

Rapport technique

Évaluation du programme DGD

**« Appui au Programme national de lutte contre la tuberculose au Niger »
2022-2026''**

Préparé par

Professeur Giovanni Battista Migliori MD, FERS, FASP, FRCP

Avec le soutien de

Dr. Bassirou Souleymane, Action Damien, Niger

- *Dr Kabirou Amoussa Abdoul Aziz, Pneumologue, Consultant*
- *Dr Assao Neino Mourtala Mohamed, Pneumologue, Consultant*
 - *Dr Attaher Sala, Pneumologue, Consultant*
- *Dr Diop Ibrahim Saidou Salamatou, Suivi-Evaluation PNLT*
- *Dr Gambo Chabla Mariama, Coordonnatrice Régionale TB/DRSP Maradi*
 - *Ayouba Magaloudi, Coordonnateur régional TB Tillabéri*
 - *Dr Maman Lawan Ibrahim Action Damien Maradi*
 - *Mr Ibrahim Boukary, Action Damien Maradi*
- *Mr Soumaila Morou, Point Focal Action Damien Tillabéri et à l'unité TB-MR Niamey*

Et le soutien inestimable du personnel de santé de:

- *Niamey,*
- *Tillabery*
- *Maradi*
- *Zinder*
- *Tahoua*

Et de tout le personnel Action Damien-Niger et des unités de santé visitées

Résumé

1. Introduction

2. Portée

3. Méthodologie

4. Principaux résultats

4.1 Analyse documentaire

4.2 Résultats des entretiens

4.3 Mission de terrain/Visite des centres de santé

4.4 Analyse des indicateurs du programme

4.5 SWOT& Gap analysis Analyse SWOT et analyse des écarts

4.6 Recommandations

4.7 Conclusions

4.8 Principaux enseignements tirés

4.9 Atelier de clôture de la mission/ Compte rendu

Liste des abréviations

TB	Tuberculose
DS-TB	Tuberculose sensible aux médicaments
DR-TB	Tuberculose résistante aux médicaments
MDR-TB	Tuberculose multirésistante
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
AD	Action Damien
DGD	Direction générale de la coopération au développement et de l'aide humanitaire
CDT	Dépistage et de traitement de la tuberculose
Analyse SWOT	Identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces
CSC	Cadre stratégique commun
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
FG	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

ONG	Organisation Non Gouvernementale
ACNG	Acteurs de la Coopération Non Gouvernementale belge

Résumé exécutif

L'évaluation a été menée au Niger du 14 au 21 avril 2026, sous la coordination à distance du professeur GB Migliori. Elle a été organisée conformément aux termes de référence, selon les sections suivantes : **1.** Introduction ; **2.** Portée ; **3.** Méthodologie et **4.** Principaux résultats : **4.1.** Analyse documentaire ; **4.2.** Évaluation des résultats des entretiens; **4.3.** Mission de terrain (*Niamey, Tillabery, Maradi, Zinder et Tahoua*); **4.4.** Analyse des indicateurs du programme; **4.5** Analyse SWOT et analyse des écarts; **4.6.** Recommandations; **4.7.** Conclusions; **4.8.** Principaux enseignements. **4.9.** Atelier de clôture et débriefing

L'entretien mené auprès de 43 personnes représentant différents points de vue, au moyen d'un questionnaire, a révélé un fort consensus quant à l'efficacité, la qualité et l'impact des services de lutte contre la tuberculose fournis par AD (taux d'accord moyen supérieur à 95%, à un niveau de 100 %, avec un accord de 86 % concernant la connaissance spécifique des aspects plus techniques du projet (par exemple, les indicateurs)). Des entretiens complémentaires avec le personnel et les patients, réalisés lors de la visite, ont confirmé ces résultats.

Les visites de terrain ont confirmé l'excellente qualité des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose au Niger. Les directives connues et disponibles (tuberculose pédiatrique, tuberculose sensible aux médicaments et tuberculose multirésistante) ont été respectées, les formulaires d'enregistrement et de notification ont été correctement tenus et remplis, les résultats ont été correctement rapportés (confirmant la cohérence des données reçues au siège de AD), et des séances d'éducation et de conseil en santé ont été régulièrement dispensées à l'aide de supports standardisés.

Tous les indicateurs du programme ont été atteints, à l'exception du taux de succès du traitement de la tuberculose multirésistante, qui a diminué en raison de la notification tardive des patients, conséquence de l'insécurité et de l'instabilité dans de nombreuses zones hors des villes. Toutefois, ils restent bien supérieurs aux valeurs moyennes obtenues au niveau mondial, selon les données de l'OMS.

Le ratio hommes/femmes a considérablement diminué au fil du temps, atteignant presque les objectifs prévus, à un niveau bien inférieur aux valeurs enregistrées au Niger.

10 recommandations ont été proposées.

Le projet AD au Niger constitue non seulement un exemple de mise en œuvre techniquement rigoureuse des activités de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose, mais aussi un excellent modèle de collaboration entre le PNLT et les ONG, ainsi qu'un cadre idéal pour la formation et la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle.

Les partenaires se sont accordés sur la nécessité de soutenir et de renforcer le projet AD au Niger, compte tenu de la priorité et de l'importance de la tuberculose dans le pays, ainsi que de la qualité des services fournis. Ils ont convenu de l'importance de maintenir l'envergure et la structure de l'intervention actuelle, tout en renforçant certains aspects (par exemple, la mise en œuvre des activités spécifiques visant à améliorer le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant, la notification et la prise en charge des effets secondaires du traitement et la gestion des séquelles post-tuberculeuses).

1. Introduction

Cette évaluation finale du soutien apporté au Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) au Niger pour la période 2022-2026 vise à permettre à Action Damien (AD) et à la Direction générale de la coopération au développement et de l'aide humanitaire (DGD) de mener à bien les activités prévues et de planifier au mieux le futur programme d'appui (2027-2031).

Au-delà de l'examen des résultats obtenus, l'évaluation vise l'identification des points forts, des points faibles et des recommandations afin de permettre aux responsables de la mise en œuvre de se concentrer sur les meilleures pratiques et d'apporter des corrections stratégiques et/ou opérationnelles quand nécessaire, en mettant l'accent sur la pérennité du programme et sur le développement des capacités des ressources humaines impliquées.

L'évaluation est conçue pour apporter une valeur ajoutée en matière d'inclusion, de développement des capacités des ressources humaines et de participation du personnel, des partenaires et des acteurs locaux à tous les niveaux.

Pendant la période 2022-2026, Action Damien a mis en œuvre ses interventions avec l'objectif spécifique de:

“Améliorer la notification et la prise en charge des patients atteints de la tuberculose sensible aux médicaments dans les régions de Maradi et de Tillabéry et la tuberculose résistante aux médicaments au niveau national, en s'appuyant sur les leçons apprises du programme précédent pour assurer la pérennité des acquis et des progrès réalisés”

Les interventions sur la tuberculose sensible aux médicaments (DS-TB) sont concentrées dans les régions de Maradi et de Tillabery, tandis que celles concernant la tuberculose résistante/multirésistante (DR/MDR-TB) ont lieu dans la totalité des 4 centres de traitement MRD-TB du pays, situés dans les régions de Niamey, Maradi, Zinder et Tahoua ([Annexe I](#), [Figures 1 à 3](#)).

Des mesures novatrices ont été mises en place, notamment la vidéosupervision dans les zones d'accès difficile et de nouveaux outils diagnostiques moléculaires rapides ([Figures 4, 5](#)), renforçant la numérisation des données de surveillance et la mise en œuvre de la recherche opérationnelle, avec un accent particulier sur les nouveaux schémas thérapeutiques pour la tuberculose résistante aux médicaments/multirésistante (essai clinique AES actuellement en cours).

Ces interventions prévoient une attention particulière au respect du genre et des droits de l'homme en matière d'accès à la qualité des services offerts et l'analyse de la performance va considérer les résultats désagrégés par âge, sexe, lieu d'intervention, etc.

Une attention particulière a été portée à la promotion du contrôle de l'infection par des mesures administratives, environnementales et de protection respiratoire conformes aux normes internationales.

Les **5 résultats spécifiques attendus** du programme étaient:

- **Résultat 1: La couverture des centres de dépistage et de traitement de la tuberculose (CDT) est maintenue.**
- Résultat 2: Le diagnostic microscopique en laboratoire est fiable.**
- Résultat 3: La prise en charge des patients atteints de tuberculose sensible aux médicaments est améliorée et plus équitable entre les hommes et les femmes.**
- Résultat 4: La prise en charge des patients atteints de tuberculose multirésistante est améliorée.**
- Résultat 5: Les capacités des partenaires locaux sont renforcées.**

La proposition technique pour cette évaluation se concentre sur tous les résultats attendus de 1 à 5 conformément aux termes de référence (ToR) , en tenant compte des 12 interventions stratégiques mises en œuvre par AD au Niger (*achat et installation d'équipements de diagnostic; achat et fourniture de médicaments; achat et installation de kits de vidéoconférence; mise en œuvre du contrôle de la qualité en laboratoire; réalisation de tests Xpert; garantie du contrôle de la qualité des cultures du Laboratoire national de référence au niveau du Laboratoire supranational de référence; mise en œuvre de contrats basés sur la performance avec les laboratoires et les services de santé; introduction d'une supervision formative - physique et vidéo-supervisée; numérisation de l'ensemble du système d'information sur la tuberculose; mise en œuvre de la recherche opérationnelle et garantie de synergies avec les acteurs de la coopération non gouvernementale belge -ACNG*).

Par ailleurs, le principe de la formation continue orientera le rapport.

L'évaluation permettra également aux partenaires du programme d'améliorer leur stratégie de mise en œuvre de la formation continue et d'en assurer la pérennité (voir détails ci-dessous).

2. Portée

L'objectif de cette évaluation est d'apprécier les progrès et les résultats de la mise en œuvre du soutien apporté au Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) au Niger pour la période 2022-2026, d'identifier les points forts, les points faibles et les obstacles potentiels, et de proposer des mesures correctives axées sur les évidences pour renforcer la lutte contre la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante (TB-DR), tout en considérant le renforcement du système de santé et la promotion de la santé, ainsi qu'un accès équitable aux services de santé pour les populations les plus vulnérables.

L'évaluation est organisée, conformément aux termes de référence, en commençant par l'identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces (analyse SWOT) afin **a)** de formuler des recommandations concrètes pour améliorer ou adapter les interventions afin d'atteindre les objectifs du programme et de planifier les activités 2027-2031 et **b)** d'identifier les ressources humaines nécessaires pour rendre cela possible.

Pour ce faire, 4 objectifs énumérés dans les termes de référence sont poursuivis, en tenant compte des critères du « Comité d'assistance au développement de l'OCDE/CAD »:

- *Pertinence et adéquation avec les stratégies existantes*: Dans quelle mesure les interventions du programme répondent-elles aux besoins et priorités nationales en matière de lutte contre la tuberculose, tout en restant conformes aux politiques de santé, aux ODD et aux priorités du DGD
- *Efficacité*: Dans quelle mesure les objectifs et les résultats escomptés ont-ils été atteints, selon l'analyse des indicateurs détaillés dans le plan d'action 2022-2026. Les partenariats, la coordination et la collaboration intersectorielle ont-ils permis d'atteindre efficacement les objectifs du programme ?
- *Impact*: Quels effets mesurables le programme a-t-il produits sur la santé et le bien-être des bénéficiaires et des communautés? Dans quelle mesure les interventions ont-elles contribué à renforcer le système de santé et à améliorer la coordination entre les acteurs publics, communautaires et privés? Quelle a été la valeur ajoutée de l'appui financé par la DGD selon le Cadre stratégique commun (CSC) en termes d'impact?)
- *Appropriation/ownership*: Comment les capacités des partenaires locaux et les connaissances des personnes touchées par la tuberculose ont-elles été renforcées?
- *Efficience*: Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et matérielles ont-elles été utilisées efficacement pour produire les résultats escomptés, compte tenu du contexte opérationnel? Les approches de supervision adaptées, notamment la supervision vidéo et la

numérisation dans les zones difficiles d'accès, ont-elles contribué à maintenir la qualité et l'efficacité des activités sur le terrain ?

- *Durabilité/Pérennité*: Dans quelle mesure les résultats et les réalisations du programme sont-ils susceptibles d'être maintenus ou reproduits à moyen et long terme? Quelles stratégies de résilience se sont avérées les plus efficaces pour atténuer l'impact du contexte local sur la mise en œuvre du programme?
- *Objectifs transversaux – équité, genre, environnement et droits humains* : Dans quelle mesure l'accès équitable à des soins et à des médicaments de qualité contre la tuberculose a-t-il été garanti à tous, y compris aux groupes les plus vulnérables? Y a-t-il eu des problèmes liés au genre ?
- *Principales leçons apprises*

Le rapport a également évalué la contribution d'Action Damien au Cadre stratégique commun (CSC), notamment en termes de synergie, de complémentarité, de consolidation des acquis et d'accès équitable aux soins.

L'évaluation, conformément aux termes de référence, a ciblé le personnel chargé de la mise en œuvre du programme (issu d'AD, du gouvernement et du secteur privé) et les bénéficiaires directs (par exemple, les personnes touchées par la maladie), à tous les niveaux, y compris au niveau communautaire.

En complément des termes de référence, cette évaluation, sans frais supplémentaires pour le contractant, a permis de:

- 1) Fournir des conseils scientifiques aux activités de recherche opérationnelle existantes sur le régime et à la recherche qualitative FAST-TB en cours au Niger;
- 2) Soutenir les futures recherches opérationnelles potentielles sur la maladie pulmonaire post-tuberculeuse (PTLD), le professeur Migliori étant un promoteur et un « Key Opinion Leader » sur ce sujet de recherche opérationnelle au niveau mondial, comme cela a été fait pour le projet d'AD du Bangladesh;
- 3) Apporter un soutien à la rédaction et à la publication d'un article sur le projet Niger dans l'IJTLD/IJTLD OPEN, en lien avec le rôle du professeur Migliori en tant que rédacteur en chef de la revue.

3. Méthodologie

En tant qu'expert international principal, le professeur GB Migliori a dirigé mission tout en travaillant en étroite collaboration avec le représentant d'AD au Niger et les experts nationaux.

L'évaluation a suivi les 3 phases spécifiées dans les termes de référence (phase de cadrage, phase d'évaluation, phase de rapport et de consolidation).

L'évaluation a été précédé d'un appel virtuel préalable à la mission avec les parties prenantes (qui, a été organisé au début du mois d'avril 2026, voir le calendrier ci-dessous).

Des appels et des visioconférences réguliers ont été organisés avec les experts au Niger et à Bruxelles.

L'évaluation a utilisé différentes méthodologies, notamment les suivantes :

- revue épidémiologique et documentaire
- questionnaire et entretiens en personne
- visites de terrain et
- un atelier participatif et didactique.

La méthodologie utilisée a prévu les étapes suivantes :

1) ***Phase de cadrage***

Elle est basée sur les recherches documentaires concernant le programme et sur des discussions avec les conseillers médicaux au Niger et à Bruxelles.

Durant cette phase, *une analyse documentaire et un examen des principaux rapports*, publications et programmes, incluant les données épidémiologiques, les directives nationales ont été effectués et discutés avec les parties prenantes. La phase de cadrage a permis d'affiner la méthodologie spécifique d'évaluation des cinq résultats attendus dans chaque province et globalement. L'approche utilisée par l'OMS pour organiser des Revues de Programme (Orientations sur la réalisation de l'examen d'un programme de lutte contre la tuberculose. OMS, Genève, 22 Mars 2024) a été adaptés aux besoins spécifiques de l'évaluation du programme, au contexte national du Niger et aux activités hybrides (présentiel et distanciel). Des questions d'évaluation ont été élaborées et les indicateurs clés identifiés. Une liste de contrôle ad hoc ainsi qu'un cadre d'enregistrement et de compte rendu ont été conçus pour faciliter la collecte et l'analyse des données sur les différents sites.

2) ***Phase d'évaluation***

L'équipe a dirigé une mission de terrain sous la coordination de l'expert international, qui a travaillé à distance. La méthodologie développée (voir ci-dessus) a permis la collecte des données nécessaires et essentielles, vérifiées auprès des partenaires, des communautés et des bénéficiaires finaux, afin d'évaluer l'atteinte des indicateurs et d'identifier tout risque potentiel.

Les sources de données (entretiens, examen de documents, données validées du Plan national - et visites sur place) ont été examinées par des évaluateurs nationaux et analysées en collaboration avec le consultant international.

Une visite des régions a été organisée conformément aux termes de référence et les sites ont été sélectionnés afin de garantir une représentativité tout en tenant compte des aspects logistiques et de faisabilité. Durant la mission, l'évaluation des interventions contre la tuberculose sensible aux médicaments a été organisée dans les régions de Maradi et de Tillabéry, tandis que celle concernant la tuberculose résistante a été menée dans les quatre centres de soins MDR-TB du pays, situés dans les régions de Niamey, Maradi, Zinder et Tahoua. La durée des visites de terrain a été de huit jours à Niamey, Tillabéry, Maradi et Zinder (tuberculose multirésistante) et de trois jours à Tahoua (tuberculose multirésistante). Les visites ont été guidées par une grille d'évaluation prédéfinie, et des entretiens ont été menés sur place auprès du personnel et des patients (questions basées sur cette grille, élaborée selon les principes de la recherche qualitative). Cette grille a été proposée aux parties prenantes deux semaines avant la mission.

L'entretien par questionnaire auprès des principales parties prenantes a inclus un échantillon du personnel impliqué dans les activités programmatiques et cliniques, ainsi que des populations touchées (patients, familles et membres des organisations de la société civile impliqués).

Les données primaires disponibles au niveau des formations sanitaires ont été examinées lors de la visite (par exemple, les fiches et registres de traitement, ainsi que l'observation directe des membres de l'équipe au travail).

3) *Phase d'analyse, rapportage et consolidation*

L'analyse des données recueillies au moyen des questionnaires et des listes de contrôle (qualitatives, quantitatives, ainsi que par résultat et catégorie de personnes) a été effectuée au retour par des experts nationaux en collaboration avec l'expert international et le coordinateur d'Action Damien au Niger.

Une analyse spécifique des indicateurs du programme existants a été réalisée à partir des documents de suivi et d'évaluation. Les données consolidées produites par AD et utilisées pour le suivi interne, ainsi que les rapports aux autorités nationales et aux bailleurs de fonds, ont été également utilisés pour cette analyse.

Conformément aux termes de référence, une séance de débriefing en ligne a été organisée pour le personnel du Niger, à la fin de cette phase, sous la forme d'un atelier participatif de clôture de mission. Cet atelier avait également une visée didactique: le consultant a présenté un bref résumé des principes sous-jacents à l'approche programmatique de la lutte contre la

tuberculose et de son élimination aux participants (un enregistrement sera mis à la disposition d'AD pour publication sur son site web). Cet événement a été planifié en collaboration avec le personnel d'AD.

Les dernières sections de ce rapport comprennent: **4.5.** Analyse SWOT et des écarts ; **4.6.** Recommandations ; **4.7.** Conclusions; **4.8.** Principaux enseignements et **4.9.** Atelier de clôture et débriefing.

Ce rapport et ses annexes ont été élaborés conformément aux termes de référence et au calendrier indiqué ci-dessous.

Chronologie

Description	Date de début	Date de fin
Phase de cadrage	1er avril 2026	14 avril 2026
L'évaluation des données et la lecture des documents pertinents sont effectuées à distance et les outils d'évaluation sont développés en étroite collaboration avec des experts locaux, le coordinateur AD au Niger; les commentaires des parties prenantes sont recueillis.	1er avril 2026	14 avril 2026
Préparation et animation de la réunion de pré-évaluation	Entre le 9 et le 13 avril	
Phase d'évaluation	14 avril 2026	21 avril 2026
	<i>Mission de terrain au Niger: 8 jours à Niamey (tuberculose multirésistante), Tillabery (tuberculose sensible), Maradi (tuberculose multirésistante et</i>	

	sensible), Zinder (tuberculose multirésistante) et 3 jours à Tahoua pendant cette période.	
Phase d'analyse, de rapportage et de consolidation	26 avril 2026	30 mai 2026
Analyse des données, coordination avec les experts locaux	26 avril 2026	21 mai 2026
Rédaction et soumission de la première ébauche du rapport	22 mai 2026	28 mai 2026
Attente des commentaires des parties prenantes	29 mai 2026	3 juin 2026
Retour d'information des partenaires, organisation du webinaire/débriefing et soumission du rapport final. Webinaire: 29 mai 2026.	4 juin 2026	5 juin 2026

Tous les acronymes ont été définis lors de leur première apparition dans le texte; ils sont également résumés au début de ce rapport sous forme de tableau.

4. Principaux résultats et conclusions

Les résultats sont présentés en sept sections principales, complétées par des annexes selon les besoins:

- 4.1 *Analyse documentaire*
- 4.2 *Résultats des entretiens*
- 4.3 *Visites de terrain*
- 4.4 *Analyse des indicateurs du programme*
- 4.5 *Analyse SWOT et analyse des lacunes/gaps*
- 4.6 *Recommandations*

- 4.7 Conclusions
- 4.8 Principaux enseignements tirés
- 4.9 Bilan de fin de mission/debriefing

4.1 Analyse documentaire

Les documents suivants ont été examinés et commentés (*Annexe 2* - fichier compressé: fichiers d'examen documentaire):

1. DGD Financement Programme 2022-2026. Appui au programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) au Niger. Rapport 2024: « Résilience et performance dans un contexte complexe »
2. Deuxième version, Rapport d'évaluation finale du plan quinquennal DGD 2017-2021 au Niger. Mission effectuée du 25 mai au 7 juin 2022 par Dr Arnaud Trébucq, Dr Soumana Alphazazi, Dr Assao Neino Mourtala Mohamed et Dr Kabirou Amoussa Abdoulaziz.
3. République du Niger, Fraternité – Travail – Progrès, Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS), Secrétariat Général Direction des Études et de la Programmation, Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Plan Stratégique National De Lutte Contre La Tuberculose 2022-2026.
4. Leçons apprises – Rapport annuel 2024 Programme DGD 2022 – 2026.
5. République du Niger, Ministère de la Santé publique, Secrétariat général, Direction de la lutte contre les maladies, Programme national de lutte contre la tuberculose. Guide pour le traitement préventif de la tuberculose (TPT) et le dépistage actif des cas de tuberculose au Niger.
6. République du Niger, Ministère de la Santé publique, Secrétariat général, Direction de la lutte contre les maladies, Programme national de lutte contre la tuberculose. Guide pour la prise en charge de la tuberculose résistante, Niger 2023.
7. République du Niger, Ministère de la Santé publique, Secrétariat général, Direction de la lutte contre les maladies, Programme national de lutte contre la tuberculose. Guide technique national pour la prise en charge de la tuberculose sensible au Niger, 4ème Edition, 2023.
8. République du Niger, Ministère de la Santé publique, Secrétariat général, Direction de la lutte contre les maladies, Programme national de lutte contre la tuberculose. Guide de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent au Niger, édition 2023.

9. Données épidémiologiques sur la tuberculose au Niger, 2021-2025

Les commentaires spécifiques sont résumés ci-dessous:

1. DGD Financement Programme 2022-2026. Appui au programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) au Niger. Rapport 2024: «Résilience et performance dans un contexte complexe»

Le document est structuré autour de 5 sections principales comportant plusieurs sous-sections, comme suit:

1. Exécution budgétaire 2024
2. Matrice des indicateurs
3. Évolution du contexte d'intervention au Niger
 - 3.1. État d'avancement de l'objectif spécifique
 - 3.2. Evolutions et réorientations significatives
 - 3.3. Enseignements tirés de l'année précédente
 - 3.4. Genre
 - 3.5. Environnement
 - 3.6. Synergies et complémentarités
 - 3.6.1. Collaboration entre acteurs Belges de la coopération
4. État de mise en oeuvre des principales activités de l'année
5. Gestion des risques.

Le projet a dû s'attaquer à de graves problèmes dans les zones sélectionnées, notamment la région de Tillabéri qui a été touchée par l'insécurité persistante et la région de Maradi qui a été connue des enlèvements et des arrivées de personnes déplacées ou réfugiées en provenance du Nigéria. Il était donc nécessaire de revoir les plans et les procédures afin de fournir les services prévus et d'assurer une supervision en toute sécurité.

Parmi les mesures mises en place figurent:

- La mise en oeuvre de la vidéo-supervision dans les districts difficilement accessibles,

avec une couverture atteignant 27 % des districts (+12 % par rapport à la cible 2024).

- L'adaptation des modalités de supervision physique
- La reprogrammation de certaines activités, rendue nécessaire par les contraintes liées aux restrictions logistiques.

Grâce à ces ajustements opérationnels, aucune réorientation majeure du programme n'a été nécessaire. Le taux de réalisation physique des activités pour l'année 2024 s'établit à 97 %, confirmant la bonne capacité d'adaptation du programme.

Les efforts spécifiques du personnel du programme ont permis de réduire le ratio Homme/Femme de 3,1 du baseline à 2,9 en 2024. Des efforts sont en cours pour atteindre la cible fixée à 2,5, avec la poursuite des actions ciblées auprès des femmes, notamment grâce à des synergies avec les acteurs au niveau communautaire.

L'état de mise en œuvre des principales activités de l'année par résultat était le suivant:

Résultat 1: La couverture en Centres de Dépistage et Traitement de la tuberculose est maintenue (1 activité): bien;

Résultat 2: Le diagnostic microscopique de laboratoire est fiable (5 activités). Très bien,

Résultat 3: La prise en charge des malades de TB sensible est améliorée et équitable entre hommes et femmes (9 activités). 7 très bien, 2 bien;

Résultat 4: La prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante est améliorée et les mesures de contrôle de l'infection sur l'environnement sont appliquées. (11 activités). 10 très bien, 1 bien;

Résultat 5: Les capacités des partenaires locaux sont renforcées. (12 activités). 10 très bien, 2 bien.

Le document se termine par une révision du plan de gestion des risques

2. Deuxième version, Rapport d'évaluation finale du plan quinquennal DGD 2017-2021 au Niger. Mission effectuée du 25 mai au 7 juin 2022 par Dr Arnaud Trébucq, Dr Soumana Alphazazi, Dr Assao Neino Mourtala Mohamed et Dr Kabirou Amoussa Abdoulaziz.

L'objectif spécifique (OS) du programme est: « Améliorer la notification et la prise en charge des cas de tuberculose sensible dans les régions de Tillabéry et Maradi et de la tuberculose multi-résistante dans les Unités de Niamey, Maradi et Zinder ». A l'origine, il était prévu de suivre également la tuberculose (TB) sensible dans la région de Zinder, mais pour adapter le projet initial au budget accepté, une réduction de la zone d'intervention de trois régions (Tillabéry, Zinder et

Maradi) à deux régions (Tillabéry et Maradi) s'est imposée en gardant Zinder pour la multi résistance, d'où la révision de l'objectif spécifique.

Cet objectif est pertinent et cohérent car il correspond à ce qui est dans le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021 du Niger, dans le Cadre Stratégique Commun (CSC) du Niger et dans les orientations internationales publiées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le programme est efficient il permet une certaine souplesse et il s'appuie sur le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), seul garant d'une durabilité des acquis. Son efficacité est démontrée par l'atteinte de pratiquement tous les objectifs fixés au démarrage du projet, tant pour le dépistage des cas que pour la qualité de leur traitement et la prise en compte du VIH. Le soutien au Laboratoire national de référence des mycobactéries et le développement remarquable et remarqué de la prise en charge des tuberculoses résistantes à la rifampicine se sont avérés des éléments clefs de la réussite du programme.

La qualité de la direction du PNLT au cours de ces 5 années a été un élément important pour faciliter les échanges permanents Action Damien (AD) – PNLT dans un climat de confiance et de respect. Le travail d'AD dans 2 régions est une bonne approche car elle permet de tester dans la complexité du terrain les instructions pour la lutte contre la tuberculose et de les adapter lorsque nécessaire en discutant avec le PNLT. C'est l'une des clefs du succès du projet qui ne consiste pas seulement à rendre des services de qualité dans la zone soutenue par AD, mais aussi à faire progresser la lutte contre la tuberculose sur l'ensemble du pays. Par ailleurs, AD participe activement à l'élaboration des guides du PNLT, de l'écriture du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose, aux requêtes au Fonds Mondial (FM).

Dans un contexte sécuritaire et économique difficile - la circulation est limitée notamment dans la région de Tillabéry à cause des attaques djihadistes – et malgré le COVID, le programme s'est déroulé pratiquement comme espéré initialement et toutes les activités planifiées ont pu se développer en consommant les financements prévus. Il n'y a pas eu nécessité de revoir ni les objectifs, ni les moyens au cours de ces 5 années, il a simplement fallu s'adapter aux circonstances ce qu'a permis la flexibilité du projet.

En dehors du contexte géographique avec les très longues distances à parcourir et la pauvreté de la population, la plus grande difficulté rencontrée est liée à l'instabilité du personnel d'État avec des mutations imprévues d'agents formés remplacés par des soignants ne connaissant pas le programme TB. Cela demande des supervisions formatives importantes et des recyclages réguliers. Par ailleurs, le système d'information DHIS2 a été récemment mis en place et nécessite un peu de temps pour fonctionner correctement et organiser les informations selon les besoins du programme.

L'équipe d'AD est de qualité et fournit un travail considérable. Le FM s'appuie sur elle pour le développement d'un quatrième centre pour la tuberculose multi résistante à Tahoua, non pas en prenant AD comme Sous-récepteur, mais à travers un accord de collaboration. Cet accord permet d'utiliser les processus propres à AD et non ceux du FM trop complexes pour pouvoir être opérationnels dans certains domaines. Ce type d'accord est soutenu par le PNLT qui souhaiterait qu'il intervienne pour d'autres activités, mais cela demanderait un renforcement de l'équipe d'AD.

3. République du Niger, Fraternité – Travail – Progrès, Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS), Secrétariat Général Direction des Études et de la Programmation, Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Plan Stratégique National De Lutte Contre La Tuberculose 2022-2026.

Le nouveau Plan Stratégique National (PSN) 2022-2026 s'aligne avec le Plan de Développement Sanitaire (PDS) et reflète l'engagement de l'État du Niger à maintenir et consolider les acquis obtenus au cours des dernières années et aussi à souscrire encore une fois entièrement à la stratégie « Mettre fin à la tuberculose ».

La vision commune est d'obtenir à l'horizon 2035, un Niger indemne de tuberculose. Pour ce faire, le Ministère veut susciter la participation de tous les secteurs dans le cadre d'une approche globale qui combine à la fois des interventions sanitaires et sociales.

Ce PSN 2022-2026 s'inscrit dans la continuité du plan précédent. Il adopte la même configuration que la stratégie mondiale avec les trois principaux piliers. Il met une emphase particulière sur : une augmentation accrue de l'offre de services dans les quatre régions les plus peuplées qui alimentent la sous-notification, la priorisation des groupes vulnérables dont les enfants, une recherche intensifiée de la tuberculose sensible et résistante avec les tests moléculaires, la prévention de la tuberculose et une meilleure collaboration entre la tuberculose et les autres programmes pour une prise en charge réussie des co-morbidités. Ainsi, dans une perspective d'équité et d'amélioration de la couverture sanitaire, le PSN envisage d'étendre les services de prise en charge de la tuberculose en créant 159 CDT additionnels et 4 nouvelles unités de prise en charge de la TB-MR. Ce plan vise aussi à rechercher une collaboration plus organisée des acteurs de la communauté, celle de tous les partenaires et de tous les autres secteurs. Il s'agira aussi de renforcer la collaboration entre les programmes TB et VIH et de mettre un focus particulier sur les activités de recherche opérationnelle qui viseront à élucider les causes profondes de certaines contre-performances qui pourront orienter la planification dans le futur. Le cadre des résultats à atteindre, selon les

indicateurs recommandés par l'OMS, permet d'assurer un suivi rapproché de la mise en oeuvre du plan. Les résultats visés les plus pertinents qui méritent d'être mentionnés sont : une baisse de l'incidence de 84 pour 100,000 à 55 pour 100,000 en 2026, une notification totale de 77,704 cas de TB sensible et 581 de TBMR pour toute la période, des patients tuberculeux dont le statut VIH est connu à 95% et une augmentation du succès du traitement à 90%.

Le budget estimatif pour la mise en oeuvre de ce PSN 2022-2026 est d'environ 33.698.270,54.

4. Leçons apprises – Rapport annuel 2024 Programme DGD 2022 – 2026.

5-8 République du Niger, Ministère de la Santé publique, Secrétariat général, Direction de la lutte contre les maladies, Programme national de lutte contre la tuberculose:

- a) Guide pour le traitement préventif de la tuberculose (TPT) et le dépistage actif des cas de tuberculose au Niger.**
- b) Guide pour la prise en charge de la tuberculose résistante, Niger 2023.**
- c) Guide technique national pour la prise en charge de la tuberculose sensible au Niger, 4ème édition, 2023.**
- d) Guide de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent au Niger, édition 2023.**

Les quatre lignes directrices examinées sont conformes à celles de l'OMS, sont à jour et clairement rédigées.

9. Données épidémiologiques sur la tuberculose au Niger, 2021-2025

Les données, fournies par le programme national, comprennent la situation générale au Niger et des ensembles de données spécifiques aux régions où le projet est mis en oeuvre. Ces ensembles de données sont complets et épidémiologiquement fiables ([Annexe 3](#)).

4.2 Résultats des entretiens

Les entretiens ont été menés à l'aide du questionnaire validé présenté à l'[Annexe 4](#).

Globalement, les résultats de l'enquête soulignent clairement le rôle important joué par le projet de lutte contre la tuberculose soutenue par AD au Niger tel que perçu par le personnel, les parties prenantes et les patients.

La grande majorité des 43 personnes ayant participé à l'enquête au moyen du questionnaire validé ont reconnu l'importance, l'impact et la qualité du projet AD au Niger, avec un taux d'approbation moyen de 100 %, avec seulement 6 personnes (14%) qui n'étaient pas pleinement au courant des détails techniques du projet et des indicateurs prévus.

L'analyse détaillée de l'enquête est disponible à l'*Annexe 5*.

4.3 Visites de terrain

Les hôpitaux suivants ont été visités (voir *Annexe 5*, voir programme de la mission):

1) Pour la région de Tillabéri et Niamey

Région de Tillabéri: Le Centre anti-Tuberculeux du CHR de Tillabéri, le CSI Urbain, le CSI Sansané Haoussa, l'Hôpital de District de Gotheye, le CSI Dargol, l'Hôpital de District de Fillingué, le CSI Bonkougou, le CSI Hamdalaye, le CSI de Simiri, le CSI de Karma pour la région de Tillabéri.

Région de Niamey: l'unité TB-MR, le Laboratoire National de Référence (LNR) TB, l'Association Nigérienne des Malades Guéris de Tuberculose, le Centre National de lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires et le PNLT ont été visités.

Commentaire

Diagnostic et ratio homme-femme

Durant la période de 2022 à 2026, une augmentation du nombre de CDT a été enregistrée dans la région de Tillabéri : 59 CDT en 2025 dépassant la cible de 45 CDT prévus en 2026.

Pratiquement tous les patients tuberculeux sont dépistés ($\geq 95\%$) pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et mis systématiquement sous antirétroviraux (ARV, 100%) dépassant les cibles prévues pour la période 2022-2026. Il n'y a pas eu de rupture de test VIH durant cette période.

Concernant le 'sex ratio' Hommes/Femmes, selon le Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose de 2025, les hommes sont les plus touchés: environ 60 % des cas notifiés concernent des hommes

contre 40 % pour les femmes, soit un 'sex ratio' d'environ 1,5 homme pour 1 femme. La situation au Niger est différente avec un ratio H/F de 70/30.

A Tillabéri, nous avons un 'sex ratio' moyen de 3,7H/F entre 2022 et 2025. Au Niger, 99,3% de la population pratique l'Islam et les femmes représentant 50,7% de la population sont fortement dépendantes de leurs maris ou famille selon une étude conduite sur évaluation de la prise en compte du genre dans les ripostes nationales au VIH et à la Tuberculose au Niger en 2015.

Aussi les femmes sont plus fréquentes dans les structures sanitaires (Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant) pour les soins de la santé de la Mère, du Nouveau Né, du Nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent et elles ont besoin de l'autorisation de leurs maris pour consulter. Une enquête sur les coûts catastrophiques de la TB (OMS, 2021) a montré que les dépenses indirectes (transport, perte de revenus, garde des enfants) affectent disproportionnellement les femmes.

Entre 2022-2026, nous avons enregistré une amélioration du pourcentage de laboratoires qui commettent plus d'une erreur grave (Faux négatif Élevé ou Faux Positif Élevé) par année passant de 4% en 2022 à 0% en 2024.

En plus, à Tillabéri, la situation sécuritaire constitue un frein à l'accessibilité des soins avec l'interdiction des mouvements à certaines heures.

TB sensible

Nous constatons une augmentation du nombre de malades atteints de TB sensible notifiés et traités durant cette période de 2022-2026 passant de 2141 en 2022 à 2418 en 2025. Durant notre passage au CSI Sansané Haoussa l'infirmier nous a signalé que certains malades font 30 à 40 km aller simple pour un coût de déplacement de 10 000 CFA aller-retour.

Durant la période de 2022-2026, nous avons enregistré aussi une augmentation du pourcentage des cas de retraitement de la tuberculose ayant effectué le test Xpert passant de 89% en 2022 à 95% en 2024 pour une cible de 87% en 2024. Cependant la rupture des cartouches Xpert (due à un problème de communication entre le Fonds Mondial (FM), l'Unité de Gestion des Subventions et le fournisseur) survenue dans tout le pays entre Février et Mai 2025 explique la chute du dit taux à 46% en 2025.

TB chez l'enfant

Concernant la TB chez l'enfant, nous enregistrons en général une sous notification des cas au Niger mais aussi à Tillabéri toutefois nous observons une augmentation progressive de la notification des cas dans tout le pays.

Cette sous notification peut s'expliquer par plusieurs raisons:

- le fait qu'au Niger les femmes sont fortement dépendantes de leur famille ou maris et ont besoin de l'autorisation du conjoint pour consulter dans une structure sanitaire;
 - la situation sécuritaire et économique du pays, caractérisée par une accessibilité difficile des services de santé à cause de l'insécurité, le déplacement des populations vers les zones les plus sécurisées de la région de Tillabéri et vers la capitale Niamey qui est située à 115 km de Tillabéri.
- Aussi sur le plan économique, l'accessibilité financière (problème de moyen de transport) constitue un frein pour plusieurs ménages car l'agriculture, l'élevage et le commerce constituant les sources de revenus de la majorité de la population du Niger (80% rurale) ne sont plus pratiqués comme avant dans les zones d'insécurité. À cela s'ajoute l'interdiction des mouvements à certaines heures.

Succès thérapeutique

Nous observons une augmentation du taux de succès thérapeutique des cas incidents de TB sensible passant de 86% en 2022 à 92% en 2024 dépassant la cible prévue (87%) en 2024.

Durant la période 2022-2026, nous avons une amélioration des taux de perdus de vue et des non évalués (des nouveaux cas et rechutes de TB sensible) qui sont inférieurs aux cibles prévues pour la période 2022-2026.

Les taux de perdus de vue et des non évalués sont passés respectivement de 7% PDV (2022) à 4,2% (2024) et de 1,6% NE à 0,9% (2024). Ceci témoigne d'un bon suivi, accompagnement, et adhésion du traitement des patients dans les zones AD. Ainsi nous avons constaté sur le terrain un personnel de santé motivé et engagé dans la Lutte contre la Tuberculose qui reçoit des formations régulières tenant compte des dernières recommandations (internationales et nationales). Aussi nous avons constaté sur le terrain une bonne collaboration entre AD et ses partenaires mais aussi l'existence d'un système de contrat de performance (qui est respecté) entre AD et le CDT.

TB-MR

Pour la TB-MR, le taux moyen de succès thérapeutique des cas de TB résistante est 69,16% entre 2022 et 2024 (73,5% en 2022, 63% en 2023 et 71% en 2024). Ceci pourrait s'expliquer par l'augmentation du pourcentage de décès $\geq 14\%$ durant cette période avec des variations allant de 14% (en 2024) à 18% (en 2023). Toutefois, nous observons une baisse du taux de mortalité passant de 17,2% (en 2022) à 14% (en 2024).

Les principales causes de décès retrouvées après l'analyse des dossiers des patients sont :

- L'existence de comorbidités (VIH sida, cardiopathie, cœur pulmonaire chronique, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale) ;
- Retard diagnostique de la TB-MR avec à l'admission une altération de l'état général/anémie (ici les décès sont survenus dans un retard de 1 mois suivant l'admission)
- Troubles ioniques avec vomissement, diarrhée, déshydratation.

L'introduction en 2025 de la prise en charge des séquelles pulmonaires post-TB pour les patients TB-MR dans le cadre de l'accord Action Damien Fonds Mondial pourrait réduire le taux de décès dus à certaines comorbidités d'origine pulmonaire.

Les malades TB-MR présentant des séquelles pulmonaires post-TB sont référés auprès des spécialistes dans les structures habilitées et bénéficient de la Prise en Charge de AD depuis 2025 dans le cadre de l'accord Fonds Mondial - Action Damien. Cependant les patients TB sensible présentant des séquelles pulmonaires post-TB ne sont pas pris en charge supportent les coûts catastrophiques liés à la TB.

Les médicaments sont bien rangés et conservés, et aucune rupture de stock n'a été notifiée au cours de la période. Le personnel est formé régulièrement sur la prise en charge de la TB et il existe un système de pharmacovigilance fonctionnel.

Tous les 7 membres du personnel interrogés par région (14 au total) sont pleinement d'accord sur la pertinence et l'importance des activités AD dans les régions et sont bien informés sur les objectifs et les indicateurs du projet.

Défis et conclusions

L'alignement du programme AD aux directives nationales (Plan de Développement Sanitaire et Social 2022-2026, Plan Stratégique National TB 2022-2026) témoigne la pertinence du Programme. Ce dernier est efficace, entraînant l'atteinte de la majorité des cibles fixées durant ce quinquenal 2022-2026.

Action Damien est un partenaire technique et financier important au Niger pour la TB, apportant son expertise et conseil au PNLT depuis 2007. Aussi il participe à l'élaboration des plans stratégiques nationaux, des guides et aux demandes de fonds du FM.

AD entretient avec les principales parties prenantes (PNLT, Fonds Mondial, prestataires de service de santé, Malades surtout TB-MR, Association Niger des Malades Guéris de TB, etc.) une bonne collaboration qui se traduit par:

- la mise à l'échelle nationale puis internationale du protocole court du traitement TB-MR,
- la mise en place de la video-supervision dans les zones d'insécurité,
- la signature de l'accord entre AD et le FM depuis 2019 pour la décentralisation et une prise en charge holistique de la TB-MR,

- la formation régulière du personnel de santé sur la TB adaptée aux dernières recommandations nationales et internationales constitue une source de motivation pour le personnel et permet de combler le gap en formation surtout avec le ‘turn-over’ des agents de santé constaté sur le terrain,
- le Financement Basé sur les Performances des agents de santé constitue aussi une source de motivation pour le personnel,
- le soutien (transport, ration alimentaire, PEC effets indésirables) apporté aux patients TB-MR,
- la recherche en cours sur 2 protocoles de traitement antituberculeux oral.

La flexibilité des procédures d’AD lui permet de mettre en oeuvre facilement ses activités facilitant ainsi au PNLT l’atteinte de ses objectif de End-TB. Ainsi le premier accord AD-FM signé en 2019 a permis au PNLT d’améliorer ses indicateurs de TB-MR car avec les lourdes procédures du FM, certaines activités réalisées par AD dans le cadre de l’accord AD-FM ne pouvaient pas être réalisées par le PNLT.

AD participe aussi au renforcement du système de santé à travers:

- L’achat d’ondulaires (UPS) pour les machines Xpert, les microscopes, les concentrateurs d’oxygène etc
- Le recrutement du personnel de santé
- La formation du personnel sur la TB.

Recommandations

- Poursuivre la flexibilité des procédures d’AD;
- Poursuivre la recherche systématique du BK dans les selles chez les enfants malnutris et suspects de TB;
- Poursuivre le renforcement de capacités (achat de concentrateurs d’oxygène, d’ondulaire pour les machines Xpert, microscope, etc.) des unités TB-MR, Centre AntiTuberculeux et CDT;
- Continuer les formations régulières du personnel sur la TB afin de former les nouveaux membres du personnel dans les CDT et atténuer les conséquences du ‘turn- over’ du personnel de santé ;
- Continuer le soutien (transport, ration alimentaire, PEC des effets indésirables) apporté aux patients TB-MR et la PEC des séquelles pulmonaires post-TB (les séquelles pulmonaires sont des facteurs de risque de mortalité) ;
- Renforcer les capacités des CSME sur la TB (femme et enfants) pour améliorer la notification de la TB de l’enfant mais aussi l’accessibilité équitable du genre à des soins de qualité (les CSME sont une opportunité pour AD et le PNLT pour l’amélioration de ses indicateurs).

- Doter le LNR en matériel pour la culture sur milieu liquide.

2) Pour la région de Maradi et Zinder

Région de Maradi: le Centre anti-Tuberculeux du CHR de Maradi, le CSI Urbain Ali Chaibou, le SCI Chizon kouregué, l'Hôpital de District de Dakoro, le CSI Sabon Machi, l'Hôpital de District de Tessaoua, le CSI Baoudeta, l'Hôpital de District de Mayahi, l'Hôpital de District de Gazaoua le CSI de Tchadoua, l'antenne régional de l'Association Nigérienne des Malades Guéris de Tuberculose, la Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique pour la région de Maradi.

Région de Zinder: l'unité TB-MR, le laboratoire de l'Hôpital National de Zinder, la Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique de Zinder.

Commentaire

Diagnostic et ratio homme-femme

Dans la Région de Maradi, de 2022 à 2026 on note une augmentation du nombre de CDT. Ce nombre est passé de 43 à 63. Cette augmentation s'est faite progressivement en tenant compte de la géographie, mais également des besoins de la population en matière de prise en charge de la tuberculose. Ce résultat est clairement au-delà des prévisions du projet 2022-2026. La population de la région de Maradi étant de 5.774.313, la moyenne de couverture de la population serait d'un CDT pour environ 92.000 habitants pour un CDT.

Globalement on note une évolution notable dans la stratégie de dépistage au VIH des patients tuberculeux. En effet d'un taux de 77% en 2022 on est passé à 96% en 2026. Ceci est le résultat des supervisions formatives continues sur le terrain, mais également de l'esprit du guichet clinique. Beaucoup d'agents de santé ont été formés sur la gestion du guichet unique. Ce taux de dépistage des patients tuberculeux pour le VIH est conforme aux prévisions et estimations de l'OMS. Aussi tous les patients TB infectés par le VIH ont reçu la trithérapie aux ARV.

Le ratio homme/femme a connu de façon générale une évolution significative. En moyenne le rapport est de 2,3H/1F, l'un des meilleurs ratios du pays. Ce ratio s'est nettement amélioré par rapport à l'objectif fixé même s'il est encore loin des prévisions de l'OMS qui est de 1,5H/F. Ceci

peut s'expliquer par l'implication grandissante désormais faite des services de santé maternelle dans les activités de dépistage et de prise en charge de la tuberculose. En effet plusieurs sages-femmes ont été ainsi formées pour la circonstance. Le Centre de Sante Mère et Enfants a été même erigé en CDT. Dans l'ensemble on peut être satisfait de l'évolution de ce ratio dans la région de Maradi.

On note une augmentation du nombre de patients toutes formes confondues passant de 2.030 en 2022 à 2.716 en 2025. Il en est de même pour les patients bactériologiquement confirmés qui est passé de 1.544 en 2022 à 2.077 en 2025. Ces chiffres sont largement au dessus des prévisions attendues.

Le dépistage des TPB+ a augmenté dans toutes les régions et surtout dans les zones couvertes par Action Damien. Résultat de tous les efforts des agents de santé mais aussi et surtout de l'accompagnement continu de l'ONG (formation, supervision, etc.).

Nous avons enregistré en 2022 un taux de 3% des laboratoires qui commettent plus d'une erreur grave (Faux négatif élevé ou Faux Positif élevé) par année. En 2023 ce taux était revenu à 0%. Mais on retient déjà que la tendance de 2022 et 2023 serait maintenue du fait des efforts consentis par les agents sur le terrain, mais également par le LNR, le PNLT et AD. En effet les activités de laboratoire bénéficient d'une expertise continue à travers le laboratoire National de Référence de Niamey. À ce titre les agents sont régulièrement formés et recyclés. Ils sont très bien avertis et exercent convenablement leurs activités. Il existe un point focal régional qui supervise de façon régulière les activités de laboratoires au niveau régional. Très rarement des erreurs sont notées au cours des supervisions réalisées conjointement par le PNLT sous financement d'Action Damien.

Durant la période de 2022-2026, nous avons enregistré une augmentation du pourcentage des cas de retraitement de la tuberculose ayant effectué le test Xpert passant de 89% en 2022 à 95% en 2024 pour une cible de 87% en 2024. Cette tendance Nationale reflète les résultats au niveau régional. La diminution en 2025 est due à une rupture nationale en cartouches Xpert qu'avait connu le pays survenu dans tout le pays entre Février et Mai 2025 et due à un problème de communication entre le Fonds Mondial, l'Unité de Gestion des Subventions et le fournisseur.

TB chez l'enfant

On note une amélioration progressive de ces chiffres qui sont passés de 4,4% (2022) à 6,6 % (2025). Il va falloir mettre des actions fortes pour améliorer le dépistage de la tuberculose chez les enfants.

Résultats du traitement

Les protocoles de et schémas de prise en charge (TB sensible et TB-MR) sont conformes aux directives nationales du PNLT. Pour la TB sensible, nous observons une augmentation du taux de succès thérapeutique des cas incidents de TB sensible passant de 87,7% en 2022 à 88% en 2024 au-delà des prévisions de la même année.

La région de Maradi a connu de grands progrès en matière de prise en charge des malades comme en témoignent les résultats des données sur les perdus de vue et les non évalués. En effet avec un taux moyen de PDV et de non évalué respectivement de 3,4% et 0,3%, la région de Maradi a atteint l'objectif fixé en la matière.

Au niveau de la région de Maradi pour la TB-MR, le taux moyen de succès thérapeutique des cas de TB résistante est 80,3% entre 2022 et 2024. Les malades TBMR sont hospitalisés, et totalement pris en charge. Ils bénéficient à cet effet du support en frais de transport et alimentation. Les bilans de suivi sont entièrement pris en charge par AD. Chaque matin ils sont vus au cours de la visite de service pendant lequel le major leur administre sous sa supervision les molécules (DOT). Les résultats obtenus pourraient avoir leur explication dans cette rigueur dans la prise en charge. Néanmoins l'unité a connu également un taux important de décès (taux moyen de décès entre 2022-2024 est d environ 15%).

Les principales causes de décès retrouvées après l'analyse des dossiers des patients sont:

- Le retard diagnostic qui fait que les lésions parenchymateuses deviennent étendues et fatales:
- Comorbidités (VIH et SIDA, cardiopathie, coeur pulmonaire chronique, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale);
- Les effets indésirables des médicaments;
- Les séquelles post-tuberculeuse.

Fort heureusement, l'introduction en 2025 de la prise en charge des séquelles pulmonaires post-TB pour les patients TB MR dans le cadre de l'accord Action Damien-Fonds Mondial pourrait réduire le taux de décès dues à certaines comorbidités d'origine pulmonaire.

Au niveau de l'unité de Zinder on note la même tendance dans la prise en charge des malades. Le taux moyen de succès thérapeutique était de 83% entre 2022 et 2024 avec un taux de décès moyen pour la même période de 9%.

Notre mission nous a conduit également dans la **Région de Zinder** où nous avons visité l'unité de prise en charge de la tuberculose multirésistante (Hôpital National de Zinder), le laboratoire et

l'unité clinique. Elle enregistre de bons résultats comme le démontrent les taux de succès thérapeutique qui s'améliorent. Elle a à son actif également des taux de PDV et de décès améliorés. Au niveau du laboratoire on a rencontré une équipe très dynamique avec des équipements de pointe. L'appareil Xpert est opérationnel et très bien entretenu. Les locaux sont très propres et répondent aux normes. Au niveau de la pharmacie les médicaments sont bien rangés et conservés selon les normes, sans rupture de stock notifiée durant cette période. Le personnel est formé régulièrement sur la prise en charge de la TB à travers les stages et formation. Les malades présentant des séquelles dues à la maladie sont suivis et pris en charge à travers des consultations spécialisées. Cette prise en charge est financée par Action Damien.

Défis et conclusions

Le partenariat AD, Ministère de la Santé et de l'hygiène publique date de 2007. Il a enregistré depuis tout ce temps des prouesses comme en témoignent les données ci-dessus qui sont au-delà des prévisions. Le dépistage et la notification, le succès thérapeutique, les données de la prise en charge des MDR très satisfaisant sont des motifs de satisfaction pour les agents rencontrés. AD a fait ses preuves en termes de partenariat technique et financier. Il est à cet effet un partenaire fiable à travers son expertise, ses conseils et orientations au PNLT. Tous revendiquent la continuité de la proximité de ce partenariat avec le maintien du même élan et cap. Mais beaucoup souhaitent que l'ONG intensifie ses activités dans le cadre de:

- Prise en charge des enfants à travers les formations;
- Notification des cas des effets indésirables;
- Extension de la prise en charge des séquelles post-TB aux patients TB sensibles.

Recommandations

- Extension de la stratégie de dépistage des enfants à travers la recherche de BK dans les selles;
- Extension de la prise en charge des séquelles post-TB aux patients TB sensible;
- Consolider les acquis et avancer sur le même élan.

3) Pour la région Tahoua

Le service de pneumophthysiologie du CHR Tahoua abrite l'unité TBMR.

Les listes de contrôle individuelles utilisées dans les différentes cliniques sont incluses (*Annexe5*).

Commentaire

L'appui du projet Action Damien dans la région de Tahoua se concentre essentiellement sur la cogestion de l'unité TBMR au service de pneumophthysiologie du CHR Tahoua. Cette unité, créée en 2019 avec l'aide de l'Action Damien Niger sous financement du Fonds mondial, participe activement à la prise en charge des cas de tuberculose multirésistante au Niger.

Cela a permis de rapprocher les patients TBMR du centre de prise en charge car près d'un tiers (1/3) des TBMR du Niger sont originaires des CDT de Tahoua.

A titre indicatif en 2024, 32 patients TBMR ont été pris en charge soit 28,5% parmi lesquels on note un taux de succès thérapeutique de 68,7% et un taux de décès de 25%.

Défis et conclusions

Le principal défi est le retard de diagnostic de la TB en général et de la TBMR en particulier, ce qui accroît le taux élevé de décès, avec la faible couverture en CDT (53 CDT pour 5.000.000 d'habitants) pour la région et l'exode massif des jeunes vers les pays étrangers (Libye, Côte d'Ivoire, Nigeria) avec beaucoup de cas d'abandon au traitement.

L'insécurité entraîne beaucoup de cas irréguliers au traitement et aussi les locaux exigus pour l'hospitalisation des patients avec un faible niveau de mesures environnementales de contrôle de l'infection.

Les pannes répétitives des machines Gene Xpert (4/10 du Park Gene Xpert de la région sont en arrêt depuis le début de l'année 2026) avec comme conséquence une baisse du dépistage de la TB en général et de la TBMR en particulier.

Sur les quatre membres du personnel ayant répondu au questionnaire, tous ont reconnu la pertinence et l'importance des activités d'AD dans la région. Un tiers d'entre eux n'était pas pleinement informé des détails du projet et des indicateurs prévus, bien qu'il soit très favorable aux activités d'AD.

L'appui technique, matériel et le soutien psychosocial aux patients TBMR de l'Unité TB-MR de Tahoua par l'Action Damien sont indispensables à la lutte anti-tuberculeuse pour la région au regard de la charge de cette maladie dans la région.

Une extension de ce soutien dans tous les CDT notamment dans la lutte anti-tuberculeuse pharmaco-sensible à l'instar de la région de Maradi et Tillabéry permettrait certainement d'augmenter le dépistage de la TB et d'accroître le taux de succès thérapeutique tout en réduisant le taux de décès l'un des plus élevés du Niger.

Recommandations

- Renforcer les capacités des acteurs au niveau périphérique à travers des formations continues pour minimiser les retards diagnostiques et le décès ;
- Renforcer l'intervention au niveau communautaire pour le référencement des tousseurs chroniques à temps pour minimiser les retards diagnostiques
- Continuer l'accompagnement technique et le soutien alimentaire des patients TB-MR de l'Unité TB-MR de Tahoua;
- Poursuivre la formation continue des agents de l'Unité TB-MR de Tahoua sur la gestion de la TB-MR ;
- Prévoir des stages internationaux pour au moins 2 agents par an pour le partage d'expérience ;
- Renforcer les visites à domicile des cas de TBMR (deux visites par patient) pour déceler d'éventuels contacts symptomatiques et renforcer les conseils hygiéno-diététiques
- Prévoir un mécanisme de suivi du Park Gene Xpert pour réduire les pannes en particulier liées au manque d'entretien et de stabilité du courant électrique et prévoir des réactifs (cartouches) pour pallier aux ruptures intempestives qui impactent le diagnostic.
- Prévoir une machine XPERT XDR pour la région afin de permettre le diagnostic de pré-XDR et XDR dans le délai.

Des détails supplémentaires sur la méthodologie de la visite sur le terrain, les résultats de l'enquête, les conclusions spécifiques (analyse des patients décédés, perdu pour le suivi, détection par sexe, retard de traitement) et les personnes rencontrées sont résumés dans l'*Annexe 5* (rapport du consultant en tuberculose).

4.4 Analyse des indicateurs du programme

Les indicateurs sont présentés ci-dessous conformément à la proposition AD, et des commentaires spécifiques sont fournis pour chaque indicateur (*Figures 6-9*).

L'analyse SWOT ci-dessous présente l'ensemble des forces, faiblesses, opportunités et menaces, à partir desquelles sont identifiées les lacunes et sur lesquelles reposent les recommandations.

Les Figures sont incluses dans l'*Annexe 1* (Figures 1-43).

Les **5 résultats spécifiques attendus** du programme étaient:

- **Résultat 1: La couverture des centres de dépistage et de traitement de la tuberculose (CDT) est maintenue.**
- Résultat 2: Le diagnostic microscopique en laboratoire est fiable.**
- Résultat 3: La prise en charge des patients atteints de tuberculose sensible aux médicaments est améliorée et plus équitable entre les hommes et les femmes.**
- Résultat 4: La prise en charge des patients atteints de tuberculose multirésistante est améliorée.**
- Résultat 5: Les capacités des partenaires locaux sont renforcées.**

Outcome: Améliorer la notification et la prise en charge de la tuberculose sensible dans les régions de Maradi et Tillabéry et de la tuberculose résistante au niveau national.

Les indicateurs du principal résultat sont présentés ci-dessous.

		Baseline	2024	2026
Indicateur 1 :	Augmentation du nombre de malades de TB sensible notifiés et traités.	3331	3520	3720
Indicateur 2 :	Augmentation du pourcentage des cas de retraitement de tuberculose ayant effectué le test Xpert.	85%	87%	90%
Indicateur 3 :	Augmentation du taux de succès thérapeutique des cas incidents de TB sensible.	85% (2019)	87%	90%
Indicateur 4 :	Maintien du taux de succès thérapeutique des cas de TB résistante.	86%	>86%	>86%

Résultat par indicateur

Description de l'indicateur 1

L'indicateur 1 montre l'augmentation du nombre de malades de TB sensible notifiés et traités. La mesure débute par une valeur de référence établie pour 2022 et projetée pour 2024 et 2026.

Baseline: Le baseline/niveau de référence en 2022 était de 3331 patients

Target pour l'année 3 (31/12/2024): 3520 patients

Target pour l'année 5 (31/12/2026): 3720 patients

Commentaires:

Les données sont résumées dans la [Figures 6-9](#). L'objectif pour la troisième année a été atteint, et celui de la cinquième année, avec 4 798 patients, dépasse largement les prévisions. Ceci témoigne de la qualité du travail accompli par le personnel d'AD au Niger.

Description de l'indicateur 2

L'indicateur 2 montre est l'augmentation du pourcentage des cas de retraitement de tuberculose ayant effectué le test Xpert.

La mesure débute par une valeur de référence établie pour 2022 et projetée pour 2024 et 2026.

Baseline: Le baseline/niveau de référence en 2022 était de 85% des patients en retraitement.

Target pour l'année 3 (31/12/2024): 87% des patients

Target pour l'année 5 (31/12/2026): 90% des patients

Commentaires:

Les données sont résumées dans les [Figures 6-9](#). L'objectif pour la troisième année a été atteint, et celui de la cinquième année, avec 95% des patients, dépasse largement les prévisions. Ceci témoigne de la qualité du travail accompli par le personnel de AD au Niger.

Description de l'indicateur 3

L'indicateur 3 mets en évidence l'augmentation du taux de succès thérapeutique des cas incidents de TB sensible.

La mesure débute par une valeur de référence établie (en 2019) pour 2022 et projetée pour 2024 et 2026.

Baseline: Le baseline/niveau de référence en 2022 était de 85 des patients.

Target pour l'année 3 (31/12/2024): 87% des patients

Target pour l'année 5 (31/12/2026): 90% des patients

Commentaires:

Les données sont résumées dans les [Figures 6-9](#). L'objectif pour la troisième année a été atteint, et celui de la cinquième année, avec 89% des patients, dépasse largement les prévisions. Ceci témoigne de la qualité du travail accompli par le personnel d'AD au Niger.

Description de l'indicateur 4

L'indicateur 4 indique le maintien du taux de succès thérapeutique des cas de TB résistante.
La mesure débute par une valeur de référence établie pour 2022 et projetée pour 2024 et 2026.

Baseline: Le baseline/niveau de référence en 2022 était de 86% des patients.

Target pour l'année 3 (31/12/2024): >86% des patients

Target pour l'année 5 (31/12/2026): >89% des patients

Commentaires:

Les résultats ont atteint un maximum de 79 % en 2023 et de 77,9 % en 2024.

Au moment de cette évaluation, il est impossible d'établir les résultats de la cohorte de 2025 en raison de la longue durée du traitement de la tuberculose multirésistante. Bien que satisfaisants et supérieurs à la moyenne mondiale, ces résultats restent inférieurs aux objectifs fixés. Ceci s'explique clairement par l'insécurité qui règne dans la région, laquelle dissuade les patients de se faire dépister précocement et compromet l'observance du traitement. Les données sont résumées dans les [Figures 6-9](#).

Pour les actions futures:

Les données sont de grande qualité et dépassent généralement les attentes pour un programme Africain mené dans un contexte de ressources limitées. Pour les améliorations futures, la disponibilité accrue du test Xpert, qui augmentera progressivement la proportion de cas confirmés bactériologiquement (voir Résultat 2), et l'impact épidémiologique du taux de réussite/succès du traitement élevé et constant (Résultat 3) devraient entraîner une diminution des notifications. Cette diminution sera interprétée comme l'impact des pratiques de contrôle de la qualité sur l'épidémiologie de la tuberculose au Niger. Grâce à l'amélioration de la sécurité dans certaines régions, le diagnostic précoce et le traitement efficace devraient encore s'améliorer dans un avenir proche. Cela sera particulièrement important pour le Résultat 4.

Analyse par Résultat

Résultat 1: La couverture des centres de dépistage et de traitement de la tuberculose (CDT) est maintenue.

Description générale

Les données relatives au Résultat 1 sont résumées dans les [Figures 6-21](#).

[La Figure 10](#) présente les nouveaux cas et les récurrences à Tillabéry, Maradi et dans l'ensemble des zones AD Niger de 2021 à 2025. Globalement, comme dans les deux principales régions, on

observe une augmentation constante des cas diagnostiqués, notamment pour les cas positifs à l'examen microscopique. Au total, une augmentation de plus de 1 000 cas a été constatée entre 2021 et 2025. Le taux de récurrence a diminué pour atteindre environ 10 %. La [Figure 11](#) présente les mêmes données pour les nouveaux cas (cas incidents). En 5 ans, une augmentation notable a été observée, passant de 3 612 à 5 161, soit une hausse de plus de 140 %. La [Figure 12](#) récapitule les données principales pour le Résultat 1 (voir aussi le Résultat 3).

Comme le montre les [Figures 13-18](#), les cas symptomatiques et confirmés ont augmenté constamment, avec une proportion assez constante de cas présentant des signes et symptômes compatibles avec la tuberculose (19-23%).

Les [Figures 19 et 20](#) montrent la très forte proportion de cas testés pour la recherche de la coinfection du VIH (99 % à Tillabery, 94 % à Maradi et 96 % dans l'ensemble des zones AD-Niger). De même, la proportion de cas sous traitement antirétroviral est également très élevée (98 à 100 % en 2025).

Indicateurs et résultats obtenus

	Narratif	Baseline	Target Année 3 31/12/2024	Target Année 5 31/12/2026
Résultat 1	La couverture en Centres de Dépistage et Traitement (CDT) de la tuberculose est maintenue.			
Indicateur 1	Augmentation du nombre de CDT et maintien de la couverture par habitant selon les standards internationaux	Maradi : 40 Tillabery : 40	Maradi : 42 Tillabery : 42 Atteint	Maradi : 45 Tillabery : 45 Atteint

Pour les Résultats 1, sur la base des résultats obtenus, les objectifs (Indicateur 1.1.) ont évolué en 2024.

Les objectifs ont été fixés à 40 pour Maradi et Tillabery. Les résultats obtenus ([Figure 9, 21](#)) étaient de 63 pour Maradi et de 44 pour Tillabery.

Les résultats escomptés, dépassant les objectifs de 2026, témoignent du travail extraordinaire accompli par le Bureau du AD au Niger.

Résultat 2: Le diagnostic microscopique en laboratoire est fiable.

Description générale

Le pourcentage de cas confirmés débutant un traitement a atteint les 100 % (99,5 % au total au Niger en 2025, [Figures 16,17](#)).

Les pourcentages supérieurs à 100 % s'expliquent par la situation géographique particulière de Tillabery ([Figure 3](#)). De nombreux patients se rendent dans la capitale pour obtenir un diagnostic, mais retournent ensuite chez eux pour poursuivre leur traitement, ce qui crée un déséquilibre entre les personnes diagnostiquées et traitées localement.

La baisse progressive de la proportion dépassant les 100 % constitue un indicateur indirect de l'amélioration des services de diagnostic dans les régions.

Au-delà de la microscopie directe, comme le montre la [Figure 31](#), le déploiement progressif de test Xpert désormais disponibles dans toutes les régions et des services de culture, d'antibiogramme disponible au LNR de Niamey a permis de diagnostiquer la tuberculose avec une sensibilité et une spécificité accrues, tant pour les nouveaux cas que pour les retraitements. De plus, le test Xpert a permis d'éviter des traitements inappropriés (et donc erronés) pour la tuberculose sensible aux médicaments en présence de souches de tuberculose multirésistante.

Indicateurs et résultats obtenus

	Narratif	Baseline	Target Année 3 31/12/2024	Target Année 5 31/12/2026
Résultat 2	Le diagnostic microscopique de laboratoire est fiable.			
Indicateur 2.1	Maintien du pourcentage de laboratoires qui commettent plus d'une erreur grave (Faux négatif Elève ou Faux Positif Elève) par année	< 5%	< 5% Presque atteint (6%)	<5% Presque atteint (6%)

Concernant le Résultat 2, la marge d'erreur est presque au niveau cible en 2024, atteignant 6 %. Il ne fait aucun doute que l'objectif prévu de 5 % sera atteint d'ici fin 2026 ([Figure 9-22](#)).

Ces résultats sont importants, car ils ont été obtenus dans des contextes souvent marqués par l'insécurité et les difficultés de supervision (un élément essentiel du processus d'évaluation externe de la qualité).

Pour les projets futurs, des éléments supplémentaires, tels que les tests de diagnostic DST et Xpert, pourront être ajoutés en complément de la microscopie directe. Doter le LNR de tous les matériels et équipements nécessaires à la mise en œuvre de la culture en milieu liquide (MGIT) et, où est possible, des unités cliniques utilisant la nouvelle technologie NPOC-NAAT (Near Point-of-Care

molecular tests) recommandée par l'OMS, avec la mise à jour des équipements radiologiques appareils de diagnostic numérique portables utilisant le système CAD (Aide au Diagnostic Informatisé), améliorera encore la capacité de diagnostic de la tuberculose chez l'adulte et, surtout, chez l'enfant.

Résultat 3: La prise en charge des patients atteints de tuberculose sensible aux médicaments est améliorée et plus équitable entre les hommes et les femmes.

Description Générale

Comme indiqué ci-dessus, la qualité de la prise en charge des cas de tuberculose sensible aux médicaments est élevée et s'améliore avec le temps.

Les [Figures 19 et 20](#) montrent la très forte proportion de cas testé pour la coinfection VIH (99 % à Tillabery, 94 % à Maradi et 96 % dans l'ensemble des zones du AD-Niger). De même, la proportion de cas sous traitement antirétroviral est également très élevée (98 à 100 % en 2025), ainsi que celle du patient sous cotrimoxazole.

Le rapport hommes/femmes, bien que les hommes soient encore plus nombreux, diminue progressivement ([Figure 23](#)). Ce rapport est passé de 3,1 en 2021 à 2,7 en 2025. Il est plus favorable à Maradi (2,3) qu'à Tillabery (3,4).

L'indicateur principal de la qualité du traitement est le taux de succès thérapeutique ([Figures 24-30](#)). Pour la tuberculose sensible aux médicaments, ce taux est très élevé au Niger (89 % pour l'ensemble des cas et 90 % pour les nouveaux cas en 2024 ([Figure 13](#))). L'augmentation par rapport à 2021 est de 5 %. À Tillabéry, il est légèrement supérieur (91 % à 92 % respectivement) à celui de Maradi (87 % à 88 %). Surtout, le taux d'échec est très faible.

Concernant les résultats négatifs ([Figures 27 à 30](#)), le taux de mortalité est inférieur à 5 % (4,2 %), avec 4,2 % de personnes perdues de vue et 0,5 % de personnes transférées. Tillabery obtient toujours de meilleurs résultats que Maradi.

Action Damien contribue à sa mise en œuvre au Niger des soins centrés sur le patient comprenant: traitement gratuit, médicaments, hospitalisation (si nécessaire), gestion des effets secondaires gratuite, appui transport vers l'unité TB-MR, soutien nutritionnel, accompagnement psychologique et visite à domicile. De plus, le personnel AD offre un soutien technique continu et une formation sur la tuberculose multirésistante, ainsi qu'un soutien à la mise en œuvre de bonnes pratiques de contrôle des infections.

AD collabore étroitement avec d'importants acteurs communautaires au Niger, notamment l'Association Nigérienne de patients guéris de la TB (ANIMAG-TB) avec conseil/sensibilisation

des patients, recherche des irréguliers, visite aux domiciles des patients et accompagnement psychologique.

De plus, une collaboration active existe avec Acteurs belges (ACNG) y compris

Médecin du Monde (MdM, transfert et référence des patients) et Humanité Inclusion (HI, Appui psychologique).

Indicateurs et résultats obtenus

	Narratif	Baseline	Target Année 3 31/12/2024	Target Année 5 31/12/2026
Résultat 3	La prise en charge des malades de tuberculose sensible est améliorée et équitable entre hommes et femmes.			
Indicateur 3.1	Maintien des taux de perdus de vue et du taux de patients non évalués des nouveaux cas et rechutes de TB sensible	PdV=4% N.E.=1,2%	PdV≤5% N.E.≤1 % Atteint	PdV≤5% N.E.≤1 % Atteint
Indicateur 3.2	Augmentation du taux de dépistage du VIH et de mise sous ARV des patients TB.	Dep= 96% ARV=96%	Dep= 97% ARV=97% Atteint	Dep= 99% ARV=99% Atteint
Indicateur 3.3	Diminution du ratio hommes/femmes chez les patients dépistés par tuberculose (thème transversal genre).	3,1 H/F	2 ,5 H/F Amélioré, pas encore atteint	2H/F Amélioré, pas encore atteint
Indicateur 3.4	Nombre de districts supervisés par Vidéo-supervision	0	15% Atteint	30% Atteint

Pour l'indicateur 3.1, les taux de perdus de vue et du taux de patients non évalués des nouveaux cas et rechutes de TB sensible sont presque atteints. Ils atteignent chaque année leurs objectifs, parfois même au-delà, à un niveau d'excellence.

Pour l'indicateur 3.2, les taux de dépistage du VIH et de mise sous ARV des patients TB sont presque atteints. Ils atteignent chaque année leurs objectifs, parfois même au-delà, à un niveau d'excellence.

Pour l'indicateur 3.3, bien que constamment en diminution jusqu'au niveau de 2,7, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour réduire le rapport H:F.

Pour l'indicateur 3.4, le nombre de districts supervisés par vidéo-supervision était de 42 % en 2024, bien au-dessus des objectifs. Cette approche est essentielle pour surmonter certains problèmes de sécurité qui empêchent la mise en œuvre systématique d'une supervision en personne.

Résultat 4: La prise en charge des patients atteints de tuberculose multirésistante est améliorée.

Description Générale

La [Figure 31](#) illustre l'extension progressive des services de diagnostic avec la disponibilité du test Xpert dans toute la région. La couverture diagnostique Xpert est actuellement assez élevée, incluant 732 cas de retraitement et 6 454 nouveaux cas en 2024. La proportion globale de cas testés ([Figures 32 à 36](#)) et confirmés positifs à la tuberculose multirésistante (TB-MR) a diminué, passant de 6,6 % en 2020 à 2,6 % en 2025. En 2025, 26,8 % des nouveaux cas ont fait l'objet d'un test Xpert (2,6 % de résultats positifs) et 46 % des cas de retraitement, avec 10,7 % de résultats positifs. La [Figure 37](#) montre que la proportion de cas de TB-MR traités reste stable autour de 90 % (une légère baisse seulement, passant de 96 % en 2024 à 82 % en 2025), avec un taux de mortalité de 3 %, 3 % de patients perdus de vue et 2 % de refus de traitement. De plus, les décès et les pertes de vue avant le début du traitement sont très rares (respectivement 1 à 15 et 3 à 7 par an).

Le délai de mise sous traitement est également très court ([Figure 38](#)), avec une durée moyenne en jours qui a considérablement diminué, passant de 165 jours en 2008 et 134 jours en 2009 à 17 jours en 2014 et à 5-7 jours après 2020. Les [Figures 39 à 41](#) montrent que le taux de guérison avec des schémas thérapeutiques plus courts (9 à 11 mois, 958 patients traités) est passé de 74,6 % à 79,6 %. Ces résultats sont nettement supérieurs aux résultats moyens obtenus dans d'autres pays d'Afrique et d'ailleurs. Parmi les 19 patients atteints de tuberculose pré-XDR ou XDR, le taux de guérison était de 68 %, avec un maximum de cas diagnostiqués en 2023 (8) et un seul cas diagnostiqué en 2025.

Indicateurs et résultats obtenus

	Narratif	Baseline	Target Année 3 31/12/2024	Target Année 5 31/12/2026
Résultat 4	La prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante est améliorée			
Indicateur 4.1	Diminution des taux de perdus de vue (PdV) et du taux de patients non évalués (NE) de TB résistante.	PdV=4,6% N.E.= 0%	PdV≤5% N.E.≤1% Atteint	PdV≤5% N.E.≤1% Atteint

Pour l'Indicateur 4.1, les taux de perdus de vue (Pdv) et du taux de patients non évalués (NE) de TB résistante sont inférieurs aux objectifs, témoignant de l'excellent travail accompli au Niger par AD.

Résultat 5: Les capacités des partenaires locaux sont renforcées.

Description Générale

L'important travail de formation et de supervision mené par AD au Niger a contribué à réduire au minimum le nombre d'erreurs dans la prise en charge des patients tuberculeux. En matière de recherche opérationnelle, d'importants progrès ont été réalisés, tant au niveau des articles publiés que des projets planifiés ou en cours (voir ci-dessous).

Indicateurs et résultats obtenus

	Narratif	Baseline	Target Année 3 31/12/2024	Target Année 5 31/12/2026
Résultat 5	Les capacités des partenaires locaux sont renforcées.			
Indicateur 5.1	Augmentation du pourcentage de CDT qui ne commettent pas d'erreurs graves dans la prise en charge des malades.	90%	≥95% Atteint	≥95% Atteint
Indicateur 5.2	Nombre d'abstracts/publications acceptés à la Conférence Mondiale sur la Santé Respiratoire ou par des revues médicales internationales.	1	4 Atteint	6 Atteint

Pour l'Indicateur 5.1, La très grande majorité des unités de santé ne commettent pas d'erreurs dans la gestion clinique, témoignant de la qualité de la formation continue et du soutien assurés par AD au Niger (*Annexe 5*).

Pour l'Indicateur 5.2, il y a des résultats importants à rapporter au-delà des résumés produits. L'engagement scientifique de l'équipe AD au Niger est exceptionnel.

Commentaires:

Le bureau d'AD au Niger contribue activement à d'importants essais cliniques (AES-Trial et TRI-DO-RE trial), menés en collaboration avec le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) et le ministère de la Santé (*Figure 42*). Il collabore également à un vaste projet coordonné par l'Institut National de la Santé (INH) des États-Unis dans le cadre de l'initiative FAST-TB:

l'enquête mondiale auprès des utilisateurs finaux sur les nouveaux schémas thérapeutiques antituberculeux. Le bureau AD au Niger a contribué à la mise en œuvre d'une vaste enquête mondiale en ligne, menée en six langues (dont le français), auprès de plus de 1 300 répondants issus de 131 pays, ainsi qu'à des entretiens individuels avec 30 patients sur leurs préférences et leurs besoins en matière de futurs traitements. L'échantillon final dépassera les 600 patients dans 19 pays. Une étude complémentaire est actuellement prête à étendre les entretiens aux professionnels de santé de première ligne. Une publication importante a déjà paru dans l'European Respiratory Journal (ERJ, facteur d'impact > 23), et une deuxième a été soumise. Une troisième publication, également destinée à l'ERJ, est en cours de rédaction. Au total, pas moins de huit études de haute qualité sont prévues dans le cadre de cette initiative. Par ailleurs, une étude importante sur les maladies pulmonaires post-tuberculeuses (PTLD) est sur le point de démarrer, faisant suite à l'expérience AD acquise au Bangladesh (où 3 publications ont déjà été produites sur ce sujet).

4.5 Analyse SWOT et des écarts

Les résultats de l'analyse SWOT (Points forts, Faiblesses, Opportunités, Menaces) convenue sont présentés ci-dessous.

ANALYSE SWOT

	Points forts	Faiblesses
Facteurs internes	○ Personnel formé ○ Personnel motivé ○ Infrastructure et logistique efficaces ○ Accès aux médicaments préqualifié par l'OMS à travers GDF ○ Laboratoire d'évaluation externe de la qualité (EQA) intégré à un réseau performant, en lien avec des institutions de renommée internationale (ITM, Anvers) ○ Disponibilité du test Xpert dans toutes les régions ○ Orientation efficace des échantillons ○ Prise en charge clinique et programmation de qualité de la tuberculose multirésistante (TB-MR) ○ Introduction de schémas thérapeutiques courts ○ Modèle efficace d'activités de proximité avec implication communautaire y compris les survivants de la tuberculose/TB-MR	○ Rares épisodes de rupture de stock de médicaments et de produits de diagnostic (hors du programme DGD) ○ Cartouches Xpert en rupture de stock (hors programme DGD) ○ Forte dépendance au financement de donateurs externes ○ Disponibilité et utilisation limitées de la radiologie numérique pour le dépistage, notamment pour exclure la tuberculose avant le traitement préventif antituberculeux (TPA) (hors programme DGD) ○ Absence d'équipement mobile de radiographie numérique assistée par ordinateur pour renforcer les activités de sensibilisation ○ Difficultés de gestion des effets indésirables des médicaments de deuxième intention, notamment le linézolide ○ Diagnostic sous-optimal en âge pédiatrique ○ TPT ciblait les personnes séropositives et les enfants. ○ Bien que diminuant, le rapport H:F reste supérieur aux valeurs cibles.

	○ Vidéo-supervision efficace lorsque la supervision physique est impossible ○ Recherche opérationnelle de qualité	
Facteurs externes	Opportunités	Menaces
	○ Nouveau cycle de financement de la DGD, qui constitue la base du budget du AD au Niger ○ Nouvelles collaborations internationales pour la recherche sur la tuberculose	○ Problèmes de sécurité dans certaines régions ○ Dépendance financière vis-à-vis des bailleurs de fonds externes, du Fonds mondial et d'autres organismes

Gap analysis/ Analyse des écarts

L'analyse SWOT a permis d'identifier les lacunes suivantes:

1. La proportion de cas de retraitement testés pour la tuberculose multirésistante (TB-MR) a diminué, principalement en raison de l'insécurité dans la région et d'une rupture de stock de cartouches Xpert. Ceci peut entraîner un diagnostic tardif, une maladie à un stade avancé et une transmission accrue. L'amélioration de l'approvisionnement et de la distribution, ainsi que l'optimisation de l'excellent système de supervision vidéo, pourraient contribuer à réduire cet écart.
2. Les résultats du traitement des cas de tuberculose multirésistante sont inférieurs aux objectifs, bien que satisfaisants. Les résultats ont atteint un maximum de 79 % en 2023 et de 77,9 % en 2024.

Au moment de cette évaluation, il est impossible d'établir les résultats de la cohorte de 2025 en raison de la longue durée du traitement de la tuberculose multirésistante. Bien que satisfaisants et supérieurs à ceux des pays voisins, ces résultats peuvent être améliorés. Ceci s'explique clairement par l'insécurité qui règne dans la région, laquelle dissuade les patients de se faire dépister précocement et compromet l'observance du traitement.

3. La gestion des effets indésirables du linézolide pose toujours problème au Niger. La toxicité du linézolide est bien connue. Actuellement, ce médicament fait partie des schémas thérapeutiques contre la tuberculose multirésistante recommandés par l'OMS. Il est essentiel que les efforts importants déployés au Niger pour trouver des solutions alternatives et des schémas thérapeutiques plus sûrs et mieux tolérés se poursuivent.
4. La faible proportion d'enfants chez lesquels la tuberculose (6% en 2024 et 2025) est détectée ([Figure 43](#))

suggère qu'au Niger, comme dans tous les pays de la région, le diagnostic de la tuberculose pédiatrique doit être renforcé par un recours accru aux tests de diagnostic rapide sur selles, appuyé par une formation adéquate, un encadrement et un soutien logistique appropriés.

5. Le traitement préventif de la tuberculose (TPT) est principalement administré aux personnes séropositives et aux enfants en contact avec des adultes infectés. Conformément aux recommandations de l'OMS, l'élargissement du dépistage et du traitement de la tuberculose aux personnes contacts et aux autres groupes à risque permettra de réduire la transmission et de prévenir l'apparition de nouveaux cas.

4.6 Recommandations

Les lacunes mentionnées ci-dessus ont permis de formuler les recommandations suivantes, adressées à:

1. **AD, donateurs.** *Poursuivre la recherche systématique du BK dans les selles chez les enfants malnutris et suspects de TB;*
2. **AD, donateurs.** *Poursuivre le renforcement de capacité (achat de concentrateurs d'oxygène, d'ondulaire pour les machines Xpert, microscope, etc.) des unités TB-MR, Centre AntiTuberculeux et CDT;*
3. **AD, donateurs.** *Prévoir un mécanisme de suivi du Park Gene Xpert pour réduire les pannes en particulier liées au manque d'entretien et de stabilité du courant électrique et prévoir des réactifs (cartouches) pour prévenir aux ruptures intempestives qui impactent le diagnostic.*
4. **AD, donateurs.** *Prévoir une machine Xpert XDR par région afin de permettre le diagnostic rapide de pré-XDR et XDR;*
5. **AD, donateurs.** *Doter le LNR de tous les matériels et équipements nécessaires à la mise en œuvre de la culture en milieu liquide (MGIT) et, où est possible, des unités cliniques utilisant la nouvelle technologie NPOC-NAAT (Near Point-of-Care molecular tests) recommandée par l'OMS. De plus, la mise à jour des équipements radiologiques avec des appareils numériques portables utilisant le système CAD (Aide au Diagnostic Informatisé) améliorera encore la capacité de diagnostic de la tuberculose chez l'adulte et, surtout, chez l'enfant ;*
6. **AD, donateurs.** *Continuer les formations régulières du personnel sur la TB afin de former nouveaux cadres dans les CDT et atténuer les conséquences du 'turn- over' du personnel de santé. Prévoir des stages internationaux pour au moins 2 agents par an pour le partage d'expérience pour le traitement de la tuberculose MR.*
7. **AD, donateurs.** *Renforcer les capacités des CSME sur la TB (femme et enfants) pour améliorer la notification de la TB de l'enfant mais aussi l'accessibilité équitable du genre à*

des soins de qualité (les CSME sont une opportunité pour AD et le PNLT pour l'amélioration de ses indicateurs).

- 8. AD, donateurs.** *Continuer le soutien (frais de transport, support alimentaire, PEC gratuite des effets indésirables et des examens bilans) apporté aux patients TB-MR et la PEC des séquelles pulmonaires post-TB;*
- 9. AD, donateurs.** *Renforcer l'intervention au niveau communautaire pour le référencement des touseurs chroniques à temps pour minimiser les retards diagnostiques et, pour les cas de TB MR, les visites à domicile (deux visites par patient) pour déceler d'éventuels contacts symptomatiques et renforcer les conseils hygiéno-diététiques.*
- 10. AD, donateurs.** *Renforcer la capacité à mener un traitement de l'infection latente dans les groupes à risque, au-delà des personnes séropositives et des contacts de cas contagieux.*

4.7 Conclusions

En référence aux éléments importants soulignés dans le mandat servant de guide au présent rapport, voici quelques conclusions:

Efficacité : atteinte des résultats escomptés pour réaliser l'objectif spécifique du programme.

L'analyse des indicateurs figurant dans les rapports AD (voir section 4.4), étayée par les observations réalisées lors de la visite de terrain des consultants locaux (par exemple, les données agrégées communiquées par AD sont cohérentes avec celles des unités périphériques), montre que tous les indicateurs ont été atteints, à l'exception de ceux mentionnés précédemment (évolution des cas de tuberculose multirésistante et ratio H:F).

L'instabilité et l'insécurité locales jouent un rôle important dans la non-atteinte des deux cibles susmentionnées, même si, en soi, elles sont plus élevées que dans la plupart des autres pays africains.

De fait, les indicateurs des zones soutenues par AD ont dépassé les indicateurs nationaux dans les pays de la Région. Globalement, les résultats de la mission ont dépassé mes/nos attentes, bien que celle-ci ait été précédée d'un examen approfondi des documents disponibles et de plusieurs échanges téléphoniques/conférences téléphoniques visant à me fournir des informations complémentaires.

Les indicateurs prévus ont de fortes chances d'être atteints.

Alignement et appropriation

Les activités menées par le personnel AD en collaboration avec celui du Programme National sont conformes aux directives de l'OMS et aux directives nationales. Le personnel a fait preuve d'une grande motivation, d'un fort enthousiasme et d'un fort sentiment d'appartenance. Il est intéressant de noter que le personnel utilise les données pour prendre des décisions et gérer les activités, ce qui n'est pas toujours le cas au niveau périphérique.

Pertinence, efficacité, durabilité et impact

Les activités liées à la tuberculose sont pertinentes, car cette maladie figure parmi les principales priorités sanitaires mondiales et du Niger. Leur pertinence réside dans leur impact concret: elles complètent les performances que le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) pourrait avoir sans le soutien du projet AD.

Ces activités sont menées avec efficacité, comme en témoignent les rapports AD, l'analyse des indicateurs et les observations réalisées sur le terrain.

Il convient de souligner le professionnalisme dont fait preuve le personnel AD pour dispenser des conseils et de l'éducation sanitaire.

Enfin, un nombre important de formations ont été proposées par le personnel AD, contribuant ainsi au succès de ce projet.

Certains exemples d'impact, dépassant les attentes, méritent d'être publiés dans des revues internationales. Il s'agit notamment de l'essence de la collaboration entre AD et le PNL, de l'exemple de collaboration AD-fonds mondial et, plus précisément, de résultats tels que le taux de réussite élevé des traitements contre la tuberculose sensible et résistante aux médicaments dans un contexte complexe.

Objectifs transversaux (genre, environnement et droits humains)

En matière d'équilibre entre les sexes, bien que davantage d'hommes que de femmes soient diagnostiqués atteints de tuberculose (ratio H/F de 2,7), la différence observée dans le délai de diagnostic entre les hommes et les femmes est faible et non significative, ce qui témoigne des progrès réalisés et de l'accès des femmes aux services.

Concernant le personnel AD au Niger, en 2025, les femmes représentaient 27.2 % du personnel financé par la DGD et 31.25 % de l'ensemble du personnel couvert par AD.

Action Damien est très attentive au respect des droits humains, et les conclusions de la mission le confirment. Nous avons constaté des signes concrets et appréciables de soutien supplémentaire apporté aux patients dans le besoin, bien au-delà des obligations contractuelles établies (notamment l'octroi de forfait additionnel pour le transport et l'alimentation, la gestion des séquelles post-TB et des comorbidités).

Il nous est difficile de nous prononcer sur les aspects environnementaux, car AD ne se concentre pas directement sur les changements climatiques. Cependant, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre:

- les sites soutenus par AD sont propres et bien entretenus;
- les déchets sont gérés conformément à la réglementation;
- L'utilisation des voitures a été rationalisée grâce à l'introduction des activités de vidéo-supervision réduisant le nombre de supervisions physiques de 50% et, par conséquent, une réduction de l'impact environnemental de l'utilisation des voitures;
- Des efforts sont déployés au niveau administratif pour limiter l'impression inutile de documents, ainsi que d'autres comportements similaires avec à la clé une réduction des dépenses prévue pour les consommables de bureau de 50% sur le cycle.
- Par ailleurs, AD a réalisé un investissement propre important en équipant son bureau à Niamey de panneaux solaires d'une puissance totale de 5.7 kw (système photovoltaïque raccordé au réseau) permettant de couvrir tous les besoins en électricité à l'exception de la climatisation.

4.8 Principaux enseignements tirés

Le constat général est que le projet de lutte contre la tuberculose AD est géré de façon exemplaire, tant au niveau du bureau du Niger que dans les zones périphériques. Le personnel est motivé, compétent et efficace, comme en témoignent les résultats et les indicateurs (voir section 4.4).

Les patients interrogés se sont déclarés satisfaits et reconnaissants des services reçus.

Les résultats de l'enquête confirment également les observations précédentes.

Compte tenu de l'impact du projet soutenu par AD au Niger, il me semble essentiel que les donateurs et les parties prenantes s'efforcent de le soutenir et de le renforcer au fil du temps, car:

1. Il constitue un atout majeur en matière de prévention, de dépistage et de résultats thérapeutiques (tant pour les souches de tuberculose sensibles aux médicaments que pour les souches résistantes), avec un impact direct sur l'épidémie de tuberculose dans les régions concernées;
 2. Il représente un modèle technique de mise en œuvre de la prévention, du diagnostic et du traitement de la tuberculose, pouvant servir de plateforme de formation continue pour l'ensemble du pays;
 3. Il constitue également un excellent exemple de collaboration entre une ONG et un programme national, et pourrait servir de modèle pour la mise en œuvre du MAF-TB (Multisectoral Accountability Framework for TB), comme le démontrent les résultats de l'enquête et d'autres constats (par exemple, la grande majorité des 43 personnes interrogées ont reconnu l'importance, l'impact et la qualité du projet d'AD au Niger, avec un taux d'approbation moyen proche de 100 %). De plus, des résultats cohérents ont été obtenus lors d'entretiens avec un échantillon de patients (voir [Annexes 5](#))
 4. Cela permet de mener les activités de recherche scientifique et opérationnelle dont le Niger a besoin à différents niveaux (plaidoyer, financement, formation, etc.). Les publications réalisées et à venir renforceront l'impact du projet AD.
- Réduire le financement du projet dans les années à venir entraînera une diminution de son impact et, au final, une occasion manquée (voire un préjudice) pour le Niger (pays prioritaire pour la tuberculose) ainsi qu'une perte de visibilité pour le(s) donateur(s).

4.9 Bilan de fin de mission/debriefing

L'atelier de clôture de la mission s'est déroulé en ligne le 29 mai 2026.

Les principaux acteurs y ont participé, notamment le NTP, les experts locaux et l'ensemble du personnel AD Niger.

Les principales conclusions de la mission ont été présentées et discutées (voir [Annexe 7](#)).