux de décès étaient élevés dans toutes les régions sauf dans les Hauts Bassins et le Plateau Central. Les chiffres plus élevés ont été retrouvés dans le Centre-Sud, l'Est, le Sud-Ouest, le Centre-Est, et les Cascades.

Les taux de perdus de vue étaient également élevés, et particulièrement dans le Centre-Nord, l'Est, les Cascades et le Sud-Ouest. Des patients non évalués (5%) ont été retrouvés dans le Plateau Central et le Sahel.

Le taux de décès était nul dans le Plateau Central avec un succès thérapeutique égal à 93%. Le même constat avait été fait lors de la revue précédente (2018).

Les cas diagnostiqués cliniquement et extrapulmonaires ont présenté un meilleur succès thérapeutique que les formes confirmées bactériologiquement. Les taux de perdus de vue étaient plus faibles.

Figure 35 : Résultats de traitement des cas de tuberculose pulmonaire diagnostiquée



cliniquement et extrapulmonaire mis sous traitement en 2020 par région sanitaire

Source: Endos-BF

Au niveau infranational, les taux de succès thérapeutiques variaient entre 100% et 77% et les taux de décès entre 5% et 14%. Le Plateau Central, à l'image des cas bactériologiquement confirmés présentait un taux de succès thérapeutique à 100%.

Cas coinfectés tuberculose / VIH

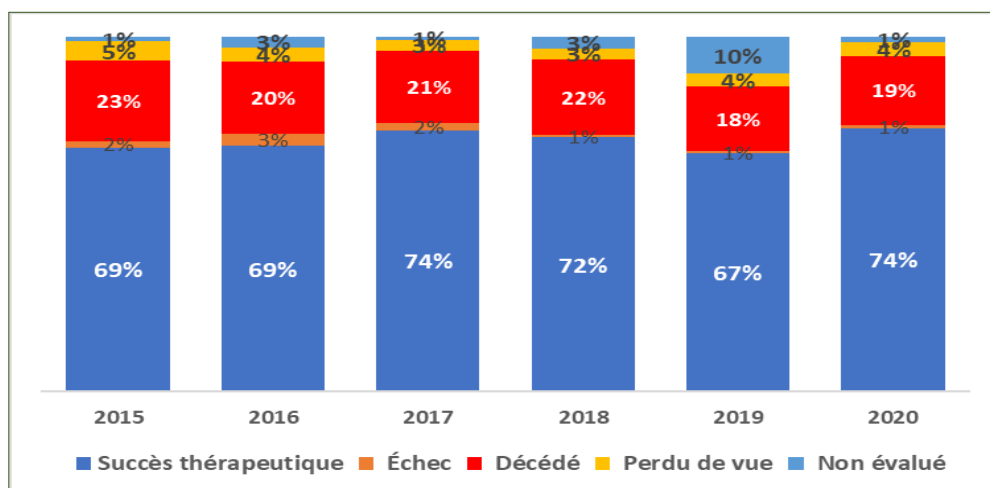


Figure 36 : Résultats de traitement des patients coinfectés TBVIH mis sous traitement entre 2015 et 2020

Source: Endos-BF

Le succès thérapeutique des cas de coinfection tuberculose-VIH a connu entre 2015 et 2017 une amélioration qui a été suivie d'une baisse en 2018 et 2019, puis d'une amélioration en 2020. La chute constatée en 2019 est due à une augmentation des patients non évalués. Il pourrait s'agir d'un défaut de communication entre les structures ou d'un défaut de qualité des données.

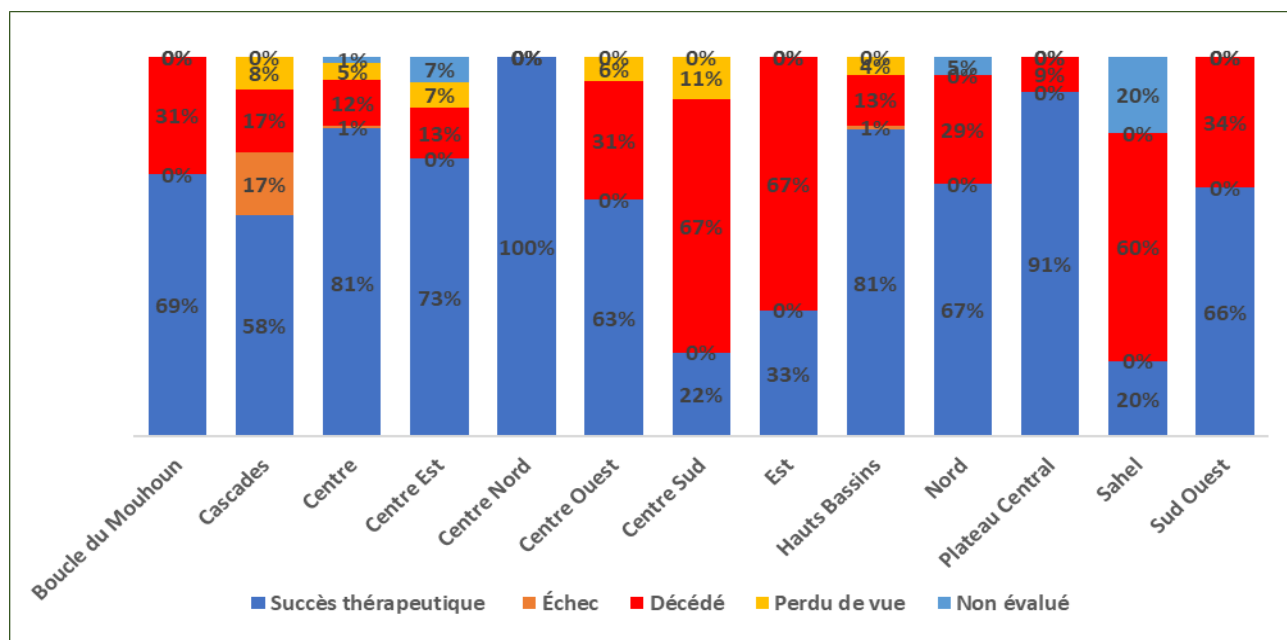


Figure 37 : Résultats de traitement des cas coinfectés TB/VIH mis sous traitement en 2020 par région

Source: Endos-BF

Les taux de décès restent élevés dans toutes les régions, sauf le Centre-nord.

Tuberculose pharmacorésistante

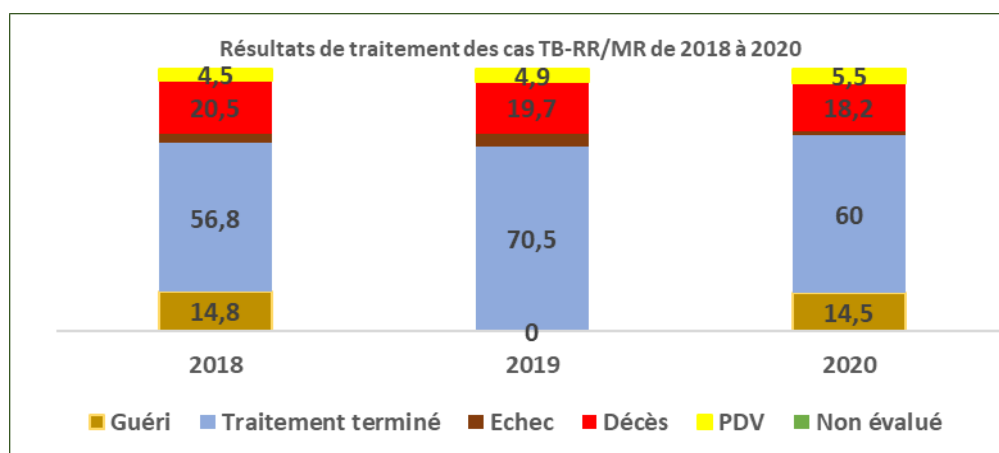


Figure 38: Résultats de traitement des cas tuberculose résistante à la rifampicine / multirésistante de 2018 à 2020

Source : Rapport activité PNT 2021

A l'image des cas TB/VIH, les résultats de traitement des cas de TB-RR/MR sont caractérisés par des taux de décès très élevés. Il s'agit de décès survenus pendant le traitement, mais également avant la mise sous traitement.

VI. FACTEURS PROGRAMMATIQUES

6.1. Décentralisation de la lutte contre la tuberculose

Au Burkina Faso, la tuberculose est intégrée à tous les niveaux du système de santé. En 2021, le pays comptait 104 CDT répartis dans l'ensemble du pays soit 1 CDT pour 213 312 habitants. Parmi ces centres, on comptait 02 centres de référence, le CNLAT de Ouagadougou, le CRLAT de Bobo-Dioulasso, et 20 sites de prise en charge TBMR. Ces CDT sont intégrés au système de soins. Tous les CSPS du pays sont impliqués dans la recherche des cas présumés, la référence, la collecte des crachats et le suivi des patients atteints de tuberculose. Chaque CSPS est rattaché à un CDT. Les cas présumés sont référés ou les crachats collectés sont acheminés au CDT. En cas de diagnostic de tuberculose, les cas sont enregistrés dans le registre de traitement du CDT et peuvent être transférés dans le CSPS de leur choix pour le suivi du traitement. Le secteur privé lucratif reste encore non exploré. Les structures privées lucratives jouent un rôle dans l'identification des cas présumés, le diagnostic de la tuberculose pour certains et la référence des cas diagnostiqués. Pour éviter d'éventuelles pertes de patients pendant leur référence, il serait profitable d'offrir un paquet complet

diagnostic-soins en étendant le réseau de CDT aux structures privées lucratives ; en commençant par celles qui font partie du réseau de microscopie.

Le secteur traditionnel et alternatif reste insuffisamment exploité dans la sensibilisation et l'identification des cas présumés.

6.2. Réseau de laboratoires

➤ Réseau de microscopie

Le réseau de laboratoires est représenté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En 2021, selon le rapport d'activité du PNT, le réseau de microscopie comptait 104 laboratoires de microscopie, y compris les laboratoires privés et le LNR-M, soit une couverture de 1 laboratoire pour 206 736 habitants. Cette couverture est insuffisante, l'OMS recommandant une couverture de 1 laboratoire pour 50.000 à 100.000 habitants.

➤ Réseau des GeneXpert

Les figures 39 et 40 montrent l'évolution de la couverture du pays en GeneXpert. Le premier appareil GeneXpert a été acquis en 2013 et installé au LNR-M. La décentralisation a été progressive.

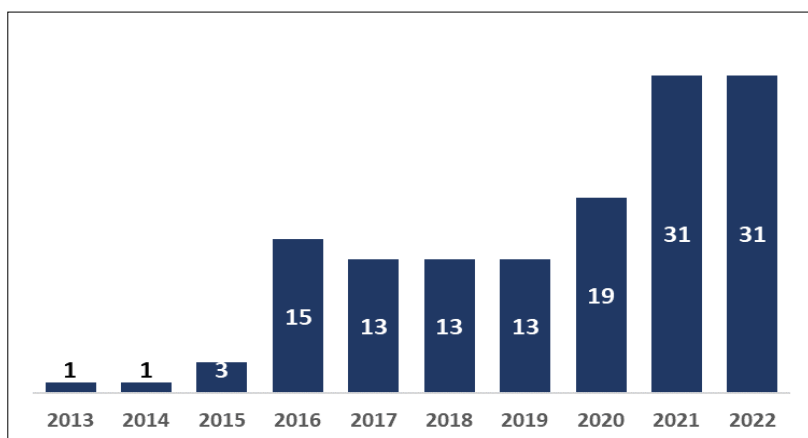


Figure 39 : Evolution de la couverture du pays en GeneXpert de 2013 à 2022

Source : Cartographie des 31 appareils GeneXpert MTB/RIF, Avril 2022, PNT Burkina Faso

En fin 2022, le pays comptait 31 machines GeneXpert installées dans 29 structures réparties dans l'ensemble des régions du pays. Toutes les régions disposent actuellement d'au moins une plate-forme GeneXpert.

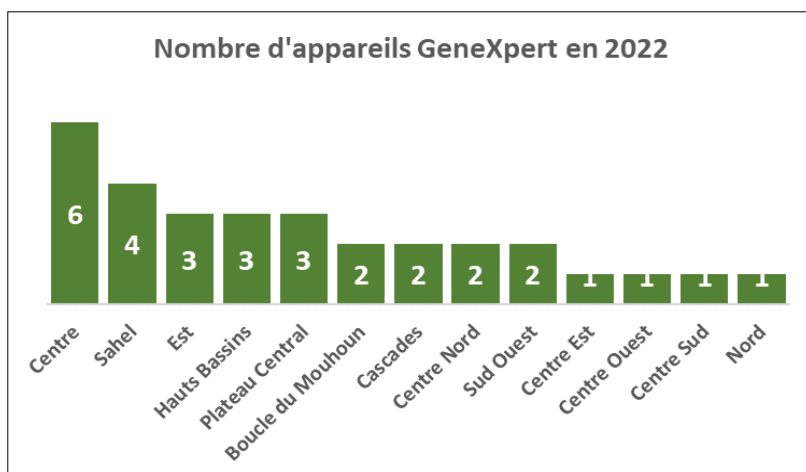


Figure 40 : Réseau GeneXpert par région en 2022

Source : Cartographie des 31 appareils GeneXpert MTB/RIF, Avril 2022, PNT Burkina Faso

La figure 41 montre l'évolution des tests Xpert.

La couverture en tests a augmenté au fil des années, à la suite de l'augmentation du nombre des machines GeneXpert et l'élargissement du nombre de critères d'éligibilité. Le test était utilisé essentiellement pour le profil de résistance et était réservé aux cas de retraitements. Il a été étendu aux nouveaux cas à partir de 2015. Les cibles étaient les sujets à risque, entre autres enfants, les personnes âgées, les PVVIH, les prisonniers. Depuis le 4^{ème} trimestre 2019, le test est réalisé en première intention chez tout cas présumé de tuberculose dans les laboratoires disposant de GeneXpert. Lorsque le laboratoire ne dispose pas d'appareil GeneXpert, le test est réalisé pour les cas de tuberculose à microscopie positive et chez les sujets à haut risque de TB. Cela s'est traduit par une forte augmentation des tests réalisés à partir de 2020. La baisse du nombre de test réalisés en 2022 s'explique d'une part par la faible complétude des données (environ 85 %) et d'autre part la rupture en cartouche de GeneXpert. Le renforcement du système de convoyage d'échantillons et la finalisation de l'installation des 18 nouveaux GeneXpert ainsi que l'acquisition d'autres nouveaux appareils permettront d'augmenter la couverture en tests Xpert de 2023 à 2026.

Dans le cadre de la mise en place du Système Intégré de Transport d'Echantillons Biologiques (SITEB), le Ministère de la santé a signé une convention avec La Poste Burkina Faso, afin de relier tous les districts sanitaires à leurs laboratoires de référence, y compris ceux de la tuberculose.

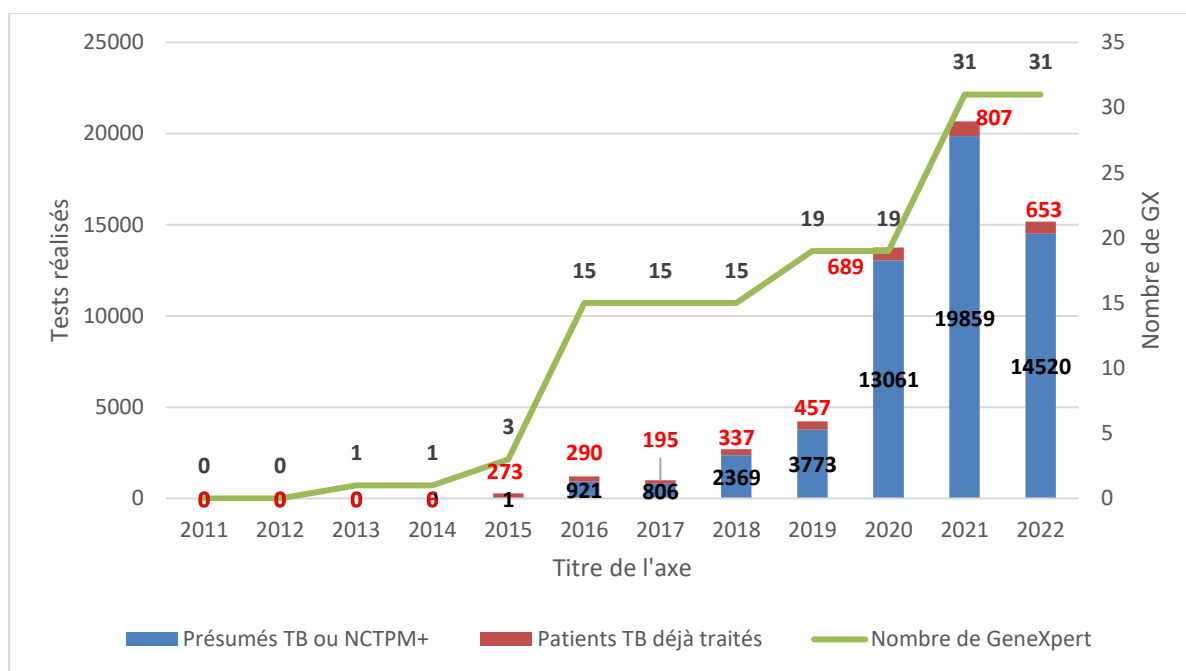


Figure 41 : Evolution des tests Xpert au Burkina Faso de 2011 à 2020

Source : Rapports activités PNT / Rapport revue épidémiologique de la tuberculose 2020

6.3. Initiatives innovantes de recherche active des cas de TB

Le projet de recherche active des cas de tuberculose (REATB) mis en œuvre à partir de 2020 concernait les enfants pour le dépistage actif, le diagnostic de la tuberculose et la mise sous traitement préventif de la tuberculose. Il a débuté dans 03 régions : le Centre, le Sud-Ouest et les Hauts Bassins. Il a ensuite été étendu au Centre-Ouest, au Centre-Sud, au Nord et au Plateau central. Au total en 2022, 10 régions sanitaires sur 13 ont mis en œuvre le paquet d'interventions REATB.

En 2020, la proportion des enfants parmi les cas de tuberculose a augmenté par rapport à l'année 2018 (figure 23). Cette amélioration est attribuable au projet REATB qui a concerné plus de la moitié des régions du pays. Cependant, on constate une baisse des chiffres en 2021 (figure 23). En vue du passage à l'échelle nationale, il est nécessaire de faire une évaluation du projet afin de lever les difficultés qui se sont posées en cours de sa mise en œuvre.

Le projet de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) REC-TB est la digitalisation de l'algorithme de dépistage de la tuberculose chez les enfants de 0 à 5 ans. Il a été mis en œuvre dans le district sanitaire de Gourcy depuis janvier 2020. Au 31 décembre 2020, parmi les 37 694 enfants pris en charge selon la PCIME, 1634 cas présumés avaient été identifiés et 03 enfants diagnostiqués TB. Le projet a été

confronté à des retards liés à la pandémie à COVID-19, à un incendie au District de Gourcy, et à l'inaccessibilité de certaines structures du fait des intempéries.

6.4. Interventions communautaires

En 2021, le pays comptait 17 648 ASBC. Des modules de formation intégrant la tuberculose sont élaborés à l'intention de ces ASBC. De même, des boîtes à image ont été élaborées et leur ont été partagées pour la sensibilisation. Les ASBC bénéficient de formation après recrutement. Ils sont normalement supervisés tous les 2 mois par les Infirmiers Chefs de Poste (ICP) des CSPS. Concernant la tuberculose, ces ASBC sont chargés de la recherche des perdus de vue ; du suivi du traitement ; la référence des cas présumés de tuberculose ; et la recherche de malades irréguliers au traitement. Aux ASBC, s'ajoutent les organisations à Base Communautaire (OBC). Ces OBC sont chargées de l'information éducation communication/communication pour le changement de comportement sur la tuberculose (IEC/CCC). En plus, elles font l'identification et la référence des patients présumés TB au centre de santé, la recherche d'absent au traitement, et le TDO communautaire. Des outils ont été mis à leur disposition.

VII. FACTEURS EXTERNES ET DETERMINANTS

7.1. Démographie et urbanisation

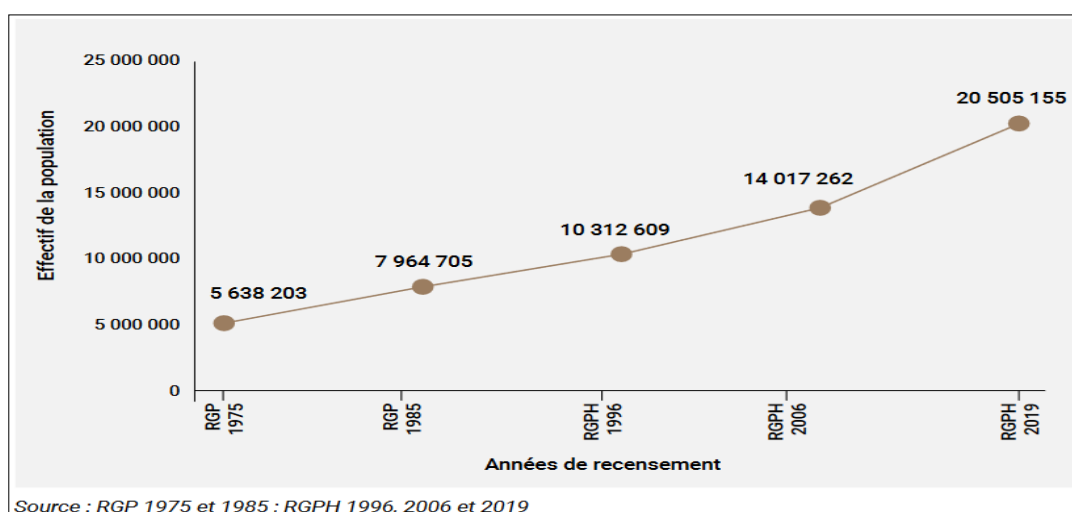


Figure 42 : Evolution de la population de 1975 à 2019

Source : Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso - Synthèse des résultats définitifs

La population du Burkina Faso est en constante hausse. (Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso - Synthèse des résultats définitifs)

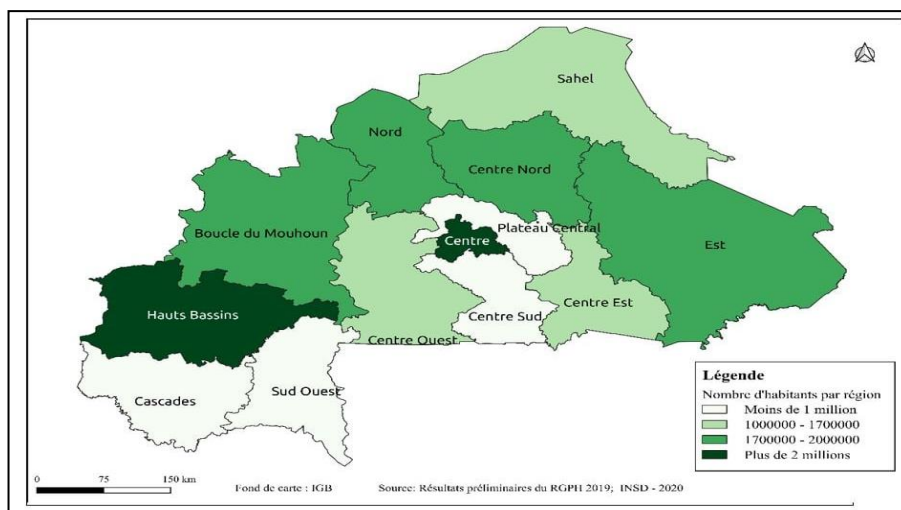


Figure 43 : Répartition de la population par région en 2019

Source : Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso - Synthèse des résultats définitifs

La répartition spatiale de la population met en évidence des disparités importantes entre régions. La région du Centre, avec 14,8% de l'ensemble de la population, est la plus peuplée. Elle est suivie des Hauts Bassins. Ceci explique en partie la répartition des cas de tuberculose dans les régions comprenant les grandes villes. La région du Centre-Sud reste la moins peuplée avec 3,8% de l'ensemble de la population.

7.2. Situation sécuritaire

Depuis 2015, la situation sécuritaire au Burkina Faso est marquée par des violences armées croissantes ciblant les forces de sécurité et les populations civiles. Cette situation de précarité sécuritaire initialement localisée dans les régions du Sahel, puis au Centre-Nord et au Nord a connu une extension à partir de 2019 touchant actuellement au moins huit (08) régions sanitaires.

Le Sahel est fortement impacté par la situation sécuritaire. En plus de la malnutrition, la forte concentration de réfugiés et les répercussions sur le système de santé sont susceptibles d'accélérer la transmission des cas de tuberculose dans cette région.

7.3. Pandémie à COVID-19

La pandémie à COVID-19 a mis à rude épreuve les systèmes de santé nationaux dans le monde.

Elle a certainement entraîné une diminution de la notification.

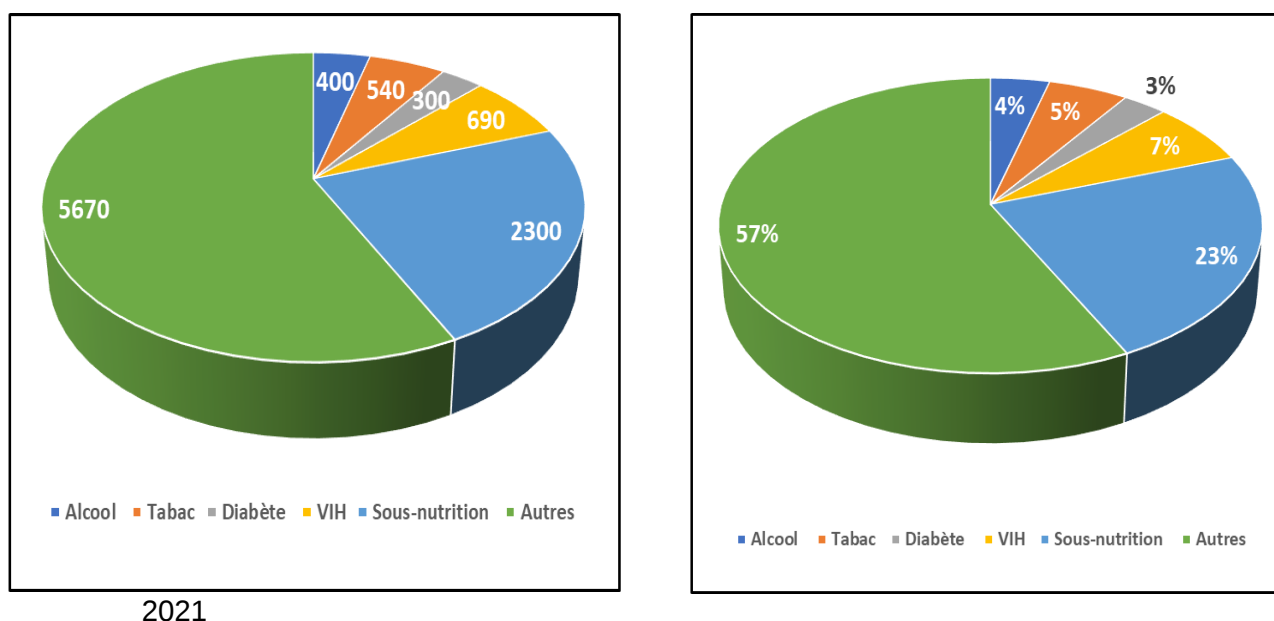
Dans le but d'atténuer l'impact négatif de la pandémie à COVID-19 sur les performances du programme, le PNT a élaboré en mai 2020 un plan de contingence. Ont été réalisés entre autres : i) la mise en place des groupes WhatsApp pour faciliter les échanges et le partage des directives du programme ; ii) l'élaboration de

l'algorithme diagnostic TB/COVID-19 ; iii) le démarrage de l'étude intitulée « Evaluation de l'impact de l'épidémie à COVID-19 sur le délai de diagnostic et de traitement de la tuberculose au Burkina Faso ». (*Rapport activités PNT 2021*)

7.4. Facteurs de vulnérabilité

Le nombre estimé par l'OMS de cas incidents de tuberculose était de 9 900 en 2021. La part imputable aux facteurs de risques tels que la sous-nutrition, le VIH, le diabète, le tabagisme et la consommation d'alcool était égale à 43%. Des stratégies en faveur de ces groupes à risque permettraient de réduire le gap entre cas incidents-cas notifiés.

Figure 44 : Part imputable aux facteurs de risque de la tuberculose parmi les cas estimés en



Source : WHO's global TB database _ WHO TB incidence estimates disaggregated by age group, sex and risk factor

➤ La sous-nutrition

En 2021, 2100 cas incidents de tuberculose étaient imputables à la sous-nutrition.

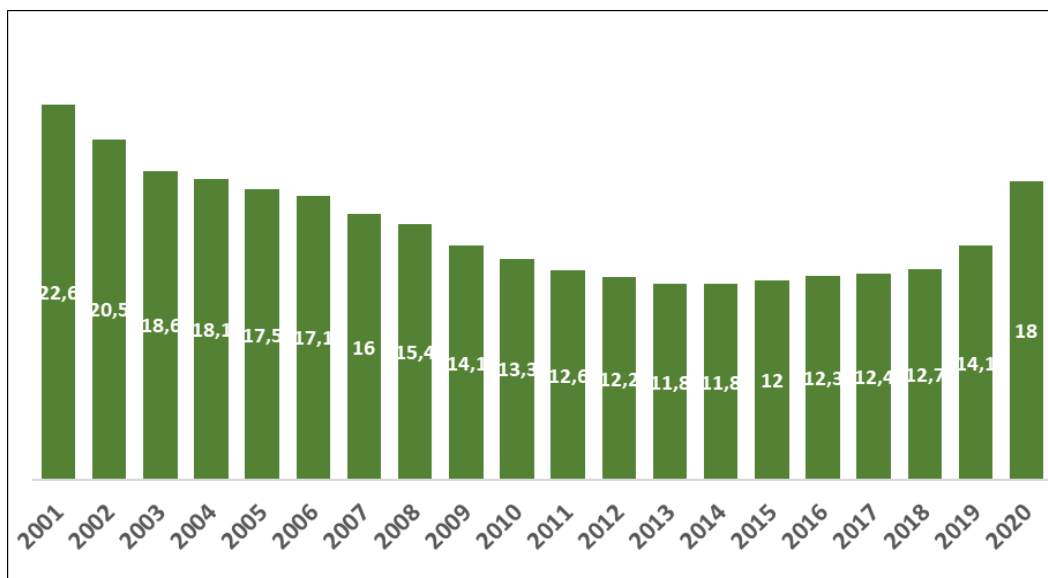


Figure 45 : Prévalence de la malnutrition de 2001 à 2020

Source : Banque Mondiale

La prévalence de la malnutrition qui était en diminution depuis 2001 a connu une hausse à partir de 2015. En 2021, cette augmentation a été importante passant de 14% à 18%. Pendant la période d'août 2021 à janvier 2022, 699 027 enfants de 6 à 59 mois et 163 000 femmes enceintes ou allaitantes étaient en situation de malnutrition aigüe. Toutes les régions du pays sont affectées, mais la région du Sahel présente une situation critique. Les régions du Centre, du Centre-Est, de l'Est, de la Boucle du Mouhoun, le Centre-Nord et le Nord sont en situation sérieuse de malnutrition.

La répartition des cas de malnutrition explique en partie la répartition de la tuberculose dans certaines régions, notamment le Sahel. Les autres régions semblent soumises à d'autres facteurs.

➤ **L'infection à VIH**

- **Prévalence du VIH et file active**

Après la malnutrition, le VIH/SIDA est le 2^{ème} déterminant de vulnérabilité de la tuberculose. En 2021, 7% des cas incidents de tuberculose étaient attribuables au VIH/Sida.

L'OMS a estimé le nombre de cas coinfectés TBVIH à 690, tandis que le pays a notifié 403 cas, soit un gap de 287 patients.

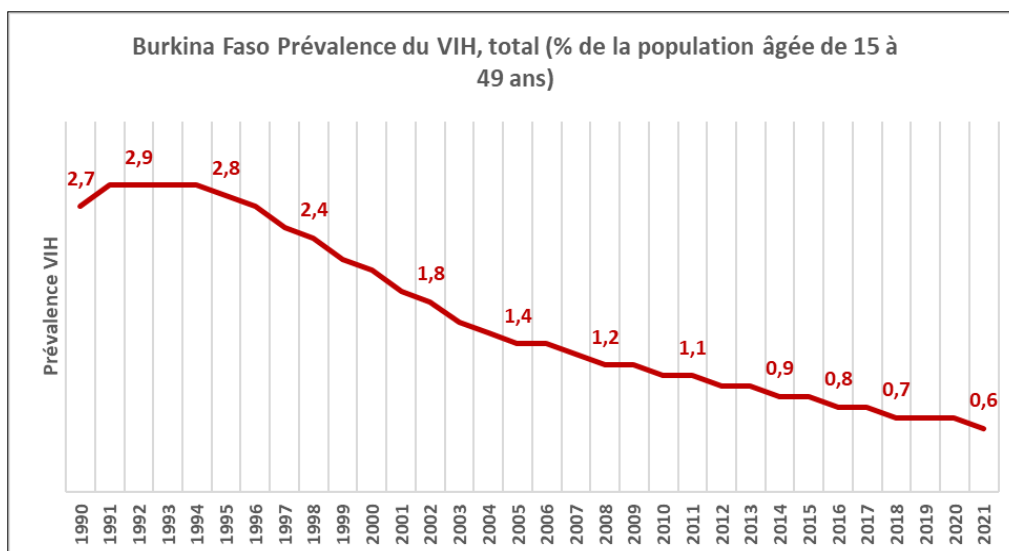


Figure 46 : Prévalence du VIH de 1990 à 2021

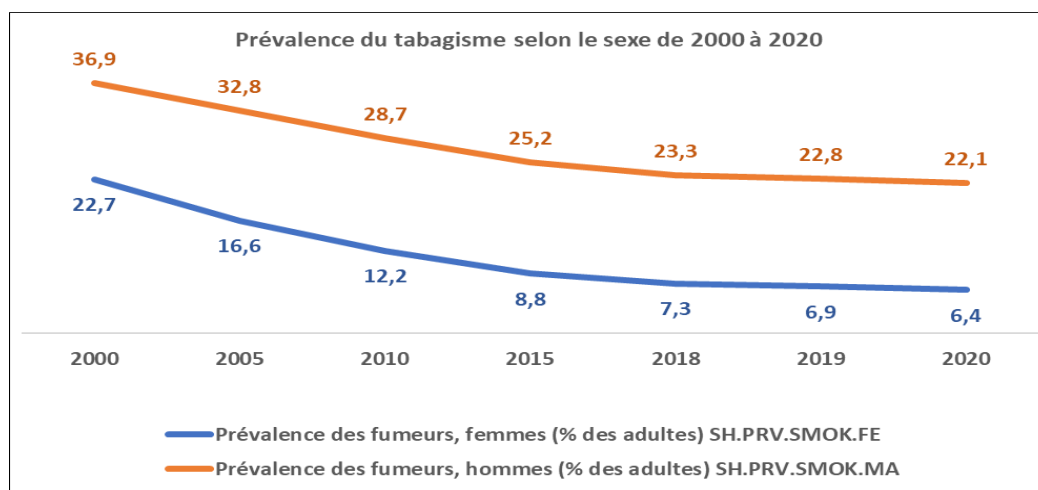
Source : Banque Mondiale

La prévalence du VIH a connu une diminution importante, de 2.7% en 1990 à 0.6% en 2021. Ce qui explique la diminution de la prévalence de la co-infection TBVIH.

➤ Le tabagisme

Le fait de fumer augmente fortement le risque de tuberculose et de décès par tuberculose. Plus de 20 % de l'incidence mondiale de la tuberculose pourrait être imputable au tabac. Le tabagisme entraîne un risque de passage de l'infection tuberculeuse latente en tuberculose maladie. Le tabagisme passif entraîne un risque d'évolution d'une infection tuberculeuse latente en tuberculose maladie. (Source OMS, *Ne laissez pas le tabac vous couper le souffle*).

Le tabagisme est responsable de 5% des cas incidents de tuberculose estimés par l'OMS en 2021, soit 540 cas.



Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

Figure 47: Evolution de la prévalence du tabagisme de 2000 à 2020

Source : Banque Mondiale

La prévalence du tabagisme a connu une diminution progressive de 2000 à 2020. Cette diminution a été plus marquée chez les femmes. Entre 2000 et 2020, on a observé une diminution de la prévalence de 72% ; alors qu'elle n'est que de 40% chez les hommes.

Une étude menée par Millogo en 2017 dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude à partir de la base de données de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Burkina Faso en 2010 (EDS/BF-IV-2010), a permis de déterminer les taux de prévalence du tabagisme selon le sexe par régions sanitaires. Vu que ce sont les dernières données disponibles au niveau infranational, elles ont été utilisées pour l'analyse.

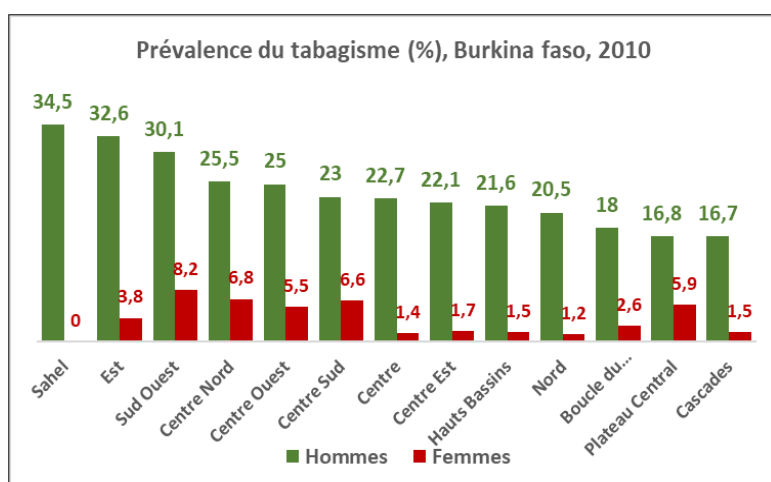


Figure 48 : Prévalence du tabagisme par région sanitaire en 2010

Source : *Facteurs déterminants le tabagisme au Burkina Faso, Mémoire de fin d'études, Zéyé Abdramane MILLOGO*

Chez les hommes, les prévalences étaient globalement élevées dans toutes les régions du pays, et plus fortes que chez les femmes. Ceci pourrait expliquer en partie le sex ratio des cas de tuberculose en faveur des hommes. Les prévalences les plus élevées ont été retrouvées par ordre, dans le Sahel, l'Est, le Sud-Ouest, le centre Nord et le Centre-Ouest. Cela explique les taux de notification élevés dans : le Sahel qui est soumis à l'effet conjugué de la malnutrition et du tabagisme ; le Sud-Ouest où la prévalence du VIH est également élevée.

Bien qu'élevées, les prévalences plus faibles ont été retrouvées dans les Cascades, le Plateau Central et la Boucle du Mouhoun.

Chez les femmes, la prévalence variait entre 0 et 8,2%. Elle était nulle au Sahel. Les chiffres les plus élevés se retrouvaient dans le Sud-Ouest, le Centre-Nord, le Centre-Sud et le Plateau Central.

Les stratégies en faveur des personnes consommatrices de tabac devraient prioriser les régions du Centre, de l'Est, des Hauts Bassins, du Centre-Nord et le Sahel pour les hommes ; et les régions du Centre-Nord, du Centre-Ouest, du Sud-Ouest, de l'Est et du Plateau Central pour les femmes.

➤ La consommation d'alcool

Selon l'OMS, , 400 cas de tuberculose, soit 4% des cas incidents seraient attribuables à la consommation d'alcool en 2021.

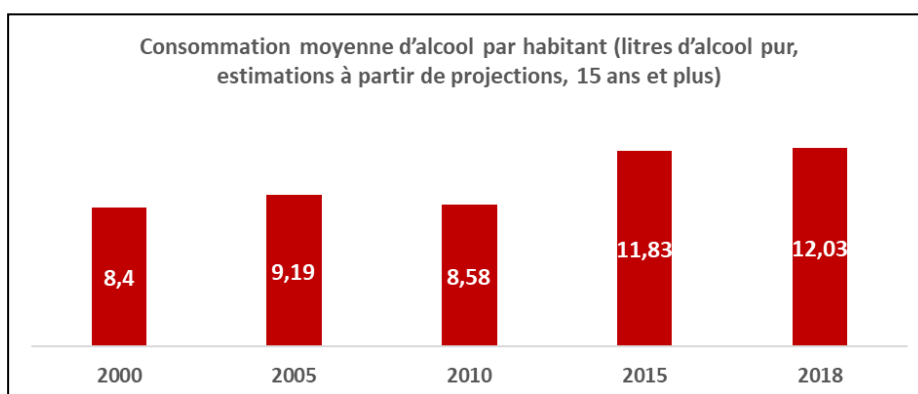


Figure 49 : Consommation d'alcool de 2000 à 2018

Source : Banque Mondiale

La consommation d'alcool a augmenté entre 2000 et 2018, passant de 8,4 litres en 2000 à 12,03 litres d'alcool pur en 2019.

Les résultats de l'enquête STEPS-BF 2013 montrent que l'alcool est consommé dans toutes les régions du pays, avec cependant des variations régionales.

Les prévalences étaient plus élevées chez les hommes (31,4%) que chez les femmes (24,1%).

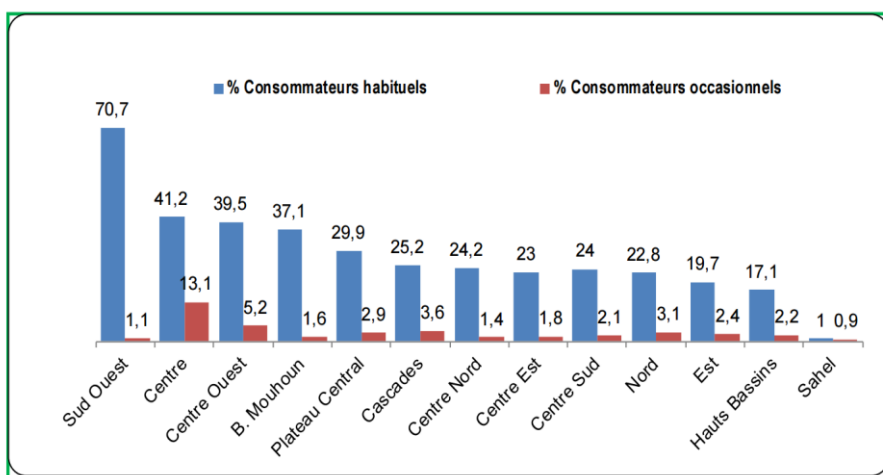


Figure 50: Prévalence de la consommation d'alcool par région en 2013

Les régions les plus consommatrices d'alcool étaient le Sud-Ouest, le Centre, le Centre-Ouest, et la Boucle du Mouhoun. Ces régions devraient être prioritaires pour d'éventuelles stratégies en faveur des consommateurs d'alcool.

➤ **Le diabète sucré**

En 2021, selon l'OMS, 5% des cas incidents de tuberculose étaient imputables au diabète.

Selon le rapport 2022 de l'enquête STEP-BF, la prévalence du diabète est de 7,6% dans la tranche d'âge des 18-69 ans. Cette prévalence était de 4,9% en 2013 chez les 25-69 ans.

VIII. PROCESSUS D'ELABORATION DU SUPPLEMENT DU PSN

L'élaboration du présent supplément du PSN-TB a été faite à travers une démarche participative et interactive. Ainsi, elle a impliqué l'ensemble des acteurs nationaux publics, privé et société civile avec l'appui de consultants ainsi que des partenaires internes et externes (OMS Burkina, StopTB/GDF, Expertise France, Fonds mondial). Le processus s'est articulé autour des principales étapes suivantes : une revue du programme (épidémiologique et programmatique) et des ateliers nationaux de consensus sur les priorités nationales, les cibles, les interventions et activités.

La préparation de la revue a permis d'adopter les termes de référence de la revue, de demander des appuis techniques et financiers aux différents partenaires, et de recruter les consultants à travers le Fonds mondial (consultants volets épidémiologique et

laboratoire) et Expertise France (consultants volets programmatique et communautaire) et un consultant de StopTB (volet GAS).

Pour cette revue, dans le cadre de la mise en œuvre du planning établi et validé au niveau national, la méthodologie suivante a été utilisée :

- Une revue documentaire par thématique,
- Des entretiens réalisés auprès de divers acteurs. Ainsi, au total 7 régions sanitaires (Centre, Centre-nord, Hauts Bassins, Sud-ouest, Boucle du Mouhoun, Centre-sud, Centre-ouest) et 66 sites ont été visités, et 164 personnes ont été rencontrées.

Les institutions et structures suivantes ont été visitées : i) les structures du Ministère de la santé et de l'hygiène publique tant au niveau administratif et qu'au niveau des structures de soins y compris le secteur privé ; ii) les structures des autres ministères (la Direction centrale des services de santé de l'Armée, la Direction de la Santé et de l'Action sociale/M. Justice, La Poste) ; iii) la société civile et acteurs communautaires ; iv) malades de la tuberculose et associations d'anciens malades de la TB; v) maisons d'arrêt et de correction, vi) des partenaires (OMS, ONUSIDA, DAVYCAS).

- une restitution des rapports de terrain a été faite en plénière au cours d'un atelier.

A la suite de la revue, des ateliers nationaux de consensus ont été tenus. Il s'est agi de : i) un atelier qui a permis le partage et l'appropriation des recommandations de la revue ainsi que la priorisation pour la période 2024-2026 ; ii) la participation aux ateliers de priorisation dans le cadre du dialogue pays (secteur public) et (toutes les parties prenantes. iii) un atelier de validation et d'adoption du supplément du plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2024-2026.

IX. PRIORITES DU SUPPLEMENT DU PSN

Les priorités ci-dessous sont issues du processus d'élaboration du présent supplément y compris le dialogue pays. Elles ont été inspirées également par la note d'information du Fonds mondial sur la tuberculose dans le cadre du septième cycle de la demande de financement. Ces priorités sont présentées par domaine de la lutte contre la tuberculose.

9.1. Dépistage et diagnostic de la tuberculose

- Poursuite des initiatives innovantes de recherche active des cas de tuberculose sur la base des leçons apprises

- Poursuite de la couverture des régions en sites Xpert, y compris les services de santé de l'Armée et du secteur sanitaire privé ; la réalisation du test Xpert comme test initial pour la tuberculose
- Accès au diagnostic moléculaire rapide de la tuberculose par le test TrueNat (comme alternative du test Xpert pour les zones reculées) et le test TB-LAM (pour le diagnostic de la tuberculose chez les PvVIH)
- Extension du mécanisme SITEB à tous les CSPS du pays
- Utilisation de solutions de connectivité pour la communication rapide automatisée des résultats du diagnostic
- Renforcement du système de management de la qualité du laboratoire
- Maintenance du laboratoire P3 et du réseau des GeneXpert
- Prise en compte de la malnutrition et des autres déterminants de la tuberculose (tabagisme, alcoolisme, diabète) dans les interventions de recherche active des cas de tuberculose en tenant compte de la spécificité des régions sanitaires
- Intensification des enquêtes d'entourage des cas de TB (sensible et résistant) et de collecte des crachats par les agents communautaires
- Renforcement de l'accès à la radiographie thoracique numérique (avec ou sans logiciel de détection assistée par ordinateur)
- Campagnes de dépistage couplée à la radiographie thoracique et tests moléculaires ainsi que le test VIH au profit des PDI, des femmes, des enfants, des personnes âgées de 65 ans et plus, des détenus, des miniers et autres groupes vulnérables/à haut risque
- Mise en œuvre de la stratégie et procédures simplifiées de riposte contre la tuberculose dans les ZADS au Burkina Faso
- Mise en œuvre du plan d'ajustement des modèles de soins contre la TB sensible et la TB résistante destinés aux populations vulnérables au Burkina Faso, dont les PDI constituent une des cibles
- Mise en œuvre du plan de contingence intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme pour les ZADS
- Renforcement de la prise en charge et du suivi de la tuberculose intégrée au Registre Electronique de consultation (REC-TB) dans le cadre de la PCIME
- Mise en œuvre du plan d'ajustement des modèles de soins centrés sur les patients TB sensible et TB-R dont l'enfant est l'une des cibles.

- Renforcement des capacités (compétences et équipements) des services de pédiatrie en vue d'une bonne prise en charge des enfants
- Renforcement du rendement diagnostique de la TB chez l'enfant y compris par l'utilisation des selles
- Renforcement de la collaboration avec le secteur sanitaire privé

9.2. Prévention de la tuberculose

- Elargissement de l'offre du traitement préventif de la tuberculose à toutes les personnes éligibles (PVVIH, contacts enfants et adultes y compris les contacts TB-R) avec des protocoles de traitement les plus courts.
- Mise en œuvre du plan de prévention et de contrôle de l'infection tuberculeuse et de la COVID-19 en milieu de soins.
- Amélioration de l'accès au dépistage de l'infection tuberculeuse notamment à travers la mise en œuvre de tests de détection de production de l'interféron gamma (IGRA) et les nouveaux tests cutanés de dépistage antigénique de la tuberculose.

9.3. Tuberculose résistante

- Renforcement de compétence des prestataires à la prise en charge des principales comorbidités associées à la TB-MR
- Mise en œuvre des activités prévues dans le plan d'ajustement des modèles de soins centrés sur le patient atteint de tuberculose résistante
- Prise en charge totale des examens de diagnostic des comorbidités et de suivi des patients TB-R
- Renforcement des capacités hospitalières des centres de PEC TB-R pour les patients grabataires y compris les soins relatifs aux séquelles et à l'invalidité à la suite de la maladie et les soins palliatifs
- Renforcement des mesures de soutien aux patients TB-R
- Audit systématique des décès chez les patients TB-R
- Renforcement de la mise en œuvre de la pharmacovigilance
- Renforcement de la mise en œuvre du régime court entièrement oral de traitement des TB-R
- Poursuite de la décentralisation de la prise en charge de la TB-R avec le système de décentralisation

9.4. Co-infection TB/VIH et autres comorbidités

- Mise en œuvre du plan opérationnel du guichet unique TB/VIH
- Extension de l'appui nutritionnel des co-infectés TB/VIH à toutes les localités
- Extension du paquet WHOPEN (World Health Organization Package of Essentials NCD aux soins de santé primaires) dans les CDT pour mieux prendre en compte le diabète, la malnutrition, le tabagisme, le VIH et l'alcoolisme
- Prise en compte des recommandations (une fois disponibles) de l'étude pilote d'intégration du sevrage tabagique dans l'offre de soins en routine aux patients TB.

9.5. Traitement de la tuberculose

- Utilisation des régimes thérapeutiques de courte durée disponibles et plus adaptés aux patients (TB-sensible et TB-résistante)
- Surveillance et gestion renforcées des effets indésirables des médicaments antituberculeux
- Appui nutritionnel et psychosocial à tous les patients tuberculeux par des agents de santé communautaires
- Gratuité des examens de suivi des patients TB à tous les niveaux (bilan de suivi pour un diagnostic et prise en charge précoce des comorbidités éventuelles)
- Approvisionnement continu et ininterrompu des formations sanitaires
- Distribution multi mois des médicaments antituberculeux
- Passage à l'échelle de la solution numérique digitale « 99DOTS » pour le suivi à distance de l'observance des patients au traitement sur la base des leçons apprises de la phase pilote
- Participation du secteur sanitaire privé au traitement de la tuberculose
- Poursuite de la mise en place des comités thérapeutiques dans les MAC qui n'en disposent pas afin d'assurer la continuité du traitement

9.6. Equité, Droits Humains et Genre

- Réalisation des campagnes de dépistage de la TB par la radiographie numérique mobile systématique intégrant le VIH, couplée au test de diagnostic moléculaire parmi les PDI pour atteindre notamment les femmes et les enfants

- Renforcement de la réalisation du screening systématique de tout détenu à l'entrée des MAC
- Aménagement des locaux d'isolement pour les patients TB dans les MAC
- Renforcement de la contribution des OBC aux activités de lutte contre la stigmatisation des patients tuberculeux dans la communauté en menant davantage d'activités de sensibilisation
- Disponibilité de la charte des patients TB dans les CDT (droits et devoirs des patients TB)
- Mise en place des stratégies pour réduire les coûts supportés par les patients tuberculeux

9.7. Gestion des approvisionnements et des stocks

- Renforcement de l'approvisionnement des intrants du programme notamment dans les zones à défi sécuritaire
- Amélioration de la qualité des données de rapportage
- Renforcement de la pharmacovigilance

9.8. Système de surveillance et recherche opérationnelle

- Production de données de qualité (complétude, promptitude, exactitude et cohérence des données)
- Passage à l'échelle du Tracker-TB sur la base de son évaluation
- Révision des outils de gestion des données du programme
- Enquête d'inventaire pour apprécier la sous-notification dans les sous-groupes de populations surtout à haut risque
- Mise à disposition de données désagrégées afin de permettre des analyses plus fines, en particulier pour les groupes à haut risque
- Investigations des causes des grandes disparités régionales
- Mise en place de la Task Force pour la recherche opérationnelle
- Mise en œuvre de la recherche opérationnelle visant à améliorer l'accès aux services antituberculeux et leur qualité
- Enquêtes visant à générer des données de prévalence, morbidité, mortalité et couverture des services
- Evaluations des stratégies mises en œuvre
- Mise en place d'un système de gestion physique et électronique des ressources documentaires et archivistiques.

X. SUPPLEMENT DU PLAN STRATEGIQUE 2024–2026

Le supplément du PSN TB 2024-2026 tire sa source du PNDS 2021-2030 et s'inscrit dans le cadre de la stratégie mondiale d'élimination de la tuberculose d'ici à 2030.

Il s'appuie sur les quatre principes de la stratégie de l'OMS « Mettre fin à la tuberculose » adoptée par le Burkina Faso. Ce sont :

- ❖ tutelle des pouvoirs publics, obligation de rendre des comptes, suivi et évaluation ;
- ❖ solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés ;
- ❖ protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité ;
- ❖ adaptation de la stratégie et des cibles mondiales au pays, avec une collaboration internationale.

10.1. Vision

Mettre fin à la tuberculose au Burkina Faso conformément aux cibles de la stratégie mondiale d'élimination de la tuberculose (tableau V).

Tableau IV : Jalons et cibles des indicateurs d'impact de la stratégie END TB

INDICATEURS	Jalons		Cibles*	
	2020	2025	2030 ODD	END TB 2035
Réduire le nombre de décès par TB par rapport à 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
Réduire le taux d'incidence de la TB par rapport à 2015 (%)	20% (<85/100 000)	50% (<55/100 000)	80% (<20/100 000)	90% (<10/100 000)
Proportion de patients et leurs familles supportant des coûts catastrophiques liés à la TB (%)	0%	0%	0%	0%

*les cibles sont fixées : pour l'année 2030 (échéance ODD) et pour l'année 2035 (fin de la période de la stratégie OMS « Mettre fin à la TB »).

Les cibles pour le Burkina Faso (Tableau VI)

Tableau V : Jalons et cibles des indicateurs d'impact du Burkina Faso dans le cadre de l'élimination de la tuberculose

	Niveau de base (2015)	2020	2025	2030 ODD	END TB 2035
Nombre de décès par TB	1980*	1287	495	198	99
Taux d'incidence de la TB pour 100 000 habitants	52	42	26	10	5
Proportion de patients et leurs familles supportant des coûts catastrophiques liés à la TB (%)	ND	Résultats en cours	0	0	0

*11 cas pour 100 000 h (WHO Report TB 2015)

Les cibles du supplément du PSN TB 2024-2026

L'analyse épidémiologique de 2000 à 2021 montre une réduction annuelle de l'incidence de 2,1%. Sur cette base et en tenant compte de la situation sécuritaire du Burkina Faso, il a été décidé de prévoir une réduction de l'incidence de 5 % par an à partir de 2023.

L'effort important du PNT pendant la mise en œuvre du supplément du PSN TB 2024-2026 vise à améliorer la couverture du traitement TB (notifiés/incidence estimée) de 69% en 2021 à 98% en 2026.

10.2. But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du Burkina Faso en réduisant le poids de la tuberculose d'ici à fin 2026.

10.3. Objectif général

Réduire l'incidence de la tuberculose de 45 en 2021 à 36 cas/100 000 habitants en 2026 et le taux de mortalité de 6,4 en 2021 à 5,5 décès/100 000 habitants d'ici à fin 2026.

10.4. Objectifs spécifiques

1. Diagnostiquer et mettre sous traitement 25 099 malades TB de 2024 à 2026 avec une augmentation du taux de couverture du traitement de la TB (notifiés/incidence estimée) de 69% en 2021 à 98% en 2026 ;
2. Augmenter la proportion des nouveaux patients et rechutes de TB toutes formes ayant bénéficié du test rapide recommandé par l'OMS pour le diagnostic initial de 44% en 2021 à 90% en 2026 ;
3. Accroître le taux de succès au traitement des patients TB pharmaco sensibles de 81,5% (cohorte 2020) à au moins 90% (cohorte 2025) et ceux TB-résistante de 75% (cohorte 2020) à au moins 80% (cohorte 2025) ;
4. Réduire le taux de décès chez les patients TB/VIH de 18% (cohorte 2020) à moins de 5% (cohorte 2025) ;
5. Assurer le traitement antituberculeux à au moins 95% des patients TB des zones à défi sécuritaire ;

6. Renforcer les capacités du PNT dans la gestion de la lutte contre la tuberculose d'ici à fin 2026.

10.5. Axes stratégiques et domaines d'interventions

Dans le but d'atteindre l'objectif général ci-dessus énoncé, les axes stratégiques suivent les piliers et les composantes de la Stratégie de l'OMS "Mettre fin à la tuberculose".

Ces interventions stratégiques sont en lien avec le PNDS dont l'objectif général est d'améliorer l'état de santé des populations.

Le choix des interventions et actions prioritaires pour les années 2024-2026 a été fait sur la base de l'analyse épidémiologique et de l'analyse des lacunes réalisées lors de la revue du programme en se basant sur les orientations stratégiques nationales contenues dans le PNDS.

Le supplément du PSN TB 2024-2026, tout en suivant la logique des trois (3) grands piliers de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » envisage de renforcer les interventions existantes de manière à les optimiser et à consolider les acquis du plan précédent.

En vue de s'attaquer à la problématique de la sous-notification (TB sensible et TB résistante), il s'agira d'étendre les activités pour permettre à tous ceux qui en ont besoin d'accéder aux services de diagnostic, de traitement et de suivi de la tuberculose. Cette extension des services axée sur le renforcement des capacités diagnostiques et de prise en charge contribuera à tendre vers la couverture universelle. Les efforts et investissements des trois prochaines années viseront donc à réduire les gaps de diagnostic, de traitement et de prévention en ayant à l'esprit l'amélioration de la couverture du traitement de la TB de 69% en 2021 à 98% en 2026.

Ces efforts seront en particulier adressés aux populations vulnérables et à risque : enfants, personnes âgées, PvVIH, détenus, sujets contacts d'un cas index de TB, populations déplacées internes et réfugiés, habitants des quartiers précaires et des zones ayant un accès difficile aux structures de santé.

Les interventions du PNT ne pourront pas faire diminuer la mortalité due à la tuberculose sans renforcer la collaboration avec le programme VIH à travers la mise

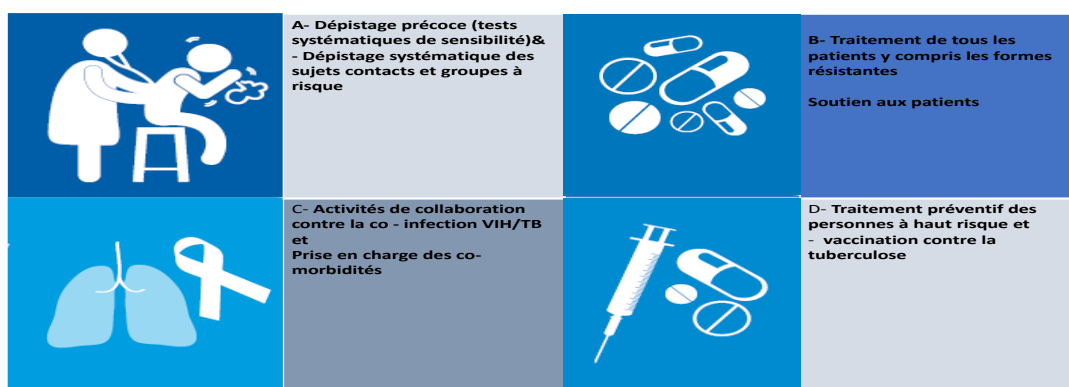
en œuvre des actions conjointes. Au Burkina Faso, 5,8% des patients tuberculeux sont séropositifs et la co-infection TB/VIH représente une cause importante de mortalité (20%) chez les patients tuberculeux. La prise en charge normalisée de la co-infection TB/VIH et des autres comorbidités occupera donc une place de choix dans ce PSN. Ce document offrira également l'opportunité d'initier et de mettre en œuvre de manière plus accentuée et plus organisée le traitement préventif de la TB chez certains groupes à risques spécifiques tels les PvVIH et les enfants.

L'accent sera aussi mis sur : i) la recherche d'un engagement politique avéré des dirigeants pour que des ressources additionnelles soient injectées dans la lutte contre la tuberculose ; ii) l'engagement communautaire pour que la communauté puisse jouer un rôle prépondérant dans le dépistage, l'accompagnement des cas de tuberculose sous traitement et le soutien à offrir aux malades en vue d'adresser les problématiques liées à la stigmatisation et stimuler la promotion des droits des malades. Le PNT doit être en mesure de renforcer sa collaboration avec les institutions publiques, privées, la société civile, les organisations à base communautaire, les sociétés savantes et tous les prestataires de soins.

Enfin, l'articulation avec la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » ne peut se matérialiser sans la recherche opérationnelle qui permettra au PNT d'adapter les recommandations internationales au contexte pays, d'évaluer ses stratégies et à mieux planifier ses actions.

Les axes stratégiques et leurs composantes (domaines) sont les suivants :

1. Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient



Domaine d'intervention 1.1 : Diagnostic précoce de la TB (y compris tests universels de sensibilité aux médicaments) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque.

Les activités prioritaires de ce domaine d'intervention visent à améliorer l'accès précoce aux services de dépistage et de prévention de la TB à travers l'augmentation de la demande de soins par la population en collaboration avec les OBC et les ASBC, l'extension des sites de diagnostic rapide de la tuberculose (Xpert et TrueNat), l'accès à la radiographie, le transport des échantillons, l'amélioration de la qualité du réseau national des laboratoires.

En particulier, ce domaine d'intervention sera renforcé à travers : **i)** l'extension du réseau des GeneXpert MTB/RIF et l'installation du système truelab pour améliorer l'accès des présumés TB et présumés TB-MR conformément à l'algorithme diagnostique qui a été révisé et qui positionne les tests moléculaires recommandés par l'OMS comme tests de diagnostic initial; **ii)** l'extension du réseau des laboratoires et de leurs capacités techniques ; **iii)** le renforcement de la disponibilité des intrants de laboratoire (cartouches Xpert, cartouches TrueNat, Kits ZN/LED, LPA, tests de sensibilité) ; **iv)** l'acquisition de consommables, de réactifs, de tests IGRA et de matériels medicotechniques pour les enfants ; **v)** le renforcement du transport des échantillons de crachats notamment à travers le système intégré de transport des échantillons biologiques (via La Poste) qui a commencé en janvier 2020; **vi)** le renforcement des interventions innovantes de recherche active des cas de tuberculose (REATB) et contribuer à l'élimination de la tuberculose en Afrique (CETA) au profit des populations à haut risque du pays; **vii)** l'introduction de la radiographie numérique mobile pour atteindre les populations d'accès difficile (PDI, détenus, miniers...) ; **viii)** la maintenance des équipements du LNR-M et du réseau des GeneXpert ; **ix)** le contrôle de qualité du réseau de laboratoire; **x)** la mise à niveau des compétences des prestataires à tous les niveaux (acteurs communautaires y compris les ASBC, praticiens de la médecine traditionnelle et alternative , agents de santé des secteurs publics et privés des services de santé des armées , de l'OST, les GSP) ; **xi)** la mise en place d'un mécanisme d'approvisionnement des PDI ; **xii)** la recherche active des cas de TB dans les camps de réfugiés ; et **xiii)** une meilleure supervision des activités de dépistage précoce de la TB.

Selon les données épidémiologiques du PNT, la répartition des taux de notification par classes d'âge montre des taux extrêmement faibles chez les enfants de 0 à 14 ans

plus marqués chez les enfants de 0 à 4 ans (figure 15). Face à cette situation, des actions ciblées sur les enfants sont prévues: i) recherche systématique des sujets contacts dans le ménage et référence des enfants de moins de 14 ans pour consultation au CSPS/CDT qui permettrait l'identification des enfants symptomatiques ou éligibles au traitement préventif de la TB; ii) recherche systématique des symptômes TB et réalisation du test VIH chez les enfants malnutris ; iii) révision du guide de PEC TB chez l'enfant et renforcement des capacités du personnel de santé sur l'algorithme de diagnostic de la TB chez l'enfant ; et iv) acquisition et approvisionnement ininterrompu des structures de PEC en médicaments antituberculeux pédiatriques pour le traitement curatif et préventif.

Le dépistage actif à l'entrée en prison sera étendu au niveau de tous les établissements pénitentiaires du Burkina Faso. Ce dépistage est réalisé par les gardes de sécurité pénitentiaire (GSP) à travers un screening verbal. Si une seule réponse est positive, le GSP demande que le détenu soit visité par l'infirmier. Si au moins un signe/symptôme est confirmé, quelle que soit la durée, l'infirmier collecte les crachats et il organise le transport pour la réalisation du test Xpert MTB/RIF et propose le test VIH. Si le diagnostic de la TB et/ou du VIH est posé, le patient est pris en charge selon les directives nationales. Un comité thérapeutique TB et VIH en prison est mis en place pour assurer le bon suivi des malades sous traitement pendant la détention et garantir le lien avec les structures de santé après libération. Les activités de ce domaine sont données dans le tableau VII.

Tableau VI: Liste des activités du domaine 1.1 par intervention

Interventions	Activités
Intervention 1.1.1 : Augmentation de la demande et de la qualité des services de diagnostic	1. Assurer en 2025 l'extension du projet REATB et CETA aux 3 autres régions (Boucle du Mouhoun, Centre Nord, le Sahel) en incluant le VIH 2. Former en 2025, 27 infirmiers et 27 TBM des CDT des RSHIP nouvellement impliquées dans la REATB sur les définitions opérationnelles, sur les algorithmes de dépistage chez les sujets contacts étroits et organisation de la collecte des crachats (2 sessions de 27 participants 3 jours à Koudougou) 3. Former dans chaque DRSHP 105 formateurs des régions nouvellement impliquées dans la REATB sur la stratégie (les participants à cette formation seront les responsables des services concernés par les activités REATB et 1 point focal REATB/structures de santé) (2 sessions de 20 à Dédougou et à Kaya et 1 session de 25 à Dori) 4. Assurer les indemnités des agents chargés de screening dans le cadre de la REATB 5. Réaliser chaque année une campagne de 3 jours pour le dépistage actif de la tuberculose à l'aide de radiographies thoraciques dans 2 CMA, 2 CHR, 2 casernes. 6. Organiser chaque année dans les régions à haute prévalence du VIH (Centre, Hauts Bassins, Sud-ouest, Centre-ouest) des journées de dépistage active de la tuberculose à l'aide des radiographies thoraciques lors de la journée mondiale de la tuberculose. 7. Assurer les frais d'envoi des échantillons de crachats des CSPS au laboratoire du CDT, des CDT au site Xpert, des sites Xpert au LNR-Mycobactéries par le mécanisme de SITEB (élément de budgétisation : voir PSN 2021-2025) 8. Acquérir en 2024, 15 nouvelles machines GeneXpert GX-IV et 15 imprimantes 9. Acquérir chaque année des cartouches pour les machines GeneXpert au profit des sites Xpert 10. Acquérir chaque année les réactifs et consommables pour la culture en milieu solide, les tests de sensibilité, les tests TB-LAM et les tests moléculaires, kits Gx Check pour les machines GeneXpert au profit des sites Xpert 11. Acquérir et installer en 2024 40 nouveaux climatiseurs pour les laboratoires devant abriter les nouvelles machines GeneXpert 12. Assurer en 2024 les frais d'installation d'un système de connectivité pour le réseau de GeneXpert et de TrueNat ainsi que l'installation d'un logiciel de gestion des données au LNR 13. Mettre en œuvre le test QIAGEN pour le diagnostic de l'infection de la tuberculose latente au profit des sujets contact TB-RR/MR (404 en 2024, 420 en 2025 et 432 en 2026) 14. Mettre en œuvre le test spécifique cutané pour le diagnostic de l'infection de la tuberculose latente chez les sujets contact TB-RR/MR (404 en 2024, 420 en 2025 et 432 en 2026) 15. Acquérir chaque années des tests de culture solide et liquide et les tests Hain 16. Former chaque année en 5 jours les agents de laboratoire sur la microscopie et sur l'utilisation du test Xpert (100 en 2024, 75 en 2025 et 75 en 2026 en des sessions de 25 à Manga) 17. Organiser un atelier de 5 jours pour la mise à jour des procédures opératoires standards (SOPs) du LNR-Mycobactéries (15 participants à Ouagadougou) 18. Former chaque année 10 agents du LNR sur la culture des mycobactéries et les DST phénotypiques en 1 session de 5 jours,

	19. Acquérir en 2024, 37 appareils Truelab pour le diagnostic de la tuberculose y compris la TB-R 20. Former chaque année 50 agents du réseau de TB-Laboratoires agents en sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose à l'aide du test TrueNat en 2 sessions de 5 jours à Ouagadougou. 21. Assurer chaque année le contrôle de qualité externe des tests réalisés dans le TB-Laboratoires (10 lames frottis pour chacun des 110 laboratoires fonctionnels par semestre et 2 tests xpert pour chacun des 70 sites Xpert) 22. Tenir semestriellement un atelier de 5 jours sur le bilan des résultats des supervisions et du contrôle externe de qualité des tests réalisés dans le réseau TB-laboratoires (13 superviseurs régionaux, 13 participants PNT/LNR) 23. Prendre en charge chaque année un forfait de connexion à internet / communication au profit des points focaux des sites Xpert (50 en 2024, 60 en 2025 et 70 en 2026 pour la transmission des résultats des examens et les rapports mensuels) 24. Assurer chaque année les frais du contrat de maintenance des équipements techniques et les climatiseurs du LNR-M 25. Assurer chaque année les frais du contrat de maintenance des appareils GeneXpert et des appareils Truelab du réseau TB-laboratoire. 26. Assurer en 2025 l'extension de la garantie du laboratoire P3, des radiographies mobiles et fixe (garantie de 5 ans) 27. Tenir en 2024 un atelier de 5 jours à Koudougou pour révision de l'algorithme de diagnostic bactériologique de la TB (2participants superviseurs régionaux, 1participnt DLBM, 10 participants PNT/LNR) 28. Former en une session de 3 jours 10 agents du LNR sur les règles de biosécurité au laboratoire (Ouagadougou) 29. Assurer en 2024 un aménagement afin de contrôler l'accès au LNR 30. Former chaque année 1000 paramédicaux des CHU/CHR/CMA/CM sur le dépistage et le suivi des cas de tuberculose (formation de 3 jours sur site) 31. Appuyer chaque année les écoles de médecine et pharmacie pour l'organisation de séminaires de formation sur la lutte contre la tuberculose au profit des étudiants en médecine et pharmacie en fin de cycle (session de 3 jours 900 en 2024, 950 en 2025 et 1000 en 2026) 32. Organiser chaque année un séminaire formation de 3 jours sur la tuberculose aux profits des élèves en fin de cycle des écoles publiques de formation en santé (Fada, Kaya, Ouaga, Ouahigouya, Koudougou, Bobo, Tenkodogo, Dédougou, Banfora, Manga, Dori, Gaoua) au profit de 800 élèves 33. Produire en 2024, 3 spots télé et 3 spots radio sur la lutte contre la tuberculose en français, mooré, dioula et fulfuldé 34. Diffuser chaque année 1 fois par semaine et par langue (en français, mooré, dioula et fulfuldé) les spots télé sur la lutte contre la tuberculose sur la chaîne nationale de télé 35. Diffuser chaque année 3 fois par semaine les 4 spots radio sur la lutte contre la tuberculose sur les antennes de 15 radios partenaires (3 diffusions par langue (français, mooré, dioula et fulfuldé) et par semaines) 36. Assurer chaque année la supervision semestrielle des prestataires chargés de la diffusion des spots radios au niveau des 15 radios partenaires (1 jour par radio et délai de route) 37. Tenir chaque année un atelier d'orientation d'un jour avec 25 agents de la presse sur la lutte contre la tuberculose. 38. Organiser annuellement une rencontre d'information sur la TB avec les médecins responsables des services de santé des armées (1 jour
--	---

	à Ouagadougou avec 25 participants dont 7 de la coordination du PNT). 39. Former 25 médecins des services de santé des armées sur la lutte contre la tuberculose en une sessions de 6 jours en 2024 et 2026. 40. Former 60 infirmiers des services de santé des armées sur la lutte contre la tuberculose en deux sessions de 6 jours en 2024 et 2026 41. Superviser semestriellement les services de santé des armées 42. Acquérir 8 fibroscopes complets, dont 2 pédiatriques au profit du CNLAT, le CRLAT, CHU Bogodogo, CHUR Ouahigouya et des services de pneumologie des CHU-YO et CHU-SS 43. Tenir une rencontre d'information d'une journée au profit des acteurs principaux sur les stratégies innovantes du PNT (approche centrée, CETA, REATB, guichet unique TB/VIH) 100 participants (DRS, DG CHU/CHR, MCD) 44. Evaluer en 2025 les nouvelles stratégies du PNT (20 jours, consultants national, international, restitution d'une journée à l'endroit de 50 personnes) 45. Tenir en 2024, un atelier de 6 jours pour l'élaboration du plan de communication sur la lutte contre la tuberculose 2024-2026 du PNT (atelier de production du draft, 17 participants à Ziniaré ; atelier de finalisation et de validation du draft en 5 jours, 25 participants à Koudougou) 46. Réaliser en 2024 et en 2026 deux films documentaires sur la lutte contre la tuberculose 47. Diffuser en 2025 et en 2026 deux films documentaires sur la lutte contre la tuberculose
Intervention 1.1.2 : Ciblage des populations vulnérables et à risques : enfants, détenus, miniers, PDI	48. Assurer la recherche active des enfants contact de P/CB avec l'appui des acteurs communautaires pour évaluation et éventuellement mise sous traitement préventif de la TB 49. Acquérir chaque année des consommables pour les tubages gastriques (sondes nasogastriques (CH6, 8 et 10), lidocaïne gel, sérum glucosé 250 ml, seringues 60 ml) (50 par CMA/CHU/CHR par an soit environ 2500) 50. Former en 2024 et 2026 en 2 sessions de 5 jours, 60 paramédicaux (infirmiers et attachés de santé en pédiatrie) des 16 CHU/CHR (32), CNLAT (1), CRLAT (1) et CMA (26) à la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et à la pratique du tubage gastrique. 51. Former en 2024 et 2026 en 2 sessions de 5 jours, 60 médecins pédiatres des 16 CHU/CHR (32), et CMA (26) à la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et à la pratique du tubage gastrique. 52. Former en 2024, 2025 et 2026 en 2 sessions de 3 jours, 60 Agents de Santé Communautaires (ASC) pour la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant avec l'appui du niveau région et district (Lieu DRS) 53. Former en 2 sessions de 3 jours, 2 acteurs communautaires pour chacun des 27 services de pédiatrie sur la TB (Lieu Manga) 54. Assurer la prise en charge (salaire) des acteurs communautaires pour chacun des 27 services de pédiatrie sur la TB (privilégier des anciens TB guéris) 55. Déploiement de la digitalisation d'un formulaire de dépistage TB (REC-TB) + Suivi dans les districts de la région du Nord 56. Tenir en 2024, en deux sessions de 2 jours, une rencontre d'informations avec les DRS-ECD-ICP (100 participants) de la région du Nord. 57. Former en 5 sessions de 5 jours ,120 agents des districts de la région du Nord sur l'utilisation du formulaire digitalisé TB en 2024 à Koudougou. 58. Former en deux sessions, 80 agents des districts de la région du Nord (ECD, prestataires, agents du labo) sur le dépistage et le suivi des cas de TB en 2024 à Ouahigouya.

	59. Former en 3 sessions de 5 jours à Ouahigouya, 120 agents de la région du Nord sur l'utilisation et à l'analyse des données de surveillance de la TB (à l'aide du dashboard) en 2025. 60. Organiser chaque semestre de 2024 à 2026, des visites de coaching dans les 15 CSPS : Observations et feedback ; performance des agents de santé 61. Organiser chaque semestre de 2024 à 2026, des sessions de partage d'expérience et revue de la performance des 15 CSPS de la région du Nord 62. Acquérir 15 tablettes pour les CDT et les laboratoires de la région du Nord pour le partage d'information avec les CSPS. 63. Tenir en 6 jours, un atelier d'élaboration des modules PCIME TB (25 participants) à Koudougou en 2024 64. Tenir en 6 jours un atelier de validation des modules PCIME TB (25 participants) à Koudougou en 2024 65. Participer chaque année en 6 jours aux formations sur la PCIME REC 3 agents du PNT en collaboration avec la DSF à Koudougou 66. Participer à chaque année à 3 supervisions sur la PCIME REC en collaboration avec la DSF, 2 agents du PNT 67. Organiser en 6 jours, un atelier de digitalisation des outils CDT et Labo pour le partage d'information avec les CSPS (25 participants) à Koudougou 68. Organiser en 2025, deux ateliers pour la révision du guide technique de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant (atelier de 6 jours avec 25 participants à Koudougou pour la production du draft suivi d'un atelier de 5 jours avec 30 participants pour la finalisation et adoption du document à Manga 69. Reproduire en 2025, en 600 exemplaires et diffuser le guide technique de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant révisé. 70. Organiser des journées de dépistage active de la tuberculose chez les enfants dans les services de pédiatrie (15) à l'aide de la radiographie pulmonaire lors de la journée mondiale de la tuberculose. 71. Organiser des journées de dépistage active de la tuberculose chez les mères des enfants ayant des signes d'imprégnation dans les services de pédiatrie (15) à l'aide de la radiographie pulmonaire lors de la journée mondiale de la tuberculose. 72. Organiser deux (2) campagnes (5 jours chacune) de dépistage de la tuberculose par an chez les enfants malnutris dans les CREN à l'aide de la radiographie thoracique mobile. 73. Evaluer la couverture des laboratoires-TB par le système de transport des crachats 74. Assurer chaque année les frais de communication des 54 agents de santé chargés de la coordination des activités TB chez les enfants dans 27 services de pédiatrie/CREN mettant en œuvre les activités du plan d'ajustement des modèles de soins centrés sur le patient TB 75. Assurer le paiement des résultats de screening pour la TB (cas de TB additionnels) dans les services mettant en œuvre les activités REATB (600 cas en 2024, 800 en 2025 et 950 en 2026) 76. Organiser chaque année des campagnes de recherche active de la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans lors des campagnes CPS (4 jours/campagne) 77. Organiser chaque année des campagnes de recherche active de la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans lors des campagnes (02/an) de supplémentation Vitamine A, déparasitage systématique et dépistage de la malnutrition. 78. Acquérir en 2024 un appareil de radiographie mobile numérique au profit de l'hôpital pédiatrique Charles de Gaulle 79. Faire en 2024 la cartographie des principaux sites d'orpillage dans les 3 régions retenues (en fonction de la taille de la population et le caractère stable)
--	--

	80. Réaliser trimestriellement une séance de sensibilisation, du dépistage suivi de la collecte de crachats sur la TB et VIH dans les 10 plus grands sites d'orpaillage. 81. Assurer chaque année une mini campagne de sensibilisation sur la TB et la co-infection TB/VIH suivie de collecte des crachats par trimestre auprès des orpailleurs de 150 sites artisanaux les plus peuplés et accessibles. 82. Former chaque 2 ans, 60 infirmiers des mines et des OST sur le dépistage et PEC de la TB en deux session de 3 jours. 83. Organiser semestriellement à Ouagadougou une rencontre bilan des activités de lutte contre la tuberculose avec les responsables des centres de santé des mines (35 participants). 84. Organiser semestriellement une supervision des agents de santé des centres de santé des mines (voir accord 2022). 85. Réaliser une fois par an, dans chaque établissement pénitentiaire des campagnes de dépistage de la tuberculose à l'aide de radiographie numérique mobile (13 campagnes) 86. Former en 2 jours chaque année et sur site 80 détenus chef de quartier/cour mettant en œuvre le paquet d'activités de lutte contre la TB dans chacune des 13 plus grands établissements pénitentiaires. 87. Assurer l'accompagnement des 80 détenus chef de quartier/cour mettant en œuvre le paquet d'activités de lutte contre la TB dans chacune des 13 plus grands établissements pénitentiaires (EP) 88. Doter les infirmeries des 13 plus grands EP de motocyclettes pour les déplacements vers le CDT le plus proche 89. Assurer chaque année un appui nutritionnel à 100% des patients TB du milieu carcéral (60 en 2024, 70 en 2025 et 78 en 2026) 90. Doter chaque année en Kit d'hygiène les détenus TB dans les MAC (60 en 2024, 70 en 2025 et 78 en 2026) 91. Assurer une supervision trimestrielle des agents des 13 plus grands EP par les agents du CDT (infirmier + TBM) 92. Assurer semestriellement une supervision spécifique par une équipe des niveaux central et régional (PNT, DSAS et DRS) à l'endroit des agents des 13 plus grands EP 93. Réfectionner chaque année les locaux de 3 EP les plus défectueux pour l'isolement des détenus malades de TB. 94. Former en 4 sessions de 3 jours 104 membres des comités thérapeutiques des EP sur LAT en milieu carcéral. 95. Former chaque année 260 GSP sur le dépistage de la tuberculose en 10 sessions de 3 jours (Bobo, Koudougou, Fada, Kaya) 96. Former en 2024 et 2026, 50 infirmiers exerçant dans les MAC sur le guide de lutte contre la TB et le VIH (2 sessions de 5 jours) 97. Tenir une réunion du "comité thérapeutique TB et VIH" (8 personnes) pour tout cas de TB diagnostiqué en milieu carcéral 98. Donner une prime de 5 000 FCFA pour chaque cas de TB diagnostiqué en milieu carcéral et traité avec succès ou reçu au CDT de référence pour les patients libérés avant la fin de leur traitement 99. Doter chaque infirmerie des MAC en matériel de protection individuel et consommables (masques, gants, crachoirs, bulletins d'exams). 100. Assurer chaque année les rencontres d'information sur la TB et le VIH avec l'Administration pénitentiaire (rencontre de 40 personnes (Directeurs + GSP)) à Ouagadougou
--	--

Les activités de ce domaine contribueront à l'atteinte des objectifs spécifiques 1 et 2. Elles seront mises en œuvre aussi bien dans les régions à faible taux de notification que dans les autres à potentiel de notification élevé. En raison de leur faible accès au dépistage et à la PEC de la TB, les PDI dans les zones à défi sécuritaire seront pris en compte.

Domaine d'intervention 1.2 : Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes résistantes, et soutien aux patients.

Pour augmenter le taux de succès thérapeutique de la TB, ce domaine couvrira les lacunes programmatiques identifiées à travers les actions qui suivent : **i)** l'acquisition et l'approvisionnement ininterrompue des structures de PEC en médicaments antituberculeux de première et deuxième lignes, en médicaments pour la PEC des effets indésirables ; **ii)** le contrôle de qualité post-marketing des médicaments antituberculeux ; **iii)** la mise à niveau des agents qui prennent en charge les malades de la tuberculose ; **iv)** la supervision formative à tous les niveaux y compris communautaire ; **v)** les rencontres de concertation (entre acteurs de PEC de la TB dans les grands centres urbains, cellule de PEC de la TB-MR, comité thérapeutique TB des MAC) ; **vi)** l'accompagnement communautaire des malades de la TB pour raccourcir les longs délais actuels de diagnostic de la TB, améliorer le TDO et la recherche des absents au traitement; **vii)** la mise en place des soins centrés sur les malades (outils d'information/éducation pour les malades et leurs familles, promotion des droits et responsabilités des malades avec l'appui des anciens malades TB,...) ; **viii)** la recherche active des absents au traitement de la TB ; **ix)** le soutien au patient (remboursement des frais de transport pour TB-R, appui nutritionnel pour tous les patients , subvention des examens de suivi paraclinique pour TB-R) ; **ix)** la décentralisation de la PEC de la TB-R ; **x)** subvention des examens de diagnostic et de suivi des comorbidités.

Les activités de ce domaine (cf. tableau VII) contribueront à l'atteinte des objectifs spécifiques 3 et 5. Les régions qui feront l'objet d'attention particulière sont celles ayant un taux élevé de décès et/ou de perdus de vue.

Tableau VII: Liste des activités du domaine 1.2 par intervention

Interventions	Activités
1.2.1 Traitement de la tuberculose	101. Tenir en 2024, deux journées de concertation avec des spécialistes pour définir une ration alimentaire pour les patients TB-S et TB-R (12 personnes à Ziniaré) 102. Assurer chaque année un appui nutritionnel aux patients TB-S (7931 en 2024, 8405 en 2025 et 8763 en 2026) 103. Rechercher chaque année les patients TB absents au traitement au plus tard 2 jours après le constat de l'absence (octroi de crédit de communication pour 20% des patients notifiés (1587 en 2024, 1681 en 2025 et 1753 en 2026), carburant et prise en charge pour le déplacement chez 7% des patients notifiés (556 en 2024, 589 en 2025, 614 en 2026)

	104. Organiser en 2026 un atelier de 6 jours (30 participants à Ziniaré) pour la révision des supports de sensibilisation (affiches, dépliants et boîte à images) sur la lutte contre la tuberculose 105. Reproduire et diffuser en 2026 au niveau des CDT, des centres de santé et des OBC 15 000 exemplaires d'affiches de sensibilisation, 15 000 dépliants et 2 500 exemplaires de la boîte à images (adaptés au genre et à l'âge : enfants, adolescents, adultes) 106. Assurer la gratuité du bilan pré thérapeutique et des examens de suivi des patients TB (glycémie, AgHBs, NFS, transaminases, créatininémie) 107. Appuyer le déplacement de deux agents et un chauffeur pour l'audit de décès au moins 60% des cas de TB-S (taux de décès 8% des cas de TB notifiés) Nombre de sorties (381 en 2024, 404 en 2025 et 421 en 2026) 108. Former en 2024 en 3 jours, 120 agents des CDT sur l'approche « Ask, Brief advice, Cessation support, ABC » pour le sevrage tabagique chez les patients tuberculeux (4 sessions de 30 personnes) 109. Evaluer en 2026 l'application de l'approche ABC pour le sevrage tabagique chez les patients tuberculeux 110. Tenir en 2024 à Koudougou 2 ateliers de concertation de 2 jours avec les acteurs des structures sanitaires privées en vue de renforcer leur implication dans le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose (PNT=6, représentants districts=9, structure sanitaire privé (17x2), direction du secteur sanitaire privé=1 représentant) 111. Subventionner les examens de radiographie chez les patients présumés TB des populations à haut risque de TB ou ayant un accès limité au service de la TB (enfants, diabétiques, PVIH, personnes âgées, prisonniers, contacts, orpailleurs, femmes). 112. Assurer chaque année les frais de communication téléphonique/Internet entre les CDT et les centres de référence pour le suivi des malades (230 lignes) 113. Contribuer chaque année (à partir de 2024) à la formation de 20 infirmiers spécialistes en pneumologie (octroi de bourse) 114. Contribuer chaque année à la formation de 2 médecins en pneumologie (octroi de bourse) 115. Former les infirmiers des unités de traitement de la tuberculose sur les guides révisés (guide TB ; Guide TB/VIH ; Guide TB-R ; Guide TB-enfant): 54 en 2024 ; 120 en 2025, 60 en 2026. Lieux : Koudougou et Manga (session de 25 à 30 personnes en 6 jours) 116. Former chaque année 54 médecins sur la tuberculose et la co-infection TB/VIH en deux sessions de 6 jours à Kaya 117. Former chaque année en 3 jours au niveau district, les agents de santé des CSPS et des dispensaires isolés sur le guide de lutte contre la TB révisé (1000 en 2024 ; 2300 en 2025 et 1000 en 2026). 118. Former chaque année en 3 jours, 60 infirmiers des structures sanitaires privées sur le guide de lutte contre la TB révisé (2 sessions de 30 à Tenkodogo) 119. Tenir en 2025, une journée d'information 18 000 ASBC sur la TB (session de 30 personnes au chef-lieu de district, 600 sessions) 120. Tenir chaque année des rencontres bimestrielles avec les responsables CDT sur la gestion des cas de TB à Bobo-Dioulasso (25), Ouagadougou (32), Koudougou (15), Dori (15) et Ouahigouya (15) 121. Appuyer chaque semestre 15 districts des RSHP du Centre, du Centre-ouest, des Hauts Bassins, de l'Est et du Centre-est pour la supervision des agents de santé des structures privées et des services de santé des travailleurs sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose (équipe conjointe niveau central, DRSH et DS)
--	---

	122. Superviser les agents des CDT et de la clinique des OST de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso trimestriellement par une équipe de la DRSHP (responsable SLM/PGS ; superviseur régional de laboratoire, pharmacien régional) 123. Superviser semestriellement les agents des CDT et de la clinique des OST de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso par une équipe du niveau central conjointement avec l'équipe DRSHP 124. Superviser trimestriellement les infirmiers des sites de collecte, de transport des crachats et de traitement des malades par les agents du CDT 125. Superviser une fois par semestre les agents des centres de référence par une équipe du niveau central (4 superviseurs) 126. Acquérir en 2024, 110 motos pour les activités de supervision des CDT vers les CSPS 127. Assurer chaque année le transport international, l'assurance, le contrôle qualité et autres charges liés à l'acquisition des médicaments antituberculeux de 1ère ligne 128. Assurer chaque année le contrôle de qualité post-marketing des médicaments antituberculeux de 1ère et 2ème lignes 129. Assurer chaque année le stockage et la distribution des médicaments et autres intrants de lutte contre la tuberculose au districts sanitaires, CHU/CHR et CNLAT/CRLAT 130. Former en 2024 en 3 jours 120 agents des laboratoire (4 sessions des 30) et 112 agents des unités de traitement de la tuberculose (4 sessions de 28) en gestion des intrants pour un meilleur rapportage des données d'utilisation des consommables et réactifs 131. Réaliser chaque année des inventaires semestriel et annuel des intrants de lutte contre la tuberculose dans les 8 agences de la CAMEG.
1.2.2 Diagnostic et prise en charge de la tuberculose résistante	132. Prendre en charge les frais relatifs à l'évacuation des patients TB-R nouvellement diagnostiqués dans les CDT périphérique (70% des patients) (71 en 2024, 74 en 2025 et 76 en 2026) 133. Réaliser chaque année les enquêtes d'entourage pour le dépistage de la TB chez les contacts de TB-R (100% des patients) 134. Subventionner chaque année ou le plaider pour la réalisation des examens paracliniques au niveau des 20 centres de prise en charge de la TB-R 135. Rembourser chaque année les frais de transport de tous les patients TB-MR des CDT vers les centres de PEC TB-R pour le rendez-vous de suivi mensuel et le TDO 136. Assurer chaque année un appui nutritionnel à 100% des patients TB-MR sous traitement 137. Doter chaque année les patients TB-R en kit de protection et matériel de soutien 138. Former en 2024 et en 2026, 25 infirmiers des Centres de PEC TB-R sur le guide de prise en charge des patients TB-R révisé (session de 5 jours) 139. Former 2024 et en 2026, 25 médecins des Centres de PEC TB-R sur le guide de prise en charge des patients TB-R révisé (session de 5 jours) 140. Appuyer techniquement et trimestriellement sur site les agents des CDT assurant le traitement en ambulatoire des malades TB-MR par les experts nationaux 141. Tenir chaque année les rencontres trimestrielles de la cellule de suivi de la prise en charge des cas TB-MR 142. Réfectionner/construire chaque année des salles dans 3 Centres de PEC TB-R pour une hospitalisation systématique des patients TB-R grabataires et ceux arrivant à un stade avancé de la maladie 143. Appuyer le déplacement de deux agents et un chauffeur pour l'audit de décès chez tout cas de TB-R (15% en 2024, 12% en 2025 ; 10%

	en 2026, des cas de TB-R notifiés). Nombre déplacements : 16 en 2024, 13 en 2025 ; 11 en 2026) 144. Acquérir chaque année les médicaments antituberculeux de 2^{ème} ligne 145. Contribuer chaque année au fonctionnement de GLC dans la cadre de la prise en charge de la TB résistante 146. Prendre en charge les frais de consultation en psychologie au profit des patients TB-R en cas de nécessité (50% des patients TB-R) 147. Approvisionner les centres de prise en charge en ambulatoire des TB-R en médicaments et supports d'enregistrement desdits patients (transport du Centre de PEC TB-R au Centre chargé du TDO) 148. Etablir chaque année une convention de partenariat avec les CHU/CHR/HD ou des pharmacies privées pour la fourniture des médicaments pour la PEC des EIM et des comorbidités chez les patients TB-R 149. Doter en 2024 les Centres de PEC TB-R d'extracteurs d'oxygène et des saturomètres pour la prise en charge des patients TB-R présentant une insuffisance respiratoire 150. Doter en 2024 les Centres de PEC TB-R de manomètres, lunettes à oxygène, masque à oxygène pour la prise en charge des patients TB-R
--	---

Domaine d'intervention 1.3 : Activités de collaboration contre la co-infection TB/VIH et prise en charge des comorbidités.

La PEC de la co-infection TB/VIH est l'un des domaines prioritaires du présent plan stratégique. La mise en place du guichet unique est l'une des actions clés pour renforcer cette PEC. La porte d'entrée TB retenue pour réaliser ce guichet est le CDT. La porte d'entrée VIH peut être délicate compte tenu des difficultés à respecter les mesures de contrôle de l'infection. Aussi, il est prévu : **i)** l'approvisionnement ininterrompu des CDT en intrants VIH (tests, cotrimoxazole, ARV) et en intrants pour le dépistage du diabète ; **ii)** le renforcement du screening de la TB chez les PvVIH et de la couverture en traitement préventif ; **iii)** le renforcement des compétences des agents des CDT en prise en charge médicale des PvVIH, diagnostic et prise en charge des comorbidités TB-Diabète/HTA/Hépatite et ceux des SDV en dépistage et prise en charge de la tuberculose ; **iv)** la supervision conjointe formative ; **v)** les rencontres de concertation de la cellule de prise en charge TB/VIH ; **vi)** la participation à des cours internationaux et congrès dans le domaine de la TB et de la co-infection TB/VIH pour échange d'expériences ; **vii)** la modélisation des services TB et VIH.

La PEC de la co-infection TB et diabète sera aussi renforcée à travers : le screening du diabète chez les malades TB et le screening actif de la TB chez les patients diabétiques. Quant aux autres comorbidités (Hépatite B et C, HTA), elles seront également recherchées activement chez les patients tuberculeux et prises en charge en cas de positivité, par les agents des CDT qui bénéficieront de renforcement de

compétences dans ce cadre et les services dotés en tests pour le diagnostic de ces maladies.

Les activités de ce domaine contribueront à l'atteinte de l'objectif spécifique 4. Elles seront mises en œuvre dans toutes les régions sanitaires et de l'hygiène publique dans l'optique de renforcer le diagnostic et la prise en charge aussi bien de la co-infection TB/VIH que des autres comorbidités. Le tableau IX présente la liste des activités de ces domaines par intervention.

Tableau VIII: Liste des activités du domaine 1.3 par intervention

Interventions	Activités
Collaboration TB/VIH et autres comorbidités (diabète, hépatite...)	151. Former 60 infirmiers des CDT en counseling VIH et testing VIH en 2 sessions de 3 jours en 2024 et 2026. 152. Former les infirmiers des SDV en 3 jours sur le dépistage et la PEC de la TB et TB/VIH (90 en 2024 (3 sessions), 30 en 2025 et 2026) 153. Superviser conjointement en 2024 (PNT/PSSLS/DRS) les agents des sites GU de PEC TB/VIH PNT : 2, PSSLS : 2, DRS : 2 (supervision semestriellement) 154. Organiser chaque année les rencontres trimestrielles de la cellule de coordination TB/VIH à Ouagadougou (20 participants résidents, 10 participants déplacés). 155. Participer chaque année à des rencontres au niveau international (WARN-CARN/TB, Conférences de L'Union, conférences de biologie technique, conférences sur le VIH, conférences sur la TB) 156. Assurer chaque année la participation d'acteurs de la lutte contre la TB à des cours internationaux (Cours internationaux sur la TB-MR, sur la Mycobactériologie, sur le contrôle de la TB) 157. Organiser en 2024 un atelier d'élaboration et de validation d'un plan d'extension de la mise en œuvre du guichet unique (élaboration 6 Koudougou, 25 participants, validation 1 jour, 30 participants à ouagadougou) 158. Tenir en 2024 un atelier de formation des formateurs régionaux sur le GU TB/VIH en 1 session de 6 jours (25 participants) pour les nouvelles régions incluses 159. Assurer chaque année le fonctionnement du comité de suivi technique des activités de mise en œuvre du guichet unique. 160. Tenir une rencontre d'information avec les responsables des nouvelles régions choisies dans le cadre de l'extension des activités du GU (4 régions en 2024, 5 régions en 2025). DRSHP, SLM, MCD/DS par région 161. Tenir semestriellement une rencontre de suivi des activités dans chaque région du guichet unique TB/VIH (35 participants) de deux jours 162. Tenir un atelier de formation de 30 formateurs sur la PECIM/VIH, TB et l'ETP au niveau des districts en 1 session de 6 jours (Koudougou) pour les nouvelles régions incluses. 163. Former en 5 jours les agents (1 médecin et 1 infirmier CDT ; 1 médecin et 1 infirmier FA ; 1 du laboratoire) par site dans les nouvelles régions dans la gestion du guichet unique (4 sessions de 30 en 2024 et 5 sessions de 30 en 2025 . 164. Former en 2024 et en 2025, 50 agents communautaires (25 CDT et 25 FA) en 2 sessions de 3 jours dans la gestion du guichet unique TB/VIH dans les nouvelles incluses. 165. Tenir en 2024 un atelier de Paramétrage des outils TB/VIH dans le tracker TB (Koudougou, 6 jours, 30 participants) 166. Doter les sites GU en frais de connexion pour la saisie sur le tracker TB 167. Former annuellement les infirmiers des CDT sur la saisie des données dans le tracker en 1 session de 5 jours (75 en 2024 et 50 en 2025) 168. Former un médecin par site GU sur l'interprétation des clichés radiologiques en 6 jours (75 en 2024 et 50 en 2025) 169. Tenir en 2024 à Koudougou, un atelier de 5 jours avec 20 participants pour l'élaboration des outils de suivi de la mise en œuvre du guichet unique (registre, dossier médical du patient) 170. Assurer la reproduction des outils révisés (90 en 2024) 171. Tenir trimestriellement une rencontre de 10 personnes pour la validation interne des données TB/VIH dans chaque site pilote en un jour

	172. Tenir semestriellement un atelier de validation des données de surveillance de la co-infection TB-VIH dans chaque région en un (1) jour 173. Réaliser semestriellement un monitoring des activités du guichet unique TB/VIH dans chaque site pilote en un jour. 174. Organiser en 2024, un atelier de 6 jours sur la méthodologie de la recherche opérationnelle au profit de 20 agents (5 par région pilote) 175. Réaliser chaque année une étude opérationnelle sur la co-infection TB-VIH 176. Réaliser semestriellement un audit de décès d'un jour des patients co-infectés TB/VIH dans les sites pilotes avec l'appui du niveau central une fois sur deux (24 en 2024, 25 en 2025 et 26 en 2026) 177. Superviser trimestriellement en 2024 les agents des sites GU par une équipe conjointe PNT-PSSLS-DRSHP 178. Evaluer en 2024 la mise en œuvre du plan GU en fin parcours 179. Tenir en 2024 à Ouaga un atelier de restitution de 30 personnes sur la mise en œuvre du plan en fin de parcours en 1jour 180. Doter en 2024, les 110 CDT en glucomètres et bandelettes pour le dépistage du diabète 181. Doter en 2024, les 110 CDT en tensiomètres pour le dépistage du HTA 182. Doter chaque année les CDT et les Centres de PEC TB-R en tests rapides pour le diagnostic de l'hépatite B et C 183. Former en 2025 les agents des CDT (médecin : 110 et 110 infirmiers) sur le diagnostic et la prise en charge de la comorbidités TB-diabète-HTA-hépatites B et C.
--	---

Domaine d'intervention 1.4 : Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose.

Les actions suivantes ont été retenues pour renforcer ce domaine d'intervention. Il s'agit de : i) l'acquisition et l'approvisionnement des structures de PEC en médicaments pour le traitement préventif de la TB (TPT) chez les cibles retenues par le programme (PvVIH et enfants de moins de 5 ans éligibles) ; ii) le traitement préventif des autres IO chez les patients TB/VIH. ; iii) la surveillance et la mise en œuvre du contrôle de l'infection.

Dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV) sous la conduite de la Direction de la prévention par les vaccinations (DPV), la vaccination au BCG va se poursuivre voire renforcer notamment dans les régions où elle a un peu baissé ces dernières années.

Les activités de ce domaine contribueront à ses objectifs spécifiques 4. Elles seront mises en œuvre dans toutes les régions sanitaires. Le tableau X donne la liste des activités par intervention.

Tableau IX: Liste des activités du domaine 1.4 par intervention

Interventions	Activités
----------------------	------------------

Contrôle de l'infection et traitement préventif de la tuberculose	184. Construire en 2024 les isoairs dans 10 MAC 185. Assurer la réfection de 9 unités de traitement de la tuberculose en 2024 186. Assurer la réfection de 3 laboratoires du réseau de microscopie de la tuberculose en 2024 187. Assurer la réfection d'une salle d'hébergement des patients TB d'un CDT en 2024 188. Assurer la surveillance de la tuberculose chez le personnel de santé qui s'occupe des malades TB (CDT); 189. Tenir en 2024 une session de cinq (5) jours un atelier d'élaboration d'un plan de prévention et contrôle de l'infection TB et COVID-19 dans chaque établissement de santé (30 participants dont 5 résidents) 190. Tenir en 2024 une session de trois (3) jours un atelier d'adoption d'un plan de prévention et contrôle de l'infection TB et COVID-19 dans chaque établissement de santé (30 participants dont 5 résidents) 191. Tenir sur site un atelier de 5 jours pour l'évaluation du plan de prévention et contrôle de l'infection de la formation sanitaire (30 participants) 192. Briefer une fois par an et en une journée 30 prestataires de soins sur la PCI en milieu de soins par palier de risque (30 dont 10 résidents) 193. Briefer une fois par an et en une journée 25 agents de santé non soignant sur la PCI en milieu de soins par palier de risque (25 dont 10 résidents) 194. Organiser en 2024 un atelier de conception des supports de sensibilisation PCI dans le contexte de TB et COVID-19 en 2024, 30 participants, Koudougou, 5 jours 195. Organiser en 2024 un atelier de validation des supports de sensibilisation PCI dans le contexte de TB et COVID-19, 5 jours, 30 participants, Koudougou 196. Reproduire en 2025 les supports de sensibilisation sur la PCI à l'endroit du personnel et des utilisateurs des services (15 000 affiches, 15 000 dépliants, 20 télés) 197. Assurer chaque année la diffusion des spots radios, des émissions radio en français et dans trois (3) langues nationales 198. Appuyer en 2024 20 laboratoires et 20 CDT ayant des salles insuffisamment ventilées en ventilateurs 199. Équiper en 2024 cinq salles d'imageries de CHR avec 2 lampes UV par salle 200. Assurer semestriellement la maintenance des équipements de ventilation/aération dans les services de prise en charge dans les CHR 201. Assurer quotidiennement le bio nettoyage des salles à haut risque dans 40 salles de CDT (730 interventions à 2500 FCFA par intervention) 202. Former sur site en 2024 et en 2026 30 THH sur la prévention des infections dans les salles à haut risque et l'utilisation de l'appareil de désinfection de surface par voie aérienne en une session de 5 jours dans chaque CHR 203. Acquérir des mouchoirs à usage unique et des masques pour les cas présumés de TB et de COVID-19 en milieu de soins 1120*13=14560 masques et 14 560 mouchoirs 204. Acquérir chaque année au profit des CHU/CHR, 123 sacs poubelles munis de ficelles pour l'élimination correcte des déchets par unité de production de déchets 205. Acquérir chaque année 16 850 P/50 masques chirurgicaux pour personnel des CDT et les malades TB et COVID-19 (70 masques par patients, 5 masques/semaine/agent de santé). 206. Acquérir en 2025, 19 lampes bactéricide UV + accessoires pour la désinfection des locaux de PEC des patients TB-MR au niveau des structures qui assurent l'initiation du traitement et l'hospitalisation des
--	---

	patients TB-MR (CNLAT y compris LNR-M=4; CHU-YO=4; CHU-SS=3; CRLAT=2 ; CHUR OHG=2 ; HDB =2 ; CHR KDG= 2) 207. Acquérir chaque année de la rifampicine+isoniazide 75/50 mg pour le traitement préventif de la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans contacts de P/CB 208. Acquérir chaque année de l'isoniazide+Rifapentine (HP) pour le traitement préventif de la tuberculose chez les PvVIH. 209. Mener en 2025 une recherche de mise en œuvre de la PCI TB/COVID-19 en milieu de soins 210. Mener des supervisions formatives sur la mise en œuvre de la PCI TB/COVID-19 en milieu de soins 211. Réaliser un bilan semestriel en interne du plan de contrôle de l'infection (2024 à 2025) 212. Réaliser en 2025 une évaluation à mi-parcours du plan de contrôle de l'infection
--	--

2. Politiques audacieuses et systèmes de soutien



Domaine d'intervention 2.1 : Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention.

Les actions prioritaires pour le renforcement de ce domaine sont les suivantes : **i)** l'acquisition de logistiques roulantes et de matériels informatiques pour renforcer la capacité managériale du PNT et du Comité technique ainsi que leur maintenance ; **ii)** l'amélioration de la communication à travers la connexion à internet et le réseau flotte entre CDT pour le meilleur suivi des patients ; **iii)** la contribution au fonctionnement de la Coordination du PNT et des centres de référence pour la PEC de la TB-MR ; **iv)** la PEC du personnel contractuel ; **v)** les cadres de concertation aux niveaux national et régional ; **vi)** l'élaboration de procédures d'approvisionnement adaptées aux ZADS ; **vii)** la mobilisation des ressources financières pour la LAT.

Les activités de ce domaine contribueront à son objectif spécifique 6. Ces activités sont consignées dans le tableau XI.

Tableau X: Liste des activités du domaine 2.1 par intervention

Interventions	Activités
2.1.1 Renforcement des capacités du programme (ressources humaines et plaidoyer)	213. Renforcer chaque année les compétences du personnel (12 agents) de la coordination du PNT en anglais 214. Former en 2024 deux agents du PNT en gestion financière au Maroc en 2 semaines 215. Organiser chaque année la journée mondiale de lutte contre la tuberculose 216. Tenir chaque année les réunions semestrielles du comité technique de lutte contre la tuberculose (réunions de 2 jours)
2.1.2 Renforcement des capacités du programme (logistique)	217. Acquérir en 2024, 1 véhicule pour le comité technique de lutte contre la tuberculose pour assurer les supervisions et autres appuis techniques aux DRSHP 218. Acquérir 21 ordinateurs portables en 2026 : Coord PNT (15), CNLAT (4) ; CRLAT (2) et 10 imprimantes : coordination PNT (8), CNLAT (1), CRLAT (1) ; 21 licences de office, Windows, et antivirus 219. Apporter chaque année un appui au PNT pour l'assurance et la visite technique des véhicules 4 roues 220. Assurer chaque année le fonctionnement du PNT y compris le LNR et les unités médicales spécialisées TB-MR 221. Assurer chaque année les frais de maintenance préventive et curative de la logistique roulante 222. Assurer chaque année les frais de maintenance préventive et curative du matériel informatique et des appareils Gene Xpert 223. Assurer chaque année les frais de communication du PNT (téléphone, internet)

Domaine d'intervention 2.2 : Collaboration renforcée des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publiques et privés.

Dans ce domaine, les actions prioritaires retenues sont les suivantes : **i)** l'amélioration de l'accès des populations des ZADS à l'offre de dépistage et de traitement de la TB en utilisant les acteurs communautaires et équipes mobiles déjà en place ; **ii)** la mise en place de procédures d'approvisionnement, de dépistage et de PEC adaptées aux ZADS ; **iii)** la mise à niveau des acteurs des ZADS (cliniques mobiles, agents de santé, ONG et OBC) sur la procédure simplifiée de dépistage et de PEC de la TB ; **iv)** le renforcement du lien PNT-CORUS-DRS pour une meilleure prise en compte de la TB dans les activités adaptées aux ZADS ; **v)** la mise en œuvre des microplans spécifiques de résilience dans la lutte contre la tuberculose; **vi)** le renforcement des actions communautaires selon le référentiel communautaire national qui visent à réduire la stigmatisation de la TB et du VIH et à promouvoir les droits des malades et l'égalité du genre à l'accès aux soins de qualité. Elles seront mises en œuvre grâce à l'implication des organisations de la société civile actives dans la lutte contre la TB et le VIH et des acteurs et leaders communautaires reconnus par les populations.

Les activités de ce domaine sont inscrites dans le tableau XII du PSN. Elles contribueront à ses objectifs spécifiques 1, 2, 3 et 5. Elles visent principalement les zones à déficit sécuritaire et à faible performance des indicateurs du PNT (notification et succès de traitement).

Tableau XI: Liste des activités du domaine 2.2 par intervention

Interventions	Activités
2.2.1 Collaboration renforcée des communautés et des institutions qui œuvrent dans les ZADS au profit des populations déplacées internes et des réfugiés	224. Former chaque année 30 agents communautaires à Tenkodogo (5 points focaux pour chacun des 6 ZADS) sur la confection/ la fixation des frottis de crachats en une session de 5 jours 225. Assurer annuellement l'approvisionnement des sites communautaires en consommables de laboratoire pour la confection des lames frottis. 226. Appuyer chaque année les 30 sites communautaires pour la confection/fixation et acheminement mensuel des frottis au laboratoire 227. Assurer semestriellement des campagnes communautaires de sensibilisation suivie de collecte et transport des crachats auprès des habitants des ZADS et sites PDI (Fada, Dori, Kaya, Kongoussi, Ouahigouya, Tougan, Dédougou...) par les équipes Communautaires, agents de santé, laborantins, superviseur en 3 jours 228. Réaliser et diffuser une émission radiophonique en trois langues locales deux fois par mois pendant 3 ans (2024, 2025 ,2026) sur la tuberculose (et la COVID19) dans les ZADS. 229. Organiser des séances de sensibilisation sur la tuberculose (et COVID19) chez les PDI, les autochtones et les PMTA (praticiens de la médecine traditionnelle et alternative) par 20 agents communautaires une fois par mois pendant 10 mois en ciblant les jours de marché. 230. Organiser une séance de briefing de deux jours dans l'année sur la prévention de la tuberculose au profit 30 PMTA. 231. Référer les nouveaux cas présumés de TB parmi les sujets contacts dans les sites PDI et les autochtones par un agent communautaire (ASBC, OBC, Agents de santé) ou un PMTA vers les centres de santé. 232. Organiser trimestriellement une séance de vaccination de rattrapage (BCG+ autres antigènes) de quatre jours au profit des autochtones et des PDI par 5 équipes de 4 personnes (2 agents communautaires et 2 agents de santé). 233. Organiser une fois par mois pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) une séance de dépistage systématique chez tout PDI et autochtones présentant une toux de plus de dix jours dans les camps par trois agents communautaires (ASBC, OBC, Agents de santé). 234. Former chaque année en présentiel 30 agents (agents de santé et agents communautaires) des ZADS non accessibles sur le dépistage et le traitement par district. 235. Appuyer chaque année en carburant pour le déplacement des patients TB et VIH pour leurs consultations et suivi dans les ZADS. 236. Superviser trimestriellement pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) les agents de santé dans les activités TB/VIH dans les ZADS (à travers les TIC ou sur site). 237. Tenir en 2024 une réunion d'un jour de haut niveau de 50 personnes à Ouagadougou pour faire le plaidoyer auprès des décideurs politiques pour la prise en compte de toute la population des ZADS dans la gratuité des soins (PM). 238. Organiser en 2024 un atelier d'intégration et de paramétrage des outils prenant en compte la gratuité des soins dans les ZADS au profit de 35 personnes à Koudougou pendant 6 jours. 239. Reproduire et déployer en 2024 les outils de gratuité. 240. Organiser en 2024 des ateliers d'orientation des acteurs sur les nouveaux outils de gratuité en deux sessions de 3 jours à Koudougou au profit de 30 personnes par session.

	241. Organiser en 2024 un atelier de révision et d'adaptation des outils TB/VIH communautaires au profit des ZADS de 35 personnes à Manga en 5 jours. 242. Organiser en 2024 un atelier d'élaboration des modules de formation des acteurs communautaires en 5 jours 30 personnes à Kaya. 243. Reproduire/diffuser en 2024 les outils communautaires TB/VIH. 244. Organiser en 2024 un atelier de 5 jours d'élaboration des directives sur l'utilisation des nouveaux outils regroupant 30 personnes à Manga. 245. Acquérir 81 tablettes chaque année pendant 2 ans (2024, 2025) (7 DRS, 2 tablettes par structures) pour le rapportage des données et supervision 246. Réaliser des sorties en stratégie avancée des agents communautaires et leaders pour l'offre de service dans les ZADS avec CSPS non fonctionnels (4 communautaires et 4 leaders par sortie, 02 sorties /mois pendant 3 ans) 247. Mettre en place en 2024 la plateforme 99DOTS pour les patients non accessibles dans chaque DS des régions ZADS 248. Organiser 2 campagnes de dépistage de la tuberculose et du VIH par an pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) dans chacun de 10 sites des déplacés. 249. Réaliser des causeries éducatives deux fois/mois pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) sur la TB suivies de collecte de crachats chez les présumés TB dans les camps de PDI et les familles d'accueil de chacun des chefs-lieux de région à plus forte concentration de personnes déplacées interne (Dori, Kaya, Ouahigouya, Dédougou, Fada N'Gourma...) 250. Faire le plaidoyer en 2024 auprès de la DGAP pour l'adaptation du SIGL aux zones à défi sécuritaire 251. Rendre disponibles et fonctionnelles les machines Gene Xpert MTB/RIF, des appareils TrueNat et des imprimantes pour renforcer le diagnostic de la tuberculose au niveau des ZADS (TB-MR, TB Enfants, TB chez les PVVIH, TB chez les personnes âgées...)
2.2.2 Collaboration renforcée des communautés selon le référentiel national des interventions communautaires de lutte contre la TB	252. Former chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) en 3 sessions 120 acteurs communautaires sur les enquêtes d'entourage 253. Acquérir 120 motos au profit des 120 OBC ou associations réalisant des activités dans un CDT en 2025. 254. Acquérir 110 motos au profit des agents des CDT en 2024 255. Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la PEC des acteurs communautaires permanenciers dans les CDT 256. Mener 1 fois/mois pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) des visites à domicile, la recherche des perdus de vue et l'accompagnement communautaire au profit des patients TB et patients absents au traitement dans l'aire sanitaire d'intervention 257. Référer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) les nouveaux cas présumés de TB parmi les sujets contacts lors des activités de sensibilisation et des VAD par un agent communautaire (ASBC, OBC) vers les centres de santé $70 \text{ DS} \times 5 \text{ ACX } 1/10 \text{ cas présumé positif/mois} \times 12 (\text{année}) = 4200$ 258. Former en 2025 en 14 sessions de 3 jours 350 animateurs des associations (y compris 70 tradipraticiens) impliquées dans la mise en œuvre des activités du volet communautaire pour l'identification, la référence des cas présumés de TB, TB/VIH et la collecte des crachats. 259. Assurer semestriellement chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) une rencontre de concertation entre acteurs communautaires (1 OBC par CDT) et acteurs de lutte contre la tuberculose du District sanitaire (MCD, Médecin responsable de la TB, pharmacien, SUT de laboratoire, unité du traitement, gestionnaire, CISSE, MAC) 260. Organiser une séance de briefing de deux jours dans l'année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) sur la prévention de la tuberculose au profit de 140 tradipraticiens à Koudougou

Domaine d'intervention 2.3 : Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'utilisation rationnelle des médicaments et la prévention de l'infection.

Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

Pour ce domaine, les actions prioritaires qui seront mises en œuvre sont : **i)** la mise à niveau des acteurs sur la quantification et la gestion des intrants du programme, sur le système d'alerte précoce, la pharmacovigilance ; **ii)** l'enregistrement des médicaments antituberculeux ; **iii)** la mise en place et animation d'une cellule de pharmacovigilance au programme ; **iv)** la mise à jour des directives et autres référentiels du programme.

Les activités de ce domaine contribueront à son objectif spécifique 6. Elles sont inscrites dans le tableau XII par intervention.

Tableau XII: Liste des activités du domaine 2.3 par intervention

Interventions	Activités
Renforcement des capacités du programme sur l'utilisation rationnelle des médicaments (élaboration des guides techniques, manuels de procédures et formations)	261. Tenir en 2025, 3 ateliers pour la révision de guide technique de prise en charge de la tuberculose résistante (atelier 1, groupe restreint de 15 personnes en 6 jours à Manga ; atelier 2, 30 personnes en 5 jours à Koudougou ; atelier de validation et d'adoption à Ouagadougou en 2 jours (30 personnes) ; 262. Reproduire en 700 exemplaires en 2025, le guide technique de lutte contre la tuberculose résistante 263. Tenir en 2025, un atelier de 5 jours (25 participants) pour la conception des affiches sur les régimes et posologie des médicaments antituberculeux de seconde ligne (traitement TB-MR ; TB-MR/FQ-R et TB-Hr) 264. Imprimer en 200 exemplaires en 2025, les affiches sur les régimes et posologie des médicaments antituberculeux de seconde ligne (traitement TB-MR ; TB-MR/FQ-R et TB-Hr) 265. Tenir en 2025, un atelier de 5 jours pour la conception des affiches sur les régimes et posologie des médicaments antituberculeux de première ligne (15 personnes à Ziniaré) 266. Imprimer en 3000 exemplaires en 2025, les affiches sur les régimes et posologie des médicaments antituberculeux de première ligne. 267. Tenir en 2025, 3 ateliers pour la révision de guide technique de lutte contre la tuberculose (atelier 1, groupe restreint de 15 personnes en 6 jours à Ziniaré ; atelier 2, 30 personnes en 5 jours à Manga ; atelier de validation et d'adoption à Ouagadougou en 3 jours (30 personnes) ; 268. Réviser le guide TB/VIH en 2024 269. Reproduire en 650 exemplaires et diffuser le guide TB/VIH révisé en 2024 270. Elaborer en 2026 le plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2027-2030. 271. Elaborer en 2026 le plan stratégique de recherche opérationnelle sur la tuberculose 2027-2030 272. Elaborer en 2026 le plan de suivi-évaluation du PSN TB 2027-2030 273. Réviser le manuel de procédures de gestion des intrants de lutte contre la tuberculose en 2024 274. Reproduire et diffuser 500 exemplaires du manuel révisé de procédures de gestion des intrants de lutte contre la tuberculose en 2024 275. Réviser en une session de 6 jours (30 participants) les modules de formation des agents de santé sur la tuberculose y compris TB/VIH et TB-MR en 2025 276. Former chaque 2 ans 20 membres du comité de quantification des intrants TB élargi aux prescripteurs sur la quantification des médicaments de 1ère et 2è ligne en 5 jours à Koudougou (facilitateurs : experts GDF) 277. Former chaque 2 ans 20 membres du comité de quantification des intrants de lutte contre la TB sur quantification des réactifs et consommables de laboratoire en 5 jours à Ziniaré (facilitateurs : experts GDF). 278. Former 20 membres du comité de quantification sur le système d'alerte précoce et la gestion des plans de transition en 5 jours à Ouagadougou en 2025

	279. Former chaque 2 ans 210 Pharmaciens, PEP et Agents CDT des Districts sanitaires sur la gestion des intrants de lutte contre la TB en 5 jours dans chacune des 13 régions (2 facilitateurs niveau central et 2 au niveau DRS) 280. Former chaque 2 ans 13 pharmaciens régionaux et 15 pharmaciens de la CAMEG sur la gestion des intrants de lutte contre la tuberculose en 5 jours à Ouagadougou 281. Former en 2026 30 magasiniers et transitaires de la CAMEG sur la gestion des intrants de lutte contre la TB en 3 jours 282. Inscrire chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) deux (02) agents du PNT au cours international sur la pharmacovigilance (cours de 2 semaines au Maroc). 283. Effectuer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) un voyage d'études (2 semaines) au profit de 3 agents du PNT dans un pays où le système de pharmacovigilance fonctionne bien pour les intrants TB (ex Maroc, RDC...) 284. Faire un plaidoyer en 2024 auprès de GDF pour l'enregistrement des intrants TB au BF 285. Elaborer chaque année en une session de 6 jours à Manga le plan d'action du PNT de l'année n+1 (25 participants) 286. Assurer les inventaires (semestriel et annuels) des intrants de lutte contre la tuberculose à la CAMEG chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) 287. Reproduire 200 exemplaires le guide aDSM en 2024 288. Former 25 médecins des sites de PEC TB-R sur la pharmacovigilance en une session de 3 jours en 2024 à Ziniaré 289. Former en 2024, 25 infirmiers des Centres de PEC TB-R sur la pharmacovigilance en une session de 3 jours à Ziniaré 290. Former en 2024, 25 pharmaciens des Centres de PEC TB-R sur la pharmacovigilance en une session de 3 jours à Ziniaré 291. Réaliser chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) conjointement avec l'ANRP une supervision des agents des Centres de PEC TB-R sur l'aDSM
--	--

Domaine d'intervention 2.4 : Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la TB.

Une action prioritaire a été retenue :

292. Réaliser la 2ème enquête sur les coûts catastrophiques liés à la tuberculose en 2025 avec une assistance technique internationale.

Domaine d'intervention 2.5 : Equité, Genre et Droits humains.

La revue programmatique a suggéré l'intégration de ce domaine jugé important. De l'analyse de ce domaine, les priorités suivantes ont été retenues : i) renforcement de la contribution des OBC aux activités de lutte contre la stigmatisation des patients tuberculeux dans la communauté en menant davantage d'activités de sensibilisation ; ii) disponibilité de la charte des patients TB dans les CDT (droits et devoirs des patients TB) ; iii) mise en place des stratégies pour réduire les coûts supportés par les patients tuberculeux ; iv) mise en place d'intervention visant à améliorer l'accès des personnes privées de liberté au dépistage, au diagnostic et au traitement de la tuberculose.

Tableau XIII: Liste des activités du domaine 2.5 par intervention

Interventions	Activités
Intervention 2.3.1 : Elimination de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose	293. Tenir un atelier de révision de la charte des patients TB (20 participants en 6 jours à Koudougou) en 2024 294. Assurer la reproduction et la diffusion de la charte des patients TB (500 exemplaires) en 2024 295. Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la prise en charge totale des examens de diagnostic et de suivi des comorbidités des patients TB 296. Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la prise en charge gratuite des patients pour les soins relatifs aux séquelles et à l'invalidité suite à la tuberculose 297. Assurer en 2024 le passage à l'échelle de la solution numérique digitale « 99DOTS » pour le suivi à distance de l'observance des patients au traitement
Intervention 2.3.2 : Réponse aux besoins des personnes ou se trouvant dans d'autres lieux fermés	298. Former chaque année 80 détenus chef de quartier/cour mettant en œuvre le paquet d'activités de lutte contre la TB dans chacune des 13 plus grands établissements pénitentiaires. 299. Assurer l'accompagnement des 80 détenus chef de quartier/cour mettant en œuvre le paquet d'activités de lutte contre la TB dans chacune des 13 plus grands établissements pénitentiaires (EP) 300. Assurer chaque année un appui nutritionnel à 100% des patients TB du milieu carcéral (60 en 2024, 70 en 2025 et 75 en 2026) 301. Doter chaque année en Kit d'hygiène les détenus TB dans les MAC (60 en 2024, 70 en 2025 et 75 en 2026) 302. Réfectionner chaque année les locaux de 3 EP les plus défectueux pour l'isolement des détenus malades de TB.

3. Intensification de la recherche et de l'innovation



A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies



B. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation

Domaine d'intervention 3: Suivi-évaluation et recherche.

Pour ce qui est de ce domaine, comme actions prioritaires identifiées, il s'agit de : **i)** l'intégration de la gestion informatisée des patients TB et VIH (Tracker TB et Tracker VIH) ; **ii)** la mise à l'échelle du Tracker TB **iii)** la mise en place d'un système de connectivité des laboratoires ; **iii)** la mise à jour des compétences des agents sur la gestion des données statistiques ; **iv)** le renforcement du contrôle de la qualité des données ; **v)** l'évaluation du programme ; **vi)** le renforcement de la logistique informatique pour la mise en œuvre des projets de recherche opérationnelle du programme ; **vii)** la mise en œuvre de la recherche opérationnelle d'implémentation sur les préoccupations suivantes du programme : accessibilité des services TB selon le genre, la deuxième enquête CAP, les nouveaux schémas thérapeutiques,

l'investigation des cas contacts de TB, l'impact des interventions telles que l'apport nutritionnel aux patients TB et le guichet unique TB/VIH ; **viii)** l'amélioration de la supervision et de l'exploitation des résultats des projets de recherche réalisés.

Les activités de ce domaine (cf. tableau XIV) contribueront à l'atteinte de son objectif spécifique 6.

Tableau XIV: Liste des activités du domaine 3 par intervention

Interventions	Activités
3.1 Suivi-évaluation	303. Acquérir en 2024, 80 ordinateurs portables pour le passage à l'échelle du Tracker TB de 50 à 110 (prévision d'ouverture de 6 nouveaux CDT) structures de PEC 304. Acquérir en 2024, 80 wifi baladeurs (modem) pour la saisie des données Tracker TB pour le passage à l'échelle de 50 à 110 structures de PEC 305. Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) les frais de connexion internet pour la saisie des données Tracker TB (Forfait : 10 Go/modem x 110/mois) 306. Acquérir et installer en 2024 un logiciel de gestion de l'information au niveau du LNR-M 307. Former 12 agents du LNR-M sur la gestion électronique des données du LNR-M en une session de 5 jours à Koudougou en 2024 308. Elaborer une fois par semestre et imprimer en 400 exemplaires le bulletin d'information du PNT chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) 309. Former en 2024, 110 agents des nouveaux et anciens sites utilisant le Tracker TB sur la gestion des données individuelles TB à Koudougou (trois sessions de 5 jours) 310. Superviser trimestriellement les agents des sites utilisant le Tracker TB sur la gestion des données individuelles TB (110 sites de 2024 à 2026) 311. Organiser chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) des sorties de contrôle de qualité des données TB à l'aide de l'outil RDQA au profit des CDT dans 2 régions sanitaires 312. Tenir en T4 de chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) un atelier pour analyser les résultats du contrôle externe de qualité de la microscopie (26 participants) à Koudougou 313. Tenir chaque année pendant 3 ans en 5 jours à Koudougou un atelier d'élaboration du rapport annuel de lutte contre la tuberculose (1 DGSP, 1DPSP, 12 PNT, 1CNLAT, 2LNR-M, 1PADS, 1DSS, 1IPC/BF, 2Pneumo, 2DRS, 2DS) pour 26 participants 314. Tenir une fois par trimestre en 2 jours chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) un atelier de validation des données y compris TB au niveau régional (13) avec la participation de la coordination du PNT (02 agents du PNT et 1 DSS par région) 315. Tenir en 2024 un atelier de 5 jours sur la révision des outils de gestion du PNT à Manga (coordination du PNT, 2 CDT, 2 LNR, 2 Labo district, 2 ICP, 2 CISSE districts, 1CISSE Régional, SLM et 2 DSS) (25 participants) 316. Former en 6 jours les responsables CISSE (70 districts, 13 régions, 15 CHR/CHU) sur le remplissage des outils révisés à Koudougou en 4 sessions en 2024 (4 facilitateurs par session) 317. Former en 6 jours les agents des CDT (unité de traitement) sur le remplissage des outils révisés à Ziniaré (110 participants) en 4 sessions en 2024. 318. Former en 6 jours les agents des CDT (laboratoire) sur le remplissage des outils révisés à Koudougou (110 participants) en 4 sessions en 2024 319. Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la participation aux conférences annuelles sur le DHIS2 (2 agents du PNT) 320. Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la participation aux académies DHIS2 (2 agents du PNT) à Lomé 321. Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la participation aux académies Tracker (2 agents du PNT) à Lomé 322. Reproduire en 2024 et en 2026 les supports d'enregistrement et de notification du PNT 323. Réaliser la revue à mi-parcours du PSN 2024-2026 en 2025

	324. Réaliser l'évaluation finale du plan stratégique 2024-2026 en 2026. 325. Créer un site web au profit du PNT afin de faciliter la diffusion des directives et des documents référentiels
3.2 Recherche opérationnell e	326. Implémenter le module TB laboratory du DHIS2 en 2024 327. Réaliser en 2024 une étude pour identifier les obstacles liés à l'accès des services TB selon le genre (100 millions) 328. Implémenter le module HH Contacts du DHIS2 en 2024 100 millions 329. Réaliser en 2024 une étude sur le dépistage actif de la TB dans les services très fréquentés des structures hospitalières (service des urgences, la maternité) 100 millions 330. Réaliser la 2ème enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de la population sur la tuberculose en 2024 (50 millions) 331. Réaliser la 2ème évaluation des coûts supportés par les patients atteints de TB et de leur famille au BF en 2024 (100 millions) 332. Implémenter une nouvelle stratégie de soutien aux patients TB-R en 2025 (100 millions) 333. Évaluer en 2024 l'impact de l'apport nutritionnel sur les résultats de traitement des patients TB/VIH 100 millions 334. Réaliser en 2024 une enquête d'exhaustivité pour évaluer la sous-notification dans les sous-groupes avec l'appui de l'OMS 100 millions 335. Évaluer en 2024 l'impact du guichet unique TB/VIH sur la mortalité des patients co-infectés TB/VIH 100 millions 336. Tenir en une session de 5 jours un atelier d'élaboration des textes portant création, organisation et fonctionnement de la task force recherche opérationnelle en 2024(20 participants) à Manga 337. Organiser la rencontre semestrielle chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) de la Task Force recherche opérationnelle sur la tuberculose (25 participants) à Ouagadougou 338. Parrainer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) au moins deux thèses et deux masters portant sur la tuberculose (clinique, laboratoire).

XI. SUIVI ET EVALUATION DU SUPPLEMENT DU PLAN

11.1. Mécanisme de suivi et d'évaluation

Le suivi évaluation du présent plan stratégique se fera à travers la mise en œuvre du plan de suivi évaluation 2024-2026 élaboré à cet effet.

Ce plan de suivi évaluation décrit le système d'information sanitaire de la tuberculose et fait l'analyse des parties prenantes, des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de suivi évaluation. Il comporte le cadre de suivi des indicateurs dans lequel sont décrits les indicateurs, les modalités de collecte et les sources des informations, les méthodes de calculs de ces indicateurs que le mécanisme d'assurance qualité des données.

Chaque année, un plan d'action sera élaboré pour la mise en œuvre du plan stratégique.

11.2. Suivi du plan

Le suivi de la mise en œuvre des activités se fera à travers : i) les réunions de suivi à tous les niveaux (PNT, DRS, districts sanitaires avec la participation des acteurs communautaires et associatifs), ii) les supervisions à tous les niveaux (PNT, DRS, Districts, structures associatives), iii) les réunions au niveau national (Directions centrales, Programmes, SP/CNLS-IST, DRS, Société civile, partenaires, ...).

Les indicateurs du plan stratégique couvrent tous les domaines de la lutte antituberculeuse. Ces indicateurs prennent en compte le suivi de la performance dans le contexte de déficit sécuritaire. Ce sont des indicateurs de dépistage, de traitement, de suivi de la co-infection TB/VIH, de suivi de la tuberculose résistante, de gestion des stocks de médicaments antituberculeux et intrants de laboratoire, de participation communautaire et d'appui à la mise en œuvre. La majorité des indicateurs seront obtenus du DHIS2 national (Endos-BF).

11.3. Évaluation du plan

Le présent plan stratégique sera évalué de deux manières :

- **l'évaluation interne** : elle sera conduite au niveau national à travers les bilans des plans d'action ; au niveau régional, elle sera assurée à travers la collecte et la validation trimestrielle des données de routine et l'analyse annuelle de la situation de la lutte contre la tuberculose ;
- **l'évaluation externe** : une évaluation à mi-parcours en 2024 et à la fin de la mise en œuvre du plan en 2026. Ces évaluations de type externe seront assurées par des équipes d'experts nationaux et internationaux. Elles seront basées sur l'exploitation des rapports d'activités de routine, des visites de terrains et des entretiens avec les acteurs et partenaires à différents niveaux.
Ces évaluations permettront d'identifier puis de lever les éventuels goulots d'étranglement.

11.4. Principaux indicateurs du plan

Les principaux indicateurs retenus pour mesurer la performance du supplément du PSN TB 2024-2026 sont au nombre de 20 dont 4 indicateurs d'impact, 5 d'effets et 11 de couverture. Ils sont présentés dans le tableau XV.

Tableau XV: principaux indicateurs du supplément du PSN-TB 2024-2026

N°	Types d'indicateur	Indicateurs	Périodicité	Valeur de base	Année de référence	Source de données	2021	2022	2023	2024	2025	2026
1	Impact	Taux d'incidence de la tuberculose (cas pour 100 000 habitants)	Annuelle	45	2021	Rapport mondial OMS	45	44	42	40	38	36
2	Impact	Taux de mortalité par tuberculose (cas pour 100 000 habitants)	Annuelle	6,4	2021	Rapport mondial OMS	6,4	6,8	6,5	6,1	5,7	5,5
3	Impact	Prévalence de la TB résistante à la rifampicine et/ou de la TB-MR chez les nouveaux patients atteints de TB (%)	Annuelle	1,3	2021	Enquête	1,3			1,3	1,3	1,3
4	Impact	Pourcentage de ménages affectés par les coûts catastrophiques liés à la TB (%)	Annuelle	54	2020	Enquête	54%			30%		
5	Impact	TB/HIV I-1 Taux de mortalité de la	Annuelle	0,78	2021	Rapport mondial OMS	0,78	0,78	0,78	0,78	0,78	0,78

		tuberculose/VIH (pour 100 000 habitants)										
5	Effet	Taux de notification des cas de tuberculose (nouveaux et rechutes, toutes formes confondues) pour 100 000 habitants	Annuelle	34	2021	Rapport annuel PNT	34	32	33	34	35	35
6	Effet	Taux de succès du traitement, nouveaux cas et rechutes toutes formes de TB (%)	Trimestrielle	82	2020	Rapport annuel PNT	82	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90
7	Effet	Taux de succès thérapeutique de TB-RR et/ou TB-MR (%)	Trimestrielle	75	2020	Rapport annuel PNT	75	≥80	≥85	≥73 ,40	≥76,77	≥80,39
8	Effet	Taux de décès chez les co-infectés TB/VIH, nouveaux cas et rechutes toutes formes (%)	Trimestrielle	18	2020	Rapport annuel PNT	18	<8	<7	<10	<7	<5

9	Effet	Taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechutes toutes formes de TB parmi les patients ayant bénéficié d'un accompagnement communautaire (%)	Annuelle	84,4	2020	Rapport annuel PNT	84,4	≥92	≥93	≥94	≥95	≥95
10	Couverture	Pourcentage des nouveaux patients de TB ou de rechute notifiés ayant subi un test de diagnostic rapide (Xpert) en tant que test de diagnostic initial	Trimestrielle	49,47%	2021	Rapport annuel PNT	49,47	70	85	70	80	90
11	Couverture	Pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie de frottis	Trimestrielle	83,3	2021	Rapport annuel PNT	83,3	≥95	≥95	≥95	≥95	≥95

12	Couverture	Nombre de cas notifiés de TB toutes formes confondues (cas confirmés bactériologiquement et cas diagnostiqués cliniquement), nouveaux cas et rechutes	Trimestrielle	7281	2021	Rapport annuel PNT	7281	7051	7621	7931	8405	8763
13	Couverture	Proportion de nouveaux cas TB et rechutes toutes formes notifiés chez les enfants (%)	Trimestrielle	3,1	2021	Rapport annuel PNT	3,1	5	6	7	8	9
14	Couverture	Proportion de nouveaux cas et rechute de TB (toutes formes confondues) orientés par les acteurs communautaires (%)	Trimestrielle	24,9	2021	Rapport annuel PNT	24,9	30	35	35	40	40
15	Couverture	Nombre de cas de TB résistante à la rifampicine et/ou de TB-MR notifiés	Trimestrielle	82	2021	Rapport annuel PNT	82	115	111	101	105	108

16	Couverture	Nombre de cas de TB résistante à la rifampicine et/ou de TB-MR ayant commencé un traitement antituberculeux de 2 ^{ème} ligne	Trimestrielle	75	2020	Rapport annuel PNT	75	115	111	101	105	108
17	Couverture	Pourcentage de patients TB enregistrés (nouveaux cas et rechutes) dont le statut VIH est documenté (%)	Trimestrielle	97,4	2021	Rapport annuel PNT	97,4	98	98	98	98	99
18	Couverture	Pourcentage de patients TB (nouveaux cas et rechutes) séropositifs au VIH sous traitement ARV pendant le traitement antituberculeux (%)	Trimestrielle	93,6	2021	Rapport annuel PNT	93,6	100	100	100	100	100
19	Couverture	Proportion des enfants de moins de 5 ans contacts de cas de TB confirmés bactériologiquement éligibles, mis sous	Trimestrielle	77,2	2021	Rapport annuel PNT	77,2	80	85	90	95	100

		traitement préventif (%)										
20	Couverture	Pourcentage des cas de TB-RR notifiés avec résultats de test de sensibilité pour les médicaments de 2 ^{ème} ligne (%)	Annuelle	61	2021	Rapport annuel PNT	61	75	80	85	90	98
21	Couverture	Nombre de personnes atteintes de tuberculose (toutes formes confondues) déclarées dans la population carcérale; *n'inclut que les nouvelles patients et les rechutes	Trimestrielle	34	2021	Rapport annuel PNT				46	56	78
22	Couverture	Nombre de patients déclarés atteints de tuberculose toutes formes confondues (c.-à-d. confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement) ;	Trimestrielle	1627	2021	Rapport annuel PNT				1780	1886	1966

		*n'inclut que les nouveaux patients et les rechutes dans les zones à défi sécuritaire (ZADS)										
23	Couverture	Nombre de patients déclarés atteints de tuberculose toutes formes confondues (c.-à-d. confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement) ; *n'inclut que les nouveaux patients et les rechutes parmi les populations déplacées internes (PDI)	Trimestrielle	ND			ND	ND	ND	ND	ND	ND

24	Couverture	Nombre de femmes dans les zones à défi sécuritaire (ZADS)déclarées atteintes de tuberculose toutes formes confondues (c.-à-d. confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement) ; *n'inclut que les nouvelles patientes et les rechutes	Trimestrielle	407	2021	Rapport annuel PNT					445	472	492
----	-------------------	--	---------------	-----	------	--------------------	--	--	--	--	-----	-----	-----

XII. RESSOURCES FINANCIERES NECESSAIRES POUR LA PERIODE 2021-2025

12.1 Hypothèses et méthodes de budgétisation

Le plan budgétaire du supplément du PSN TB 2024-2026 est basé sur des hypothèses détaillées de travail.

Les coûts unitaires utilisés pour le budget détaillé se basent sur :

- les prix nationaux de référence « la mercuriale 2019 » pour les achats de fournitures, matériels informatiques, etc. ;
- les factures proforma ou contrats pour les services professionnels externes ou à défaut sur les coûts historiques ou ceux pratiqués ailleurs, en fonction de la similarité de l'objet de coût ;
- les coûts historiques pour les activités de routine exécutées lors des subventions précédentes (par exemple : frais d'envoi des échantillons de crachats), les réfections d'infrastructures et autres comme les enquêtes/études/formations diplômantes ou certifiantes ;
- les prix de GDF en ce qui concerne le GAS ;
- les frais de prise en charge (perdiems) émanant des textes en vigueur pour les réunions / formations / supervisions / missions, voyages d'études des nationaux ;
- des honoraires pratiqués pour les missions d'assistance technique des nationaux ou des étrangers selon le cas, les prix des billets d'avion sont quant à eux selon une moyenne découlant des coûts historiques des vols à l'échelle continentale ou hors du continent.

12.2 Stratégie de mobilisation des ressources

La mobilisation des ressources financières est une étape importante pour la mise en œuvre du présent plan stratégique. Le financement du supplément du PSN TB 2024-2026 va s'appuyer d'abord sur le budget de l'État en vue de l'augmentation de sa contribution à la lutte contre la tuberculose. La sollicitation des partenaires internes et externes sera poursuivie. L'état d'avancement de la mise en œuvre du plan

stratégique sera présenté annuellement aux partenaires et différents acteurs dans la lutte contre la tuberculose.

XIII. PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE

Les domaines prioritaires dans lesquels une assistance technique est sollicitée sont les suivants :

- la biosécurité, la culture et les tests de sensibilité au LNR-M ;
- l'assurance de la qualité du réseau de laboratoires ;
- la mise en réseau des GeneXpert et des appareils du TrueNat par un système de connectivité adapté ;
- les revues externes du programme ;
- la réalisation de la recherche opérationnelle ;
- la mise en œuvre du TB-Tracker et du REC-TB ;
- la rédaction de demandes de financement ;
- le renforcement des capacités du PNT dans la lutte contre la co-infection TB/VIH y compris dans les ZADS (PDI/Refugiés) ;
- le renforcement des capacités techniques du PNT dans le domaine humanitaire pour la meilleure coordination possible des interventions de lutte contre la TB dans les ZADS y compris dans les camps des Réfugiés.

XIV. CONCLUSION

Le supplément du plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2024-2026 a été élaboré de façon participative et inclusive avec l'appui technique des Partenaires du PNT. Il comprend des axes stratégiques avec des objectifs spécifiques définis dans le but de résoudre les problèmes identifiés. L'atteinte de ces objectifs dépendra de la mobilisation conséquente des ressources et de l'engagement des acteurs à tous les niveaux.

Au regard des acquis enregistrés dans la lutte contre la tuberculose dans le pays, ce nouveau plan stratégique contribuera à réduire significativement le fardeau socio-économique de la tuberculose au niveau national et partant à l'élimination de ce problème majeur de santé qu'est la tuberculose d'ici à 2030 conformément aux ODD.

XV. BIBLIOGRAPHIE

- Ministère de la santé. Burkina Faso. Plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2021-2025.
- Ministère de la santé. Burkina Faso. Plan de suivi évaluation du plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2021-2025
- Rapport de la Revue épidémiologique et programmatique du PNT. Burkina Faso. Novembre 2022
- OMS. Stratégie «Mettre fin à la tuberculose». Année 2014
- OMS. Rapport mondial de lutte contre la tuberculose. Année 2022
- Ministère de la santé. Burkina Faso. Rapports annuels du PNT. Années 2021 et 2022
- Ministère de la santé. Burkina Faso. Annuaire statistique. Années 2020 et 2021
- Rapport du PNUD sur l'IDH. Année 2018
- Ministère de la santé. Burkina Faso. Rapport de l'enquête démographique de santé (EDS). année 2010
- Ministère de la santé. Burkina Faso. Rapport de l'EMCV (DSF). année 2015
- Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Burkina Faso. PND 2021-2030
- Ministère de la santé. Burkina Faso. Guide technique de lutte contre la tuberculose. Ed. 2022
- Ministère de la santé. Burkina Faso. Guide technique de prise en charge de la TB/VIH. Ed. 2021
- Ministère de la santé. Burkina Faso. Guide technique de prise en charge de la TB-R. Ed. 2022
- OMS. Cadre d'indicateurs et de cibles pour le renforcement des laboratoires en ligne avec la stratégie « End TB ». 2017
- Ministère de la justice. Burkina Faso. Rapport de l'enquête STEPS. année 2013
- Rapport de l'enquête bio comportementale, Burkina Faso. Année 2017
- Fonds mondial. Note d'information. Tuberculose. Période d'allocation 2023-2025. 29 juillet 2022.

XVI. ANNEXES

Annexe 1 : Population projetée du Burkina Faso par groupe d'âge et par sexe de 2024 à 2026

Tranche d'âges	2024		2025		2026	
	M	F	M	F	M	F
Moins de 5 ans	2 286 720	2 186 966	2 378 800	2 273 600	2474588	2363666
5 - 14 ans	3 595 454	3 414 394	3 772 600	3 596 900	3958474	3789161
15 - 19 ans	1 383 411	1 322 873	1 472 700	1 407 200	1567752	1496902
20 - 24ans	1 047 583	1 105 690	1 192 000	1 185 900	1356326	1271929
25-29 ans	761 466	900 548	888 700	992 700	1037194	1094282
30-34 ans	568 255	805 765	654 400	807 300	753604	808838
35-39ans	447 401	654 090	491 900	719 100	540825	790571
40-44ans	397 911	546 272	387 800	581 000	377946	617936
45-49 ans	314 948	405 754	344 300	482 600	376387	574000
50-54ans	265 568	347 205	269 500	355 400	273490	363788
55-59ans	205 252	261 039	223 800	299 200	244024	342940
60-64ans	161 064	208 787	168 700	219 400	176698	230552
65ans+	307 657	366 206	318 300	404 400	329311	446578
Total/sexe	11 742 696	12 525 593	12 563 500	13 324 700	13466619	14191143
Total général	24 268 289		25 888 200		27 657 762	

Source : Burkina Faso. Ministère de l'économie et des finances. RGPH-2006. Thème 16 : projections démographiques 2007-2050.

Annexe 2 : plan d'action opérationnel du supplément du PSN-TB 2024-2026

N°	Interventions	Activités	Chronogramme des activités						Coût (x1000) en FCFA			Structure Responsable	Sources de financement
			2024				2025	2026	2024	2025	2026		
			T1	T1	T3	T4							
Domaine d'intervention 1.1 : Diagnostic précoce de la TB (y compris tests universels de sensibilité aux médicaments) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque													
1.	Intervention 1.1.1 : Augmentation de la demande et de la qualité des services de diagnostic	Assurer en 2025 l'extension des interventions REATB et CETA aux 3 autres régions (Boucle du Mouhoun, Centre Nord, le Sahel) en incluant le VIH					X		0,0	6950,0	0,0	PNT	AR.
2.		Former en 2025, 27 infirmiers et 27 TBM des CDT des RSHP nouvellement impliquées dans la REATB sur les définitions opérationnelles, sur les algorithmes de dépistage chez les sujets contacts étroits et organisation de la collecte des crachats (2 sessions de 27 participants 3 jours à Koudougou)					X		0,0	9683,5	0,0	PNT	AR
3.		Former dans chaque DRSH 105 formateurs des régions nouvellement impliquées dans la REATB sur la stratégie (les participants à cette formation seront les responsables des services concernés par les activités REATB et 1 point focal REATB/structures de santé) (2					X		0,0	19046,3	0,0	PNT	AR

		sessions de 20 à Dédougou et à Kaya et 1 session de 25 à Dori)											
4.		Assurer les indemnités des agents chargés de screening dans le cadre de la REATB	X	X	X	X	X	X	229320,0	229320,0	229320,0	PADS	FM
5.		Réaliser chaque année une compagne de 3 jours pour le dépistage actif de la tuberculose à l'aide de radiographies thoraciques dans 2 CMA, 2 CHR, 2 casernes.	X	X	X	X	X	X	10749,0	10749,0	10749,0	PNT	FM
6.		Organiser chaque année dans les régions à haute prévalence du VIH (Centre, Hauts Bassins, Sud-ouest, Centre-ouest) des journées de dépistage active de la tuberculose à l'aide des radiographies thoraciques lors de la journée mondiale de la tuberculose.	X			X	X	X	7886,0	7886,0	7886,0	PNT	AR
7.		Assurer les frais d'envoi des échantillons de crachats des CSPS au laboratoire du CDT, des CDT au site Xpert, des sites Xpert au LNR-Mycobactéries par le mécanisme de SITEB	X	X	X	X	X	X	115365,0	126075,0	131445,0	PADS	FM/SRPS
8.		Acquérir en 2024, 15 nouvelles machines GeneXpert GX-IV et 15 imprimantes				X			425726,2	0,0	0,0	PADS	FM/SRSP
9.		Acquérir chaque année des cartouches pour les machines GeneXpert au profit des sites Xpert				X	X	X	85621,1	85621,1	85621,1	PADS	FM

10.	Acquérir chaque année les réactifs et consommables pour la culture en milieu solide, les tests de sensibilité, les tests TB-LAM et les tests moléculaires, kits Gx Check pour les machines GeneXpert au profit des sites Xpert				X	X	X	0,0	0,0	0,0	PADS	FM/PAR
11.	Acquérir et installer en 2024, 20 nouveaux climatiseurs pour les laboratoires devant abriter les nouvelles machines GeneXpert			X				11540,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
12.	Assurer en 2024 les frais d'installation d'un système de connectivité pour le réseau de GeneXpert et de TrueNat ainsi que l'installation d'un logiciel de gestion des données au LNR		X					32000,0	7000,0	7000,0	PNT	FM
13.	Mettre en œuvre le test QIAGEN pour le diagnostic de l'infection de la tuberculose latente au profit des sujets contact TB-RR/MR (404 en 2024, 420 en 2025 et 432 en 2026)		X	X	X	X	X	0,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
14.	Mettre en œuvre le test spécifique cutané pour le diagnostic de l'infection de la tuberculose latente chez les sujets contact TB-RR/MR (404 en 2024, 420 en 2025 et 432 en 2026)		X	X	X	X	X	0,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
15.	Acquérir chaque années des tests de culture solide et liquide et les tests Hain				X	X	X	0,0	0,0	0,0	PADS	FM

16.	Former chaque année en 5 jours les agents de laboratoire sur la microscopie et sur l'utilisation du test Xpert (100 en 2024, 75 en 2025 et 75 en 2026 en des sessions de 25 à Manga)		X			X	X	27259,0	20444,3	20444,3	PNT	FM
17.	Organiser un atelier de 5 jours pour la mise à jour des procédures opératoires standards (SOPs) du LNR-Mycobactéries (15 participants à Ouagadougou)			X				1100,0	0,0	0,0	PNT	FM
18.	Former chaque année 10 agents du LNR sur la culture des mycobactéries et les DST phénotypiques en 1 session de 5 jours,		X					850,0	850,0	850,0	PNT	FM
19.	Acquérir 37 appareils Truelab pour le diagnostic de la tuberculose y compris la TB-R (35 en 2024 et 2 en 2025)				X	X		667468,8	38447,5	0,0	PNT	FM/SRPS
20.	Former chaque année 50 agents du réseau de TB-Laboratoires sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose à l'aide du test TrueNat en 2 sessions de 5 jours à Ouagadougou.		X			X	X	10376,0	10376,0	10376,0	PNT	AR
21.	Assurer chaque année le contrôle de qualité externe des tests réalisés dans le TB-Laboratoires (10 lames frottis pour chacun des 110 laboratoires fonctionnels par semestre et 2 tests xpert/TrueNat pour chacun des 70 sites Xpert/TrueNat)	X	X	X	X	X	X	3000,0	3000,0	3000,0	PNT	FM

22.	Tenir semestriellement un atelier de 5 jours sur le bilan des résultats des supervisions et du contrôle externe de qualité des tests réalisés dans le réseau TB-laboratoires (13 superviseurs régionaux, 13 participants PNT/LNR)		X		X	X	X	12493,5	12493,5	12493,5	PNT	FM
23.	Prendre en charge chaque année un forfait de connexion à internet / communication au profit des points focaux des sites Xpert (50 en 2024, 60 en 2025 et 70 en 2026 pour la transmission des résultats des examens et les rapports mensuels)	X	X	X	X	X	X	6000,0	7200,0	8400,0	PNT	FM
24.	Assurer chaque année les frais du contrat de maintenance des équipements techniques et les climatiseurs du LNR-M			X		X	X	5000,0	5250,0	5512,5	PNT	FM
25.	Assurer chaque année les frais du contrat de maintenance des appareils GeneXpert et des appareils Truelab du réseau TB-laboratoire.			X		X	X	56681,0	78828,3	86569,7	PADS	FM/SRPS
26.	Assurer en 2025 l'extension de la garantie du laboratoire P3, des radiographies mobiles et fixes (garantie de 5 ans)					X	X		116511,396	0,0	PADS	FM et FM/SRPS
27.	Tenir en 2024 un atelier de 5 jours à Koudougou pour révision de l'algorithme de diagnostic bactériologique de la TB (2 participants superviseurs régionaux,	X						3949,3	0,0	0,0	PNT	FM

	1participant DLBM, 10 participants PNT/LNR)											
28.	Former en une session de 3 jours 10 agents du LNR sur les règles de biosécurité au laboratoire (Ouagadougou)		X					510,0	0,0	0,0	PNT	FM
29.	Assurer en 2024 un aménagement afin de contrôler l'accès au LNR			X				5000,0	0,0	0,0	PADS	FM
30.	Former chaque année 1000 paramédicaux des CHU/CHR/CMA/CM sur le dépistage et le suivi des cas de tuberculose (formation de 3 jours sur site)		X	X		X	X	38400,0	38400,0	38400,0	PADS	FM
31.	Appuyer chaque année les écoles de médecine et pharmacie pour l'organisation de séminaires de formation sur la lutte contre la tuberculose au profit des étudiants en médecine et pharmacie en fin de cycle (session de 3 jours 900 en 2024, 950 en 2025 et 1000 en 2026)				X	X	X	11352,0	11982,7	12613,3	PNT	AR
32.	Organiser chaque année un séminaire formation de 3 jours sur la tuberculose aux profits des élèves en fin de cycle des écoles publiques de formation en santé (Fada, Kaya, Ouaga, Ouahigouya, Koudougou, Bobo, Tenkodogo, Dédougou, Banfora, Manga, Dori, Gaoua) au profit de 800 élèves		X	X		X	X	21921,0	21921,0	21921,0	PNT	AR

33.	Produire en 2024, 5 spots télé et 3 spots radio sur la lutte contre la tuberculose (y compris le contrôle de l'infection) en français, mooré, dioula et fulfuldé		X					6400,0	0,0	0,0	PNT	FM/PA AR
34.	Diffuser chaque année 1 fois par semaine et par langue (en français, mooré, dioula et fulfuldé) les spots télé sur la lutte contre la tuberculose sur la chaîne nationale de télé		X	X	X	X	X	20800,0	20800,0	20800,0	PNT	FM/PA AR
35.	Diffuser chaque année 3 fois par semaine les 4 spots radio sur la lutte contre la tuberculose sur les antennes de 15 radios partenaires (3 diffusions par langue (français, mooré, dioula et fulfuldé) et par semaines)		X	X	X	X	X	62400,0	62400,0	62400,0	PNT	FM/PA AR
36.	Assurer chaque année la supervision semestrielle des prestataires chargés de la diffusion des spots radios au niveau des 15 radios partenaires (1 jour par radio et délai de route)		X		X	X	X	3621,6	3621,6	3621,6	PNT	FM/PA AR
37.	Tenir chaque année un atelier d'orientation d'un jour avec 25 agents de la presse sur la lutte contre la tuberculose.			X		X	X	2506,8	2506,8	2506,8	PNT	FM
38.	Organiser annuellement une rencontre d'information sur la TB avec les médecins responsables des services de santé des armées (1 jour à Ouagadougou avec 25 participants dont 7 de la coordination du PNT).				X	X	X	1415,0	1415,0	1415,0	PNT	FM

39.	Former 25 médecins des services de santé des armées sur la lutte contre la tuberculose en une sessions de 6 jours en 2024 et 2026.			X		X	3933,0	0,0	3933,0	PNT	FM
40.	Former 60 infirmiers des services de santé des armées sur la lutte contre la tuberculose en deux sessions de 6 jours en 2024 et 2026.			X		X	6396,0	0,0	6396,0	PNT	FM
41.	Superviser semestriellement les services de santé des armées		X		X	X	1549,2	1549,2	1549,2	PNT	AR
42.	Acquérir 8 fibroscopes complets, dont 2 pédiatriques au profit du CNLAT, le CRLAT, CHU Bogodogo, CHUR Ouahigouya et des services de pneumologie des CHU-YO et CHU-SS				X		20990,6	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS
43.	Tenir une rencontre d'information d'une journée au profit des acteurs principaux sur les stratégies innovantes du PNT (approche centrée, CETA, REATB, guichet unique TB/VIH) 100 participants (DRS, DG CHU/CHR, MCD)				X		18026,0	0,0	0,0	PNT	OMS
44.	Evaluer en 2025 les nouvelles stratégies du PNT (20 jours, consultants national, international, restitution d'une journée à l'endroit de 50 personnes)					X	0,0	15440,1	0,0	PNT	OMS

45.		Tenir en 2024, un atelier de 6 jours pour l'élaboration du plan de communication sur la lutte contre la tuberculose 2024-2026 du PNT (atelier de production du draft, 17 participants à Ziniaré ; atelier de finalisation et de validation du draft en 5 jours, 25 participants à Koudougou)		X					11102,0	0,0	0,0	PNT	AR
46.		Réaliser en 2024 et en 2025 deux film documentaire sur la lutte contre la tuberculose			X		X		9530,0	9530,0	0,0	PADS	FM
47.		Diffuser en 2025 et en 2026 le film documentaire sur la lutte contre la tuberculose					X	X	0,0	5400,0	5400,0	PNT	FM
48.	Intervention 1.1.2 : Ciblage des populations vulnérables et à risques : enfants, détenus, miniers, PDI	Assurer la recherche active des enfants contact de P/CB avec l'appui des acteurs communautaires pour évaluation et éventuellement mise sous traitement préventif de la TB	X	X	X	X	X	X	19504,5	22063,1	24536,4	PNT	FM
49.		Acquérir chaque année des consommables pour les tubages gastriques (sondes nasogastriques (CH6, 8 et 10), lidocaïne gel, sérum glucosé 250 ml, seringues 60 ml) (50 par CMA/CHU/CHR par an soit environ 2500)		X			X	X	16388,0	16873,7	17373,6	PADS	BE
50.		Former en 2024 et 2026 en 2 sessions de 5 jours, 60 paramédicaux (infirmiers et attachés de santé en pédiatrie) des 16 CHU/CHR (32), CNLAT (1), CRLAT (1) et CMA (26) à			X			X	13920,0	0,0	13920,0	PNT	FM

	la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant											
51.	Former en 2024 et 2026 en 2 sessions de 5 jours, 60 médecins pédiatres des 16 CHU/CHR (32), et CMA (26) à la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et à la pratique du tubage gastrique.			X			X	13488,0	0,0	13488,0	PNT	AR
52.	Former en 2024, 2025 et 2026 en 2 sessions de 3 jours, 60 Agents de Santé Communautaires (ASC) pour la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant avec l'appui du niveau région et district (Lieu DRS)		X			X	X	9336,0	9336,0	9336,0	PNT	FM
53.	Former en 2 sessions de 3 jours, 2 acteurs communautaires pour chacun des 27 services de pédiatrie sur la TB (Lieu Manga)				X			8853,5	0,0	0,0	PNT	AR
54.	Assurer la prise en charge (salaire) des acteurs communautaires pour chacun des 27 services de pédiatrie sur la TB (privilégier des anciens TB guéris)	X	X	X	X	X	X	42120,0	42120,0	42120,0	DRSHP	AR
55.	Assurer le déploiement de la digitalisation d'un formulaire de dépistage TB (REC-TB) + Suivi dans les districts de la région du Nord							270582,3	270582,3	0,0	PADS	FM/SRPS
56.	Tenir en 2024, en deux sessions de 2 jours, une rencontre d'informations avec les DRS-ECD-ICP (100 participants) de la région du Nord.		X					0,0	0,0	0,0	DRSHP	FM/SRPS

57.	Former en 5 sessions de 5 jours ,120 agents des districts de la région du Nord sur l'utilisation du formulaire digitalisé TB en 2024 à Koudougou.		X					0,0	0,0	0,0	DRSHP	FM/SRPS
58.	Former en deux sessions de 3 jours, 80 agents des districts de la région du Nord (ECD, prestataires, agents du labo) sur le dépistage et le suivi des cas de TB en 2024 à Ouahigouya.			X				0,0	0,0	0,0	DRSHP	FM/SRPS
59.	Former en 3 sessions de 5 jours, 120 agents de la région du Nord sur l'utilisation et à l'analyse des données de surveillance de la TB (à l'aide du dashboard) en 2025.				X			0,0	0,0	0,0	DRSHP	FM/SRPS
60.	Organiser chaque semestre de 2024 à 2026, des visites de coaching dans les 15 CSPS : Observations et feedback ; performance des agents de santé		X		X		X	0,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
61.	Organiser chaque semestre de 2024 à 2026, des sessions de partage d'expérience et revue de la performance des 15 CSPS de la région du Nord		X		X		X	0,0	0,0	0,0	DRSHP	FM/SRPS
62.	Acquérir 15 tablettes pour les CDT et les laboratoires de la région du Nord pour le partage d'information avec les CSPS.				X			420,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS
63.	Tenir en 6 jours, un atelier d'élaboration des modules PCIME TB				X			0,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS

	(25 participants) à Koudougou en 2024											
64.	Tenir en 6 jours un atelier de validation des modules PCIME TB (25 participants) à Koudougou en 2024			X			0,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS	
65.	Participer chaque année en 6 jours aux formations sur la PCIME REC 3 agents du PNT en collaboration avec la DSF à Koudougou		X		X	X	0,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS	
66.	Participer à chaque année à 3 supervisions sur la PCIME REC en collaboration avec la DSF, 2 agents du PNT	X	X		X	X	2656,5	2656,5	2656,5	PNT	FM/SRPS	
67.	Organiser en 6 jours, un atelier de digitalisation des outils CDT et Labo pour le partage d'information avec les CSPS (25 participants) à Koudougou	X					0,0	0,0	0,0	PNT	AR	
68.	Organiser en 2025, deux ateliers pour la révision du guide technique de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant (atelier de 6 jours avec 25 participants à Koudougou pour la production du draft suivi d'un atelier de 5 jours avec 30 participants pour la finalisation et adoption du document à Manga				X		0,0	14675,5	0,0	PNT	FM	
69.	Reproduire en 2025, en 600 exemplaires et diffuser le guide technique de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant révisé.				X		0,0	2400,0	0,0	PNT	FM	

70.	Organiser des journées de dépistage actif de la tuberculose chez les enfants dans les services de pédiatrie (15) à l'aide de la radiographie pulmonaire lors de la journée mondiale de la tuberculose.	X			X	X	X	26872,5	26872,5	26872,5	PNT	FM
71.	Organiser des journées de dépistage active de la tuberculose chez les mères des enfants ayant des signes d'imprégnation dans les services de pédiatrie (15) à l'aide de la radiographie pulmonaire lors de la journée mondiale de la tuberculose.	X			X	X	X	26872,5	26872,5	26872,5	PNT	AR
72.	Organiser deux (2) campagnes (5 jours chacune) de dépistage de la tuberculose par an chez les enfants malnutris dans les CREN à l'aide de la radiographie thoracique mobile.	X	X	X	X	X	X	5401,0	5401,0	5401,0	PNT	FM
73.	Evaluer en 2024, la couverture des laboratoires-TB par le système de transport des crachats		X					15000,0	0,0	0,0	PNT	AR
74.	Assurer chaque année les frais de communication des 54 agents de santé chargés de la coordination des activités TB chez les enfants dans 27 services de pédiatrie/CREN mettant en œuvre les activités du plan d'ajustement des modèles de soins centrés sur le patient TB	X	X	X	X	X	X	6480,0	6480,0	6480,0	DRSHP	FM

75.	Assurer le paiement des résultats de screening pour la TB (cas de TB additionnels) dans les services mettant en œuvre les activités REATB (600 cas en 2024, 800 en 2025 et 950 en 2026)	X	X	X	X	X	X	2000,0	2400,0	3000,0	PNT	FM
76.	Organiser chaque année des campagnes de recherche active de la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans lors des campagnes CPS (4 jours/campagne)			X	X	X	X	10000,0	10000,0	10000,0	PNT	AR
77.	Organiser chaque année des campagnes de recherche active de la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans lors des campagnes (2/an) de supplémentation Vitamine A, déparasitage systématique et dépistage de la malnutrition.			X	X	X	X	10000,0	10000,0	10000,0	PNT	AR
78.	Acquérir en 2024 un appareil de radiographie mobile numérique au profit de l'hôpital pédiatrique Charles de Gaulle				X			70000,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS
79.	Faire en 2024 la cartographie des principaux sites d'orpaillage dans les 3 régions retenues (en fonction de la taille de la population et le caractère stable)		X					5000,0	0,0	0,0	PADS	AR
80.	Réaliser trimestriellement une séance de sensibilisation, du dépistage suivi de la collecte de crachats sur la TB et VIH dans les 10 plus grands sites d'orpaillage.		X	X	X	X	X	18692,0	18692,0	18692,0	PNT	FM

81.	Assurer chaque année une mini campagne de sensibilisation sur la TB et la co-infection TB/VIH suivie de collecte des crachats par trimestre auprès des orpailleurs de 150 sites artisanaux les plus peuplés et accessibles.		X	X	X	X	X	2660,0	2660,0	2660,0	PNT	FM
82.	Former chaque 2 ans, 60 infirmiers des mines et des OST sur le dépistage et PEC de la TB en deux sessions de 3 jours.		X				X	9346,0	0,0	9346,0	PNT	FM
83.	Organiser semestriellement en 2 jours à Ouagadougou une rencontre bilan des activités de lutte contre la tuberculose avec les responsables des centres de santé des mines (35 participants).		X		X	X	X	7500,0	7500,0	7500,0	PNT	FM
84.	Organiser semestriellement une supervision des agents de santé des centres de santé des mines	X		X		X	X	3400,0	3400,0	3400,0	PNT	FM
85.	Réaliser une fois par an, dans chaque établissement pénitentiaire des campagnes de dépistage de la tuberculose à l'aide de radiographie numérique mobile (13 campagnes)				X	X	X	9967,1	9967,1	9967,1	PNT	FM
86.	Former en 2 jours chaque année et sur site 80 détenus chef de quartier/cour mettant en œuvre le paquet d'activités de lutte contre la TB dans chacune des 13 plus grands établissements pénitentiaires.	X				X	X	2779,0	2779,0	2779,0	PNT	FM

87.	Assurer l'accompagnement des 80 détenus chef de quartier/cour mettant en œuvre le paquet d'activités de lutte contre la TB dans chacune des 13 plus grands établissements pénitentiaires (EP)	X	X	X	X	X	X	15720,0	15760,0	15800,0	PNT	FM
88.	Doter les infirmeries des 13 plus grands EP de motocyclettes pour les déplacements vers le CDT le plus proche				X			12350,0	0,0	0,0	PADS	FM
89.	Assurer chaque année un appui nutritionnel à 100% des patients TB du milieu carcéral (60 en 2024, 70 en 2025 et 78 en 2026)	X	X	X	X	X	X	20826,0	24297,0	27073,8	PNT	FM
90.	Doter chaque année en Kit d'hygiène les détenus TB dans les MAC (60 en 2024, 70 en 2025 et 78 en 2026)	X	X	X	X	X	X	3360,0	3920,0	4368,0	PNT	FM
91.	Assurer une supervision trimestrielle des agents des 13 plus grands EP par les agents du CDT (infirmier + TBM)	X	X	X	X	X	X	624,0	624,0	624,0	PNT	FM
92.	Assurer semestriellement une supervision spécifique par une équipe des niveaux central et régional (PNT, DSAS et DRS) à l'endroit des agents des 13 plus grands EP		X		X	X	X	2066,0	2066,0	2066,0	PNT	FM
93.	Réfectionner chaque année les locaux de 3 EP les plus défectueux pour l'isolement des détenus malades de TB.			X		X	X	33900,0	33900,0	33900,0	PADS	FM/SRPS

94.	Former en 4 sessions de 3 jours 104 membres des comités thérapeutiques des EP sur LAT en milieu carcéral.	X						21217,3	0,0	0,0	PNT	FM
95.	Former chaque deux ans 260 GSP sur le dépistage de la tuberculose en 10 sessions de 3 jours (Bobo, Koudougou, Fada, Kaya)		X				X	49593,1	0,0	49593,1	PNT	FM
96.	Former en 2024 et 2026, 50 infirmiers exerçant dans les MAC sur le guide de lutte contre la TB et le VIH (2 sessions de 5 jours)		X				X	6843,3	0,0	6843,3	PNT	FM
97.	Tenir les réunions mensuelles du "comité thérapeutique TB et VIH" (8 personnes)	X	X	X	X	X	X	9120,0	12960,0	12960,0	PNT	FM
98.	Donner une prime de 5 000 FCFA pour chaque cas de TB diagnostiqué en milieu carcéral et traité avec succès ou reçu au CDT de référence pour les patients libérés avant la fin de leur traitement	X	X	X	X	X	X	300,0	350,0	390,0	PNT	FM
99.	Doter chaque infirmerie des MAC en matériel de protection individuel et consommables (masques, gants, crachoirs, bulletins d'examens).	X	X	X	X	X	X	0,0	0,0	0,0	PNT	FM
100	Assurer chaque année les rencontres d'information sur la TB et le VIH avec l'Administration pénitentiaire (rencontre de 40 personnes (Directeurs + GSP)) à Ouagadougou				X	X	X	4098,5	4098,5	4098,5	PNT	FM

Domaine d'intervention 1.2 : Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes résistantes, et soutien aux patients.

101	1.2.1 Traitement de la tuberculose	Tenir en 2024, deux journées de concertation avec des spécialistes pour définir une ration alimentaire pour les patients TB-S et TB-R (12 personnes à Ziniaré)		X					1621,4	0,0	0,0	PNT	FM
102		Assurer chaque année un appui nutritionnel aux patients TB-S (7931 en 2024, 8405 en 2025 et 8763 en 2026)	X	X	X	X	X	X	2816583,0	2984793,0	3111885,0	PNT	FM/PAR
103		Rechercher chaque année les patients TB absents au traitement au plus tard 2 jours après le constat de l'absence (octroi de crédit de communication pour 20% des patients notifiés (1587 en 2024, 1681 en 2025 et 1753 en 2026), carburant et prise en charge pour le déplacement chez 7% des patients notifiés (556 en 2024, 589 en 2025, 614 en 2026)	X	X	X	X	X	X	16275,0	17240,0	17975,0	PNT	FM
104		Organiser en 2026 un atelier de 6 jours (30 participants à Ziniaré) pour la révision des supports de sensibilisation (affiches de sensibilisation sur la TB, dépliants, affiches de sensibilisation sur le sevrage tabagique et boîte à images) sur la lutte contre la tuberculose						X	0,0	0,0	8745,6	PNT	FM

105	Reproduire et diffuser en 2026 au niveau des CDT, des centres de santé et des OBC 15 000 exemplaires d'affiches de sensibilisation, 15 000 dépliants, 330 affiches de sensibilisation sur le sevrage tabagique et 2 500 exemplaires de la boîte à images (adaptés au genre et à l'âge : enfants, adolescents, adultes)						X	0,0	0,0	44830,0	PADS	FM
106	Assurer la gratuité du bilan pré thérapeutique et des examens de suivi des patients TB (glycémie, AgHBs, NFS, transaminases, créatininémie)	X	X	X	X	X	X	164171,7	173983,5	181394,1	PADS	AR
107	Appuyer le déplacement de deux agents et un chauffeur pour l'audit de décès au moins 60% des cas de TB-S (taux de décès 8% des cas de TB notifiés) Nombre de sorties (381 en 2024, 404 en 2025 et 421 en 2026)	X	X	X	X	X	X	22494,8	23866,8	24846,8	PNT	FM/PA AR
108	Former en 2024 en 3 jours, 120 agents des CDT sur l'approche « Ask, Brief advice, Cessation support, ABC » pour le sevrage tabagique chez les patients tuberculeux (4 sessions de 30 personnes)		X					20687,0	0,0	0,0	PNT	FM/PA AR
109	Evaluer en 2026 l'application de l'approche ABC pour le sevrage tabagique chez les patients tuberculeux						X	0,0	0,0	10000,0	PNT	AR

110	Tenir en 2024 à Koudougou 2 ateliers de concertation de 2 jours avec les acteurs des structures sanitaires privées en vue de renforcer leur implication dans le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose (PNT=6, représentants districts=9, structure sanitaire privé (17x2), direction du secteur sanitaire privé=1 représentant)	X						6927,1	0,0	0,0	PNT	FM
111	Subventionner les examens de radiographie chez les patients présumés TB des populations à haut risque de TB ou ayant un accès limité au service de la TB (enfants, diabétiques, PvVIH, personnes âgées, prisonniers, contacts, orpailleurs, femmes). Eléments de budgétisation, cf mémo.	X	X	X	X	X	X	215662,0	164984,2	157547,4	PADS	FM
112	Assurer chaque année les frais de communication téléphonique/Internet entre les CDT et les centres de référence pour le suivi des malades (230 lignes)	X	X	X	X	X	X	13800,0	13800,0	13800,0	PNT	FM
113	Contribuer chaque année (à partir de 2024) à la formation de 20 infirmiers spécialistes en pneumologie (octroi de bourse)			X		X	X	53000,0	53000,0	53000,0	PADS	AR
114	Contribuer chaque année à la formation de 2 médecins en pneumologie (octroi de bourse)		X			X	X	5300,0	5300,0	5300,0	PADS	AR

115	Former les infirmiers des unités de traitement de la tuberculose sur les guides révisés (guide TB ; Guide TB/VIH ; Guide TB-R ; Guide TB-enfant): 54 en 2024 ; 120 en 2025, 60 en 2026. Lieux : Koudougou et Manga (session de 25 à 30 personnes en 6 jours)		X			X	X	15881,5	35651,0	17825,5	PNT	FM
116	Former chaque année 54 médecins sur la tuberculose et la co-infection TB/VIH en deux sessions de 6 jours à Kaya			X		X	X	15881,5	15881,5	15881,5	PNT	FM
117	Former chaque année en 3 jours au niveau district, les agents de santé des CSPS et des dispensaires isolés sur le guide de lutte contre la TB révisé (1000 en 2024 ; 2300 en 2025 et 1000 en 2026).		X	X	X	X	X	83400,0	191820,0	83400,0	PNT	FM
118	Former chaque année en 3 jours, 60 infirmiers des structures sanitaires privées sur le guide de lutte contre la TB révisé (2 sessions de 30 à Tenkodogo)		X			X	X	5171,8	5171,8	5171,8	PNT	FM
119	Tenir en 2025, une journée d'information 18 000 ASBC sur la TB (session de 40 personnes au chef-lieu de district, 450 sessions)					X		0,0	474000,0	0,0	DS	FM/PA AR
120	Tenir chaque année des rencontres bimestrielles avec les responsables CDT sur la gestion des cas de TB à Bobo-Dioulasso (25), Ouagadougou	X	X	X	X	X	X	7620,0	7620,0	7620,0	DRSHP	FM

	(32), Koudougou (15), Dori (15) et Ouahigouya (15)											
121	Appuyer chaque semestre 15 districts des RSHP du Centre, du Centre-ouest, des Hauts Bassins, de l'Est et du Centre-est pour la supervision des agents de santé des structures privées et des services de santé des travailleurs sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose (équipe conjointe niveau central, DRSHP et DS)		X		X	X	X	5278,9	5278,9	5278,9	PNT	FM
122	Superviser les agents des CDT et de la clinique des OST de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso trimestriellement par une équipe de la DRSHP (responsable SLM/PGS ; superviseur régional de laboratoire, pharmacien régional)	X	X	X	X	X	X	49207,6	49207,6	49207,6	DRSHP	FM
123	Superviser semestriellement les agents des CDT et de la clinique des OST de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso par une équipe du niveau central conjointement avec l'équipe DRSHP	X		X		X	X	16596,0	16596,0	16596,0	PNT	FM
124	Superviser trimestriellement les infirmiers des sites de collecte, de transport des crachats et de traitement des malades par les agents du CDT	X	X	X	X	X	X	100000,0	100000,0	100000,0	DS	FM

125	Superviser une fois par semestre les agents des centres de référence par une équipe du niveau central (4 superviseurs)		X		X	X	X	5942,2	5942,2	5942,2	PNT	FM
126	Acquérir en 2024, 110 motos pour les activités de supervision des CDT vers les CSPS				X			220000,0	0,0	0,0	PADS	FM
127	Assurer chaque année le transport international, l'assurance, le contrôle qualité et autres charges liés à l'acquisition des médicaments antituberculeux de 1ère ligne				X	X	X	22222,3	23930,9	25668,9	PADS	FM
128	Assurer chaque année le contrôle de qualité post-marketing des médicaments antituberculeux de 1 ^{ère} et 2 ^{ème} lignes				X	X	X	0,0	0,0	0,0	PADS	FM
129	Assurer chaque année le stockage et la distribution des médicaments et autres intrants de lutte contre la tuberculose au districts sanitaires, CHU/CHR et CNLAT/CRLAT			X		X	X	19966,2	22054,5	23690,9	PADS	FM
130	Former en 2024 en 3 jours 120 agents des laboratoire (4 sessions des 30) et 112 agents des unités de traitement de la tuberculose (4 sessions de 28) en gestion des intrants pour un meilleur rapportage des données d'utilisation des consommables et réactifs			X				35766,0	0,0	0,0	PNT	FM

131		Réaliser chaque année des inventaires semestriel et annuel des intrants de lutte contre la tuberculose dans les 8 agences de la CAMEG	X	X	X	X	X	X	4908,0	4908,0	4908,0	PNT	FM
132	1.2.2 Diagnostic et prise en charge de la tuberculose résistante	Prendre en charge les frais relatifs à l'évacuation des patients TB-R nouvellement diagnostiqués dans les CDT périphérique (70% des patients) (71 en 2024, 74 en 2025 et 76 en 2026)	X	X	X	X	X	X	7650,3	7973,5	8189,0	PNT	FM/PAR
133		Réaliser chaque année les enquêtes d'entourage pour le dépistage de la TB chez les contacts de TB-R (100% des patients)	X	X	X	X	X	X	1455,5	1517,0	1558,0	PNT	FM
134		Subventionner chaque année ou faire le plaidoyer pour la réalisation des examens paracliniques au niveau des 20 centres de prise en charge de la TB-R	X	X	X	X	X	X	16845,1	17125,9	17406,6	PADS	FM
135		Rembourser chaque année les frais de transport de tous les patients TB-MR des CDT vers les centres de PEC TB-R pour le rendez-vous de suivi mensuel et le TDO	X	X	X	X	X	X	17271,0	17955,0	18468,0	PNT	FM
136		Assurer chaque année un appui nutritionnel à 100% des patients TB-MR sous traitement	X	X	X	X	X	X	53540,1	55660,5	57250,8	PNT	FM
137		Doter chaque année les patients TB-R en kit de protection et matériel de soutien	X	X	X	X	X	X	5373,2	5586,0	5745,6	PNT	FM

138	Former en 2024 et en 2026, 25 infirmiers des Centres de PEC TB-R sur le guide de prise en charge des patients TB-R révisé (session de 5 jours)		X				X	5478,8	0,0	5478,8	PNT	FM
139	Former 2024 et en 2026, 25 médecins des Centres de PEC TB-R sur le guide de prise en charge des patients TB-R révisé (session de 5 jours)			X			X	5478,8	0,0	5478,8	PNT	FM
140	Appuyer techniquement et trimestriellement sur site les agents des CDT assurant le traitement en ambulatoire des malades TB-MR par les experts nationaux	X	X	X	X	X	X	7404,840	7404,840	7404,840	PNT	FM
141	Tenir chaque année les rencontres trimestrielles de la cellule de suivi de la prise en charge des cas TB-MR	X	X	X	X	X	X	11375,0	11375,0	11375,0	PNT	FM
142	Réfectionner/construire chaque année des salles dans 3 Centres de PEC TB-R pour une hospitalisation systématique des patients TB-R grabataires et ceux arrivant à un stade avancé de la maladie			X		X	X	49500,0	49500,0	49500,0	PADS	FM/PA AR
143	Appuyer le déplacement de deux agents et un chauffeur pour l'audit de décès chez tout cas de TB-R (15% en 2024, 12% en 2025 ; 10% en 2026, des cas de TB-R notifiés). Nombre déplacements : 16 en 2024, 13 en 2025 ; 11 en 2026)	X	X	X	X	X	X	1976,5	1249,3	1249,3	PNT	FM

144	Acquérir chaque année les médicaments antituberculeux de 2ème ligne				X	X	X	75409,8	85846,1	70987,7	PADS	FM
145	Contribuer chaque année au fonctionnement de GLC dans la cadre de la prise en charge de la TB résistante				X	X	X	16250,0	16250,0	16250,0	PADS	FM
146	Prendre en charge les frais de consultation en psychologie au profit des patients TB-R en cas de nécessité (50% des patients TB-R)	X	X	X	X	X	X	500,0	520,0	550,0	DRSHP	AR
147	Approvisionner les centres de prise en charge en ambulatoire des TB-R en médicaments et supports d'enregistrement desdits patients (transport du Centre de PEC TB-R au Centre chargé du TDO)	X	X	X	X	X	X	6716,5	6982,5	7182,0	PNT	AR
148	Etablir chaque année une convention de partenariat avec les CHU/CHR/HD ou des pharmacies privées pour la fourniture des médicaments pour la PEC des EIM et des comorbidités chez les patients TB-R		X	X	X	X	X	6044,9	6284,3	6463,8	PADS	FM.
149	Doter en 2024 les Centres de PEC TB-R d'extracteurs d'oxygène et des saturomètres pour la prise en charge des patients TB-R présentant une insuffisance respiratoire			X				40526,1	0,0	0,0	PADS	FM/PA AR
150	Doter en 2024 les Centres de PEC TB-R de manomètres, lunettes à oxygène, masque à oxygène pour la prise en charge des patients TB-R			X				29532,7	0,0	0,0	PADS	FM/PA AR

Domaine d'intervention 1.3 : Activités de collaboration contre la co-infection TB/VIH et prise en charge des comorbidités													
151	Activités de collaboration contre la coinfection TB/VIH et prise en charge des comorbidités	Former 60 infirmiers des CDT en counseling VIH et testing VIH en 2 sessions de 3 jours en 2024 et 2026.		X				X	8282,0	0,0	8282,0	PNT	FM
152		Former les infirmiers des SDV en 3 jours sur le dépistage et la PEC de la TB et TB/VIH (90 en 2024 (3 sessions), 30 en 2025 et 2026)			X		X	X	14912,3	4850,8	4850,8	PNT	FM
153		Superviser conjointement en 2024 (PNT/PSSLS/DRS) les agents des sites GU de PEC TB/VIH PNT: 2, PSSLS : 2, DRS : 2 (supervision annuelle spécifique)			X				6179,1	0,0	0,0	PNT	FM
154		Organiser chaque année les rencontres trimestrielles de la cellule de coordination TB/VIH à Ouagadougou (26 participants résidents, 10 participants déplacés).	X	X	X	X	X	X	5120,0	5120,0	5120,0	PNT	FM
155		Participer chaque année à des rencontres au niveau international (WARN-CARN/TB, Conférences de L'Union, conférences de biologie technique, conférences sur le VIH, conférences sur la TB)	X	X	X	X	X	X	16650,0	16650,0	16650,0	PADS	FM
156		Assurer chaque année la participation d'acteurs de la lutte contre la TB à des cours internationaux (Cours internationaux sur la TB-MR, sur la Mycobactériologie, sur le contrôle de la TB			X	X		X	X	11100,0	11100,0	11100,0	PADS

157	Organiser en 2024 un atelier d'élaboration et de validation d'un plan d'extension de la mise en œuvre du guichet unique (élaboration 6 Koudougou, 25 participants, validation 1 jour, 30 participants à ouagadougou)		X					9932,5	0,0	0,0	PNT	FM
158	Tenir en 2024 un atelier de formation des formateurs régionaux sur le GU TB/VIH en 1 session de 6 jours (25 participants) pour les nouvelles régions incluses		X					5615,0	0,0	0,0	PNT	FM
159	Assurer chaque année le fonctionnement du comité de suivi technique des activités de mise en œuvre du guichet unique.	X	X	X	X	X	X	6000,0	6000,0	6000,0	PNT	FM
160	Tenir une rencontre d'information avec les responsables des nouvelles régions choisies dans le cadre de l'extension des activités du GU (4 régions en 2024, 5 régions en 2025). DRSHP, SLM, MCD/DS par région			X		X		4679,4	4679,4	0,0	PNT	FM
161	Tenir semestriellement une rencontre de suivi des activités dans chaque région du guichet unique TB/VIH (35 participants) de deux jours		X		X	X	X	2860,0	2860,0	2860,0	PNT	AR
162	Tenir en 2025 un atelier de formation de 30 formateurs sur la PECIM/VIH, TB et l'ETP au niveau des districts en 1 session de 6 jours (Koudougou) pour les nouvelles régions incluses.					X		0,0	8352,3	0,0	PNT	FM

163	Former en 5 jours les agents (1 médecin et 1 infirmier CDT ; 1 médecin et 1 infirmier FA ; 1 du laboratoire) par site dans les nouvelles régions dans la gestion du guichet unique (4 sessions de 30 en 2024 et 5 sessions de 30 en 2025).		X			X		13227,1	13227,1	0,0	PNT	FM
164	Former en 2024 et en 2025, 50 agents communautaires (25 CDT et 25 FA) en 2 sessions de 3 jours dans la gestion du guichet unique TB/VIH dans les nouvelles incluses.	X						9147,1	9147,1	0,0	PNT	FM
165	Tenir en 2024 un atelier de Paramétrage des outils TB/VIH dans le tracker TB (Koudougou, 6 jours, 30 participants)	X						9071,6	0,0	0,0	PNT	AR
166	Doter les sites GU en frais de connexion pour la saisie sur le tracker TB	X	X	X	X	X	X	2400,0	2400,0	2400,0	PNT	FM
167	Former annuellement les infirmiers des CDT sur la saisie des données dans le tracker en 1 session de 5 jours (75 en 2024 et 50 en 2025)			X		X		19981,5	13321,0	0,0	PNT	AR
168	Former un médecin par site GU sur l'interprétation des clichés radiologiques en 6 jours (75 en 2024 et 50 en 2025)		X			X		23095,5	15397,0	0,0	PNT	AR
169	Tenir en 2024 à Koudougou, un atelier de 5 jours avec 20 participants pour l'élaboration des outils de suivi de la mise en œuvre du guichet unique (registre, dossier médical du patient)	X						5936,0	0,0	0,0	PNT	FM/PA AR

170	Assurer la reproduction des outils révisés (90 en 2024)		X					1080,0	0,0	0,0	PNT	FM/PA AR
171	Tenir trimestriellement une rencontre de 10 personnes pour la validation interne des données TB/VIH dans chaque site pilote en un jour	X	X	X	X	X	X	9600,0	9600,0	9600,0	PNT	AR
172	Tenir semestriellement un atelier de validation des données de surveillance de la co-infection TB-VIH dans chaque région en un (1) jour		X		X	X	X	3848,0	3848,0	3848,0	PNT	AR
173	Réaliser semestriellement un monitoring des activités du guichet unique TB/VIH dans chaque site pilote en un jour.		X		X	X	X	2400,0	2400,0	0,0	PNT	AR
174	Organiser en 2024, un atelier de 6 jours sur la méthodologie de la recherche opérationnelle au profit de 20 agents (5 par région pilote)			X				6993,0	0,0	0,0	PNT	AR
175	Réaliser chaque année une étude opérationnelle sur la co-infection TB-VIH					X		12000,0	12000,0	12000,0	PNT	AR
176	Réaliser semestriellement un audit de décès d'un jour des patients co-infectés TB/VIH dans les sites pilotes avec l'appui du niveau central une fois sur deux (24 en 2024, 25 en 2025 et 26 en 2026)	X	X	X	X	X	X	5295,1	5515,8	5736,4	PNT	FM/PA AR
177	Superviser trimestriellement en 2024 les agents des sites GU par une équipe conjointe PNT-PSSLS-DRSHP	X	X	X	X			13758,6	0,0	0,0	PNT	AR

178		Evaluer en 2024 la mise en œuvre du plan GU en fin parcours				X			10000,0	0,0	0,0	PNT	AR
179		Tenir en 2024 à Ouaga un atelier de restitution de 30 personnes sur la mise en œuvre du plan en fin de parcours en 1 jour				X			3423,5	0,0	0,0	PNT	AR
180		Doter en 2024, les 110 CDT en glucomètres et bandelettes pour le dépistage du diabète		X					13864,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS
181		Doter en 2024, les 110 CDT en tensiomètres pour le dépistage du HTA		X					11000,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS
182		Doter chaque année les CDT et les Centres de PEC TB-R en tests rapides pour le diagnostic de l'hépatite B et C		X	X	X	X	X	1010,0	1050,0	1080,0	PADS	FM/SRPS
183		Former en 2025 les agents des CDT (médecin : 110 et 110 infirmiers) sur le diagnostic et la prise en charge de la comorbidités TB-diabète-HTA-hépatites B et C					X		0,0	32818,5	0,0	PNT	AR
Domaine d'intervention 1.4 : Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose.													
184		Construire en 2024 les isoloirs dans 10 MAC				X			172500,0	0,0	0,0	PADS	FM/PAR
185		Assurer la réfection de 9 unités de traitement de la tuberculose en 2024				X			155250,0	0,0	0,0	PADS	BE
186		Assurer la réfection de 3 laboratoires du réseau de microscopie de la tuberculose en 2024				X			51750,0	0,0	0,0	PADS	BE

187	Assurer la réfection d'une salle d'hébergement des patients TB d'un CDT en 2024			X				23000,0	0,0	0,0	PADS	BE
188	Assurer la surveillance de la tuberculose chez le personnel de santé qui s'occupe des malades TB (CDT);			X				2772,0	3465,0	3696,0	PNT	OMS
189	Tenir en 2024 une session de cinq (5) jours un atelier d'élaboration d'un plan de prévention et contrôle de l'infection TB et COVID-19 dans chaque établissement de santé (30 participants dont 5 résidents)		X					7533,0	0,0	0,0	PNT	AR
190	Tenir en 2024 une session de trois (3) jours un atelier d'adoption d'un plan de prévention et contrôle de l'infection TB et COVID-19 dans chaque établissement de santé (30 participants dont 5 résidents)		X					5127,0	0,0	0,0	PNT	AR
191	Tenir sur site un atelier de 5 jours pour l'évaluation du plan de prévention et contrôle de l'infection de la formation sanitaire (30 participants en 2025)					X		7708,5	0,0	0,0	PNT	AR
192	Briefer une fois par an et en une journée 30 prestataires de soins sur la PCI en milieu de soins par palier de risque (30 dont 10 résidents)		X			X	X	2010,0	2010,0	2010,0	PNT	AR
193	Briefer une fois par an et en une journée 25 agents de santé non soignant sur la PCI en milieu de soins par palier de risque (25 dont 10 résidents)		X			X	X	1520,0	1520,0	1520,0	PNT	AR

194	Organiser en 2024 un atelier de conception des supports de sensibilisation PCI dans le contexte de TB et COVID-19 en 2024, 30 participants, Koudougou, 5 jours	X						7891,5	0,0	0,0	PNT	AR
195	Organiser en 2024 un atelier de validation des supports de sensibilisation PCI dans le contexte de TB et COVID-19, 5 jours, 30 participants, Koudougou	X						7187,0	0,0	0,0	PNT	AR
196	Reproduire en 2025 les supports de sensibilisation sur la PCI à l'endroit du personnel et des utilisateurs des services (15 000 affiches, 15 000 dépliants, 20 télés)					X		0,0	21500,0	0,0	PADS	AR
197	Assurer chaque année la diffusion des spots radios, des émissions radio en français et dans trois (3) langues nationales	X	X	X	X	X	X	0,0	0,0	0,0	PADS	FM/PA AR
198	Appuyer en 2024, 20 laboratoires et 20 unités de traitement de la tuberculose ayant des salles insuffisamment ventilées en ventilateurs			X				1380,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRP S
199	Équiper en 2024 cinq salles d'imageries de CHR avec 2 lampes UV par salle			X				3450,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRP S
200	Assurer semestriellement la maintenance des équipements de ventilation/aération dans les services de prise en charge dans les CHR	X		X		X	X	520,0	520,0	520,0	PNT	FM/SRP S

201	Assurer quotidiennement le bio nettoyage des salles à haut risque dans 40 salles de CDT (730 interventions à 2500 FCFA par intervention	X	X	X	X	X	X	11830,0	11830,0	11830,0	PNT	FM/SRPS
202	Former sur site en 2024 et en 2026, 30 THH sur la prévention des infections dans les salles à haut risque et l'utilisation de l'appareil de désinfection de surface par voie aérienne en une session de 5 jours dans chaque CHR			X			X	2525,0	0,0	2525,0	PNT	FM/SRPS
203	Acquérir des mouchoirs à usage unique et des masques pour les cas présumés de TB et de COVID-19 en milieu de soins 1120*13=14560 masques et 14 560 mouchoirs			X				4368,0	4368,0	4368,0	PADS	BE
204	Acquérir en 2024, au profit des CHU/CHR, 123 sacs poubelles munis de ficelles pour l'élimination correcte des déchets par unité de production de déchets			X				42312,0	0,0	0,0	PADS	BE
205	Acquérir chaque année 16 850 P/50 masques chirurgicaux pour personnel des CDT et les malades TB et COVID-19 (70 masques par patients, 5 masques/semaine/agent de santé).			X		X	X	3840,8	4049,8	4207,7	PADS	BE

206	Acquérir en 2025, 19 lampes bactéricide UV + accessoires pour la désinfection des locaux de PEC des patients TB-MR au niveau des structures qui assurent l'initiation du traitement et l'hospitalisation des patients TB-MR (CNLAT y compris LNR-M=4; CHU-YO=4; CHU-SS=3; CRLAT=2 ; CHUR OHG=2 ; HDB =2 ; CHR KDG= 2)				X		0,0	17839,6	0,0	PADS	AR
207	Acquérir chaque année de la rifampicine+isoniazide 75/50 mg pour le traitement préventif de la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans contacts de P/CB			X	X	X	0,0	0,0	0,0	PADS	FM.
208	Acquérir chaque année de l'isoniazide+Rifapentine (HP) pour le traitement préventif de la tuberculose chez les PvVIH.			X	X	X	154821,2	42114,9	35732,3	PADS	FM
209	Mener en 2025 une recherche de mise en œuvre de la PCI TB/COVID-19 en milieu de soins				X		0,0	5617,5	0,0	PNT	AR
210	Mener des supervisions formatives sur la mise en œuvre de la PCI TB/COVID-19 en milieu de soins	X		X	X	X	120,0	120,0	120,0	PNT	AR
211	Réaliser un bilan semestriel en interne du plan de contrôle de l'infection (2024 à 2025)	X		X	X	X	700,0	700,0	700,0	PNT	AR
212	Réaliser en 2025 une évaluation à mi-parcours du plan de contrôle de l'infection				X		15000,0	0,0	0,0	PNT	AR

Domaine d'intervention 2.1 : Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention.													
213	2.1.1 Renforcement des capacités du programme (ressources humaines et plaidoyer)	Renforcer chaque année les compétences du personnel (12 agents) de la coordination du PNT en anglais		X			X	X	5760,0	5760,0	5760,0	PNT	AR
214		Former en 2024 deux agents du PNT en gestion financière au Maroc en 2 semaines		X					9933,6	0,0	0,0	PNT	OMS
215		Organiser chaque année la journée mondiale de lutte contre la tuberculose	X			X	X	X	8266,8	8266,8	8266,8	PNT	BE FM
216		Tenir chaque année les réunions semestrielles du comité technique de lutte contre la tuberculose (réunions de 2 jours)		X		X	X	X	7103,8	7103,8	7103,8	PNT	FM
217	2.1.2 Renforcement des capacités du programme (logistique)	Acquérir en 2024, 1 véhicule pour le comité technique de lutte contre la tuberculose pour assurer les supervisions et autres appuis techniques aux DRSHP			X				27000,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS
218		Acquérir 21 ordinateurs portables en 2026 : Coord PNT (15), CNLAT (4) ; CRLAT (2) et 10 imprimantes : coordination PNT (8), CNLAT (1), CRLAT (1) ; 21 licences de office, Windows, et antivirus						X	0,0	0,0	26125,0	PADS	FM
219		Apporter chaque année un appui au PNT pour l'assurance et la visite technique des véhicules 4 roues				X	X	X	1325,0	1325,0	1325,0	PNT	FM

220		Assurer chaque année le fonctionnement du PNT y compris le LNR et les unités médicales spécialisées TB-MR	X	X	X	X	X	X	15120,0	15120,0	15120,0	PNT	FM
221		Assurer chaque année les frais de maintenance préventive et curative de la logistique roulante	X	X	X	X	X	X	9000,0	9000,0	9000,0	PNT	FM
222		Assurer chaque année les frais de maintenance préventive et curative du matériel informatique	X	X	X	X	X	X	600,0	600,0	600,0	PNT	FM
223		Assurer chaque année les frais de communication du PNT (téléphone, internet)	X	X	X	X	X	X	15120,0	15120,0	15120,0	PNT	FM
Domaine d'intervention 2.2 : Collaboration renforcée des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publiques et privés													
224	2.2.1 Collaboration renforcée des communautés et des institutions qui œuvrent dans les ZADS au profit des populations déplacées internes et des réfugiés	Former chaque année 30 agents communautaires à Tenkodogo (5 points focaux pour chacun des 6 ZADS) sur la confection/ la fixation des frottis de crachats en une session de 5 jours		X					7369,0	0,0	0,0	PNT	FM
225		Assurer annuellement l'approvisionnement des sites communautaires en consommables de laboratoire pour la confection des lames frottis.		X			X	X	0,0	0,0	0,0	PNT	FM
226		Appuyer chaque année les 30 sites communautaires pour la confection/fixation et acheminement mensuel des frottis au laboratoire	X	X	X	X	X	X	28824,0	28824,0	28824,0	DS	FM

227	Assurer semestriellement des campagnes communautaires de sensibilisation suivie de collecte et transport des crachats auprès des habitants des ZADS et sites PDI (Fada, Dori, Kaya, Kongoussi, Ouahigouya, Tougan, Dédougou...) par les équipes Communautaires, agents de santé, TBM, superviseur en 3 jours		X		X	X	X	34560,0	34560,0	34560,0	DS	FM
228	Réaliser et diffuser une émission radiophonique en trois langues locales deux fois par mois pendant 3 ans (2024, 2025 ,2026) sur la tuberculose (et la COVID19) dans les ZADS.		X	X	X	X	X	120960,0	120960,0	120960,0	PNT	FM/SRPS
229	Organiser chaque année des séances de sensibilisation sur la tuberculose (et COVID19) chez les PDI, les autochtones et les PMTA (praticiens de la médecine traditionnelle et alternative) par 20 agents communautaires une fois par mois pendant 10 mois en ciblant les jours de marché.	X	X	X	X	X	X	29400,0	29400,0	29400,0	DS	AR
230	Organiser une séance de briefing de deux jours dans l'année sur la prévention de la tuberculose au profit 30 PMTA.			X		X	X	29148,0	29148,0	29148,0	DS	AR

231	Référer les nouveaux cas présumés de TB parmi les sujets contacts dans les sites PDI et les autochtones par un agent communautaire (ASBC, OBC, Agents de santé) ou un PMTA vers les centres de santé.	X	X	X	X	X	X	4725,0	4725,0	4725,0	DS	AR
232	Organiser trimestriellement une séance de vaccination de rattrapage (BCG+ autres antigènes) de quatre jours au profit des autochtones et des PDI par 5 équipes de 4 personnes (2 agents communautaires et 2 agents de santé).	X	X	X	X	X	X	32760,0	32760,0	32760,0	DS	FM/SRPS
233	Organiser une fois par mois pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) une séance de dépistage systématique chez tout PDI et autochtones présentant une toux de plus de dix jours dans les camps par trois agents communautaires (ASBC, OBC, Agents de santé).	X	X	X	X	X	X	4662,0	4662,0	4662,0	DS	FM
234	Former en 2024 et en 2026, 30 agents (agents de santé et agents communautaires) des ZADS non accessibles sur le dépistage et le traitement de la tuberculose par district.		X					54705,0	0,0	54705,0	PNT	FM
235	Appuyer chaque année en carburant pour le déplacement des patients TB et VIH pour leurs consultations et suivi dans les ZADS.	X	X	X	X	X	X	15750,0	15750,0	15750,0	DS	FM/SRPS

236	Superviser trimestriellement pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) les agents de santé dans les activités TB/VIH dans les ZADS (à travers les TIC ou sur site).		X		X	X	X	14944,0	14944,0	14944,0	PNT	FM/SRPS
237	Tenir en 2024 une réunion d'un jour de haut niveau de 50 personnes à Ouagadougou pour faire le plaidoyer auprès des décideurs politiques pour la prise en compte de toute la population des ZADS dans la gratuité des soins		X					7205,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
238	Organiser en 2024 un atelier d'intégration et de paramétrage des outils prenant en compte la gratuité des soins dans les ZADS au profit de 35 personnes à Koudougou pendant 6 jours.		X					17349,5	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
239	Reproduire et déployer en 2024 les outils de gratuité.			X				20000,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
240	Organiser en 2024 des ateliers d'orientation des acteurs sur les nouveaux outils de gratuité en deux sessions de 3 jours à Koudougou au profit de 30 personnes par session.		X					22955,5	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
241	Organiser en 2024 un atelier de révision et d'adaptation des outils TB/VIH communautaires au profit des ZADS de 35 personnes à Manga en 5 jours.		X					12178,5	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS

242	Organiser en 2024 un atelier d'élaboration des modules de formation des acteurs communautaires en 5 jours 30 personnes à Kaya.	X						8838,7	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
243	Reproduire/diffuser en 2024 les outils communautaires TB/VIH.		X					42000,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
244	Organiser en 2024 un atelier de 5 jours d'élaboration des directives sur l'utilisation des nouveaux outils regroupant 30 personnes à Manga.		X					9070,5	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
245	Acquérir 81 tablettes chaque année pendant 2 ans (2024, 2025) (7 DRS, 2 tablettes par structures) pour le rapportage des données et supervision			X		X		24300,0	24300,0	0,0	PADS	FM
246	Réaliser des sorties en stratégie avancée des agents communautaires et leaders pour l'offre de service dans les ZADS avec CSPS non fonctionnels (4 communautaires et 4 leaders par sortie, 2 sorties /mois pendant 3 ans)	X	X	X	X	X	X	89856,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
247	Mettre en place en 2024 la plateforme 99DOTS pour les patients non accessibles dans chaque DS des régions ZADS		X	X	X	X	X	22300,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS
248	Organiser 2 campagnes de dépistage de la tuberculose et du VIH par an pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) dans chacun de 10 sites des déplacées.	X		X		X	X	94087,0	94087,0	94087,0	PNT	FM

249		Réaliser des causeries éducatives deux fois/mois pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) sur la TB suivies de collecte de crachats chez les présumés TB dans les camps de PDI et les familles d'accueil de chacun des chefs-lieux de région à plus forte concentration de personnes déplacées interne (Dori, Kaya, Ouahigouya, Dédougou, Fada N'Gourma...)	X	X	X	X	X	X	19750,0	19750,0	19750,0	PNT	FM
250		Former chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) en 4 sessions de 3 jours 120 acteurs communautaires sur les enquêtes d'entourage		X			X	X	21044,0	21044,0	21044,0	PNT	FM
251	2.2.2 Collaboration renforcée des communautés selon le référentiel national des interventions communautaires de lutte contre la TB	Acquérir 120 motos au profit des 120 OBC ou associations réalisant des activités dans un CDT en 2025.					X		0,0	240000,0	0,0	PADS	FM
252		Acquérir 110 motos au profit des agents des CDT en 2024				X			220000,0	0,0	0,0	PADS	AR
253		Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la PEC des acteurs communautaires chargés de la mise en œuvre des activités d'accompagnement communautaire dans les CDT	X	X	X	X	X	X	63960,0	63960,0	63960,0	DS	FM
254		Mener chaque année des visites à domicile, la recherche des perdus de vue et l'accompagnement communautaire au profit des patients TB et patients absents au traitement	X	X	X	X	X	X	0,0	0,0	0,0	DS	FM

255	Assurer chaque année les activités d'enquête d'entourage de P/CB suivi de référence de présumés TB	X	X	X	X	X	X	35536,0	40008,0	44168,0	DS	FM
256	Former en 2025 en 14 sessions de 3 jours 350 animateurs des associations (y compris 70 tradipraticiens) impliquées dans la mise en œuvre des activités du volet communautaire pour l'identification, la référence des cas présumés de TB, TB/VIH et la collecte des crachats.					X		0,0	56220,0	0,0	PNT	FM
257	Assurer semestriellement chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) une rencontre de concertation entre acteurs communautaires (1 OBC par CDT) et acteurs de lutte contre la tuberculose du District sanitaire (MCD, Médecin responsable de la TB, pharmacien, SUT de laboratoire, unité du traitement, gestionnaire, CISSE, MAC)		X		X	X	X	30800,0	30800,0	30800,0	DRSHP	FM
258	Organiser une séance de briefing de deux jours dans l'année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) sur la prévention de la tuberculose au profit de 140 tradipraticiens à Koudougou	X				X	X	18686,0	18686,0	18686,0	PNT	FM
Domaine d'intervention 2.3 : Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'utilisation rationnelle des médicaments et la prévention de l'infection												

259	2.3 Renforcement des capacités du programme sur l'utilisation rationnelle des médicaments	Tenir en 2025, 3 ateliers pour la révision de guide technique de prise en charge de la tuberculose résistante (atelier 1, groupe restreint de 15 personnes en 6 jours à Manga ; atelier 2, 30 personnes en 5 jours à Koudougou ; atelier de validation et d'adoption à Ouagadougou en 2 jours (30 personnes) ;					X		0,0	14890,5	0,0	PNT	FM
260	(élaboration des guides techniques, manuels de procédures et formations)	Reproduire en 700 exemplaires en 2025, le guide technique de lutte contre la tuberculose résistante					X		0,0	2800,0	0,0	PNT	FM
261		Tenir en 2025, un atelier de 5 jours (25 participants) pour la conception des affiches sur les régimes et posologie des médicaments antituberculeux de seconde ligne (traitement TB-MR ; TB-MR/FQ-R et TB-Hr)					X		0,0	6441,8	0,0	PNT	FM
262		Imprimer en 200 exemplaires en 2025, les affiches sur les régimes et posologie des médicaments antituberculeux de seconde ligne (traitement TB-MR ; TB-MR/FQ-R et TB-Hr)					X		0,0	1600,0	0,0	PNT	FM
263		Tenir en 2025, un atelier de 5 jours pour la conception des affiches sur les régimes et posologie des médicaments antituberculeux de première ligne (15 personnes à Ziniaré)					X		0,0	4149,2	0,0	PNT	FM

264	Imprimer en 3000 exemplaires en 2025, les affiches sur les régimes et posologie des médicaments antituberculeux de première ligne.				X		0,0	12000,0	0,0	PNT	FM
265	Tenir en 2025, 3 ateliers pour la révision de guide technique de lutte contre la tuberculose (atelier 1, groupe restreint de 15 personnes en 6 jours à Ziniaré ; atelier 2, 30 personnes en 5 jours à Manga ; atelier de validation et d'adoption à Ouagadougou en 3 jours (30 personnes) ;				X		0,0	15580,0	0,0	PNT	FM
266	Réviser le guide TB/VIH en 2024		X				11502,8	0,0	0,0	PNT	FM
267	Reproduire en 650 exemplaires et diffuser le guide TB/VIH révisé en 2024			X			2600,0	0,0	0,0	PNT	FM
268	Elaborer en 2026 le plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2027-2030.					X	0,0	0,0	47029,8	PNT	AR
269	Elaborer en 2026 le plan stratégique de recherche opérationnelle sur la tuberculose 2027-2030					X	0,0	0,0	11706,5	PNT	AR
270	Elaborer en 2026 le plan de suivi-évaluation du PSN TB 2027-2030					X	0,0	0,0	9404,5	PNT	AR
271	Réviser le manuel de procédures de gestion des intrants de lutte contre la tuberculose en 2024		X				11196,5	0,0	0,0	PNT	FM
272	Reproduire et diffuser 500 exemplaires du manuel révisé de			X			2000,0	0,0	0,0	PNT	FM

	procédures de gestion des intrants de lutte contre la tuberculose en 2024											
273	Réviser en une session de 6 jours (30 participants) les modules de formation des agents de santé sur la tuberculose y compris TB/VIH et TB-MR en 2025				X		0,0	8739,0	0,0	PNT	FM	
274	Former chaque 2 ans 10 acteurs responsables de la quantification des intrants TB sur la quantification des intrants de lutte contre la tuberculose (médicaments, réactifs et consommables) en 5 jours à Koudougou			X		X	6211,0	0,0	6211,0	PNT	FM	
275	Former chaque 2 ans 20 membres du comité de quantification des intrants de lutte contre la TB sur quantification des réactifs et consommables de laboratoire en 5 jours à Ziniaré (facilitateurs : experts GDF).			X		X	0,0	0,0	0,0	PNT	FM	
276	Former 10 acteurs de la gestion des intrants de lutte contre la tuberculose sur le système d'alerte précoce et la gestion des plans de transition en 5 jours à Ouagadougou en 2025					X	0,0	925,0	0,0	PNT	AR	
277	Former en 2025, 210 Pharmaciens, PEP et Agents CDT des Districts sanitaires sur la gestion des intrants de lutte contre la TB en 5 jours dans chacune des 13 régions (2				X		X	0,0	58509,8	0,0	DRSHP	FM

	facilitateurs niveau central et 2 au niveau DRS)											
278	Former en 2025, 13 pharmaciens régionaux et 15 pharmaciens de la CAMEG sur la gestion des intrants de lutte contre la tuberculose en 5 jours à Ouagadougou				X		X	0,0	6389,0	0,0	PNT	FM
279	Former en 2026 30 magasiniers et transitaires de la CAMEG sur la gestion des intrants de lutte contre la TB en 3 jours						X	0,0	0,0	4423,0	PNT	FM
280	Effectuer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) un stage de perfectionnement sur la pharmacovigilance (2 semaines) au profit de 4 acteurs de la lutte contre la tuberculose dans le centre collaborateur de l'OMS du Maroc	X				X	X	11415,5	11415,5	11415,5	PADS	OMS
281	Effectuer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) un stage de perfectionnement de 2 semaines au profit de 3 agents du PNT dans un pays où le système de pharmacovigilance fonctionne bien pour les intrants TB (ex Maroc, RDC...)		X			X	X	10400,0	10400,0	10400,0	PADS	OMS
282	Faire un plaidoyer en 2024 auprès de GDF pour l'enregistrement des intrants TB au BF	X						0,0	0,0	0,0	PNT	FM

283		Elaborer chaque année en une session de 6 jours à Manga le plan d'action du PNT de l'année n+1 (25 participants)				X	X	X	7983,5	7983,5	7983,5	PNT	FM
284		Assurer les inventaires (semestriel et annuels) des intrants de lutte contre la tuberculose à la CAMEG chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026)		X		X	X	X	0,0	0,0	0,0	PNT	FM
285		Reproduire 200 exemplaires le guide aDSM en 2024	X						800,0	0,0	0,0	PNT	OMS
286		Former 25 médecins des sites de PEC TB-R sur la pharmacovigilance en une session de 3 jours en 2024 à Ziniaré			X				4512,5	0,0	0,0	PNT	FM
287		Former en 2024, 25 infirmiers des Centres de PEC TB-R sur la pharmacovigilance en une session de 3 jours à Ziniaré			X				4512,5	0,0	0,0	PNT	FM
288		Former en 2024, 25 pharmaciens des Centres de PEC TB-R sur la pharmacovigilance en une session de 3 jours à Ziniaré			X				4512,5	0,0	0,0	PNT	FM
Domaine d'intervention 2.4 : Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la TB													
289		Réaliser la 2ème enquête sur les coûts catastrophiques liés à la tuberculose en 2025 avec une assistance technique internationale.					X		0,0	70000,0	0,0	PNT	FM AR
Domaine d'intervention 2.5 : Equité, Genre et Droits humains													
290	Intervention 2.5.1 : Disponibilité de la charte des	Tenir un atelier de révision de la charte des patients TB (20 participants en 6 jours à Koudougou) en 2024		X					6152,5	0,0	0,0	PNT	FM

291	patients TB dans les CDT (droits et devoirs des patients TB)	Assurer la reproduction et la diffusion de la charte des patients TB (500 exemplaires) en 2024			X				2600,0	0,0	0,0	PNT	FM
292	2.5.2 Disponibilité de la charte des patients TB dans les CDT (droits et devoirs des patients TB)	Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la prise en charge totale des examens de diagnostic et de suivi des comorbidités des patients TB	X	X	X	X	X	X	101942,8	92197,0	85188,8	PADS	FM
293		Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la prise en charge gratuite des patients pour les soins relatifs aux séquelles et à l'invalidité suite à la tuberculose	X	X	X	X	X	X	0,0	0,0	0,0	PADS	FM
294		Assurer en 2024 le passage à l'échelle de la solution numérique digitale « 99DOTS » pour le suivi à distance de l'observance des patients au traitement	X	X	X	X	X	X	61132,0	41930,0	41930,0	PADS	FM/PAR
3. Recherche et innovation													
295	3.1 Suivi-évaluation	Acquérir en 2024, 80 ordinateurs portables pour le passage à l'échelle du Tracker TB de 50 à 110 (prévision d'ouverture de 6 nouveaux CDT) structures de PEC			X				90000,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS
296		Acquérir en 2024, 80 wifi baladeurs (modem) pour la saisie des données Tracker TB pour le passage à l'échelle de 50 à 110 structures de PEC			X				4000,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS

297	Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) les frais de connexion internet pour la saisie des données Tracker TB (Forfait : 10 Go/modem x 110/mois)			X	X	X	X	9600,0	9600,0	9600,0	PNT	AR
298	Acquérir et installer en 2024 un logiciel de gestion de l'information au niveau du LNR-M	X						5633,0	0,0	0,0	PADS	FM/SRPS
299	Former 12 agents du LNR-M sur la gestion électronique des données du LNR-M en une session de 5 jours à Koudougou en 2024		X					3810,5	0,0	0,0	PNT	FM
300	Elaborer une fois par semestre et imprimer en 400 exemplaires le bulletin d'information du PNT chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026)		X		X	X	X	1550,0	1550,0	1550,0	PNT	AR
301	Former en 2024, 110 agents des nouveaux et anciens sites utilisant le Tracker TB sur la gestion des données individuelles TB à Koudougou (trois sessions de 5 jours)			X				29598,0	0,0	0,0	PNT	FM
302	Superviser semestriellement les agents des sites utilisant le Tracker TB sur la gestion des données individuelles TB (110 sites de 2024 à 2026)			X		X	X	7430,0	7430,0	7430,0	PNT	FM
303	Organiser chaque année des sorties de contrôle de qualité des données TB à l'aide de l'outil RDQA au profit des CDT dans 2 régions sanitaires			X		X	X	907,0	907,0	907,0	PNT	FM/PAR

304	Tenir en T4 de chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) un atelier de 3 jours à Manga pour analyser les résultats du contrôle externe de qualité de la microscopie (26 participants) à Koudougou				X	X	X	4409,3	4409,3	4409,3	PNT	FM
305	Tenir chaque année pendant 3 ans en 5 jours à Koudougou un atelier d'élaboration du rapport annuel de lutte contre la tuberculose (1 DGSP, 1DPSP, 12 PNT, 1CNLAT, 2LNR-M, 1PADS, 1DSS, 1IPC/BF, 2Pneumo, 2DRS, 2DS) pour 26 participants	X				X	X	6951,3	6951,3	6951,3	PNT	FM
306	Tenir une fois par trimestre en 2 jours chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) un atelier de validation des données y compris TB au niveau régional (13) avec la participation de la coordination du PNT (02 agents du PNT et 1 DSS par région)	X	X	X	X	X	X	0,0	0,0	0,0	PNT	FM/SRPS
307	Tenir en 2026 un atelier de 5 jours sur la révision des outils de gestion du PNT à Manga (coordination du PNT, 2 CDT, 2 LNR, 2 Labo district, 2 ICP, 2 CISSE districts, 1CISSE Régional, SLM et 2 DSS) (25 participants)		X					0,0	0,0	6490,8	PNT	FM/SRPS
308	Former en 6 jours les responsables CISSE (70 districts, 13 régions, 15 CHR/CHU) sur le remplissage des outils révisés à Koudougou en 4			X				0,0	0,0	30731,0	PNT	FM/SRPS

	sessions en 2026 (4 facilitateurs par session)											
309	Former en 6 jours les agents des CDT (unité de traitement) sur le remplissage des outils révisés à Ziniaré (110 participants) en 4 sessions en 2026.			X			0,0	0,0	33467,0	PNT	AR	
310	Former en 6 jours les agents des CDT (laboratoire) sur le remplissage des outils révisés à Koudougou (110 participants) en 4 sessions en 2026			X			0,0	0,0	33647,0	PNT	AR	
311	Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la participation aux conférences annuelles sur le DHIS2 (2 agents du PNT)				X	X	X	4300,0	4300,0	4300,0	PNT	AR
312	Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la participation aux académies DHIS2 (2 agents du PNT) à Lomé				X	X	X	4240,0	4240,0	4240,0	PADS	AR
313	Assurer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) la participation aux académies Tracker (2 agents du PNT) à Lomé				X	X	X	4240,0	4240,0	4240,0	PADS	AR
314	Reproduire en 2024 et en 2026 les supports d'enregistrement et de notification du PNT				X	X	X	15883,0	0,0	15883,0	PADS	FM
315	Réaliser la revue à mi-parcours du PSN 2024-2026 en 2025					X		0,0	13577,1	0,0	PADS	AR

316		Créer un site web au profit du PNT afin de faciliter la diffusion des directives et des documents référentiels			X			5170,5	0,0	0,0	PNT	FM
317	3.2 Recherche opérationnell e	Implémenter le module TB laboratory du DHIS2 en 2024	X	X	X			33742,5	0,0	0,0	PADS	AR
318		Réaliser en 2024 une étude pour identifier les obstacles liés à l'accès des services TB selon le genre			X			30000,0	0,0	0,0	PADS	AR
319		Implémenter le module HH Contacts du DHIS2 en 2024			X			31868,5	0,0	0,0	PADS	AR
320		Réaliser en 2024 une étude sur le dépistage actif de la TB dans les services très fréquentés des structures hospitalières (service des urgences, la maternité)		X				40000,0	0,0	0,0	PADS	AR
321		Réaliser la 2ème enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de la population sur la tuberculose en 2024	X	X	X			30000,0	0,0	0,0	PADS	AR
322		Réaliser la 2ème évaluation des coûts supportés par les patients atteints de TB et de leur famille au BF en 2024		X	X			40000,0	0,0	0,0	PADS	AR
323		Implémenter une nouvelle stratégie de soutien aux patients TB-R en 2025				X		0,0	35000,0	0,0	PADS	AR
324		Évaluer en 2025 l'impact de l'apport nutritionnel sur les résultats de traitement des patients TB/VIH	X	X	X			0,0	30000,0	0,0	PADS	AR

325	Réaliser en 2025 une enquête d'exhaustivité pour évaluer la sous-notification dans les sous-groupes avec l'appui de l'OMS	X	X	X				0,0	50000,0	0,0	PADS	AR
326	Évaluer en 2025 l'impact du guichet unique TB/VIH sur la mortalité des patients co-infectés TB/VIH		X	X				0,0	35000,0	0,0	PADS	AR
327	Tenir en une session de 5 jours un atelier d'élaboration des textes portant création, organisation et fonctionnement de la task force recherche opérationnelle en 2024 (20 participants) à Manga		X					5508,5	0,0	0,0	PNT	AR
328	Organiser la rencontre semestrielle de la Task Force recherche opérationnelle sur la tuberculose (25 participants) à Ouagadougou	X		X		X	X	2120,0	2120,0	2120,0	PNT	FM
329	Parrainer chaque année pendant 3 ans (2024, 2025, 2026) au moins deux thèses et deux masters portant sur la tuberculose (clinique, laboratoire)		X		X	X	X	2000,0	2000,0	2000,0	PNT	FM
Total (x1000 FCFA)								9934154,74	8148815,24	6817562,54		
Total 2024-2026 (x1000 FCFA)								24 909 532,52				

Légende

BE : Budget de l'Etat

AR : A rechercher

FM : Fonds mondial (subvention)

PAAR : Financement Fonds mondial au-delà de la somme allouée