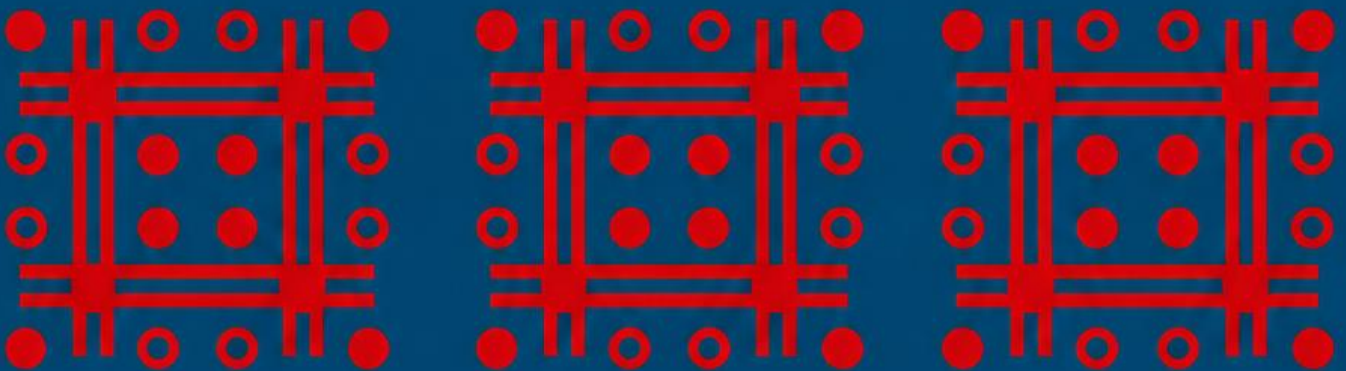




SOIGNER LA TUBERCULOSE, LEVER LA STIGMATISATION

Communautés, Droits et Genre (CRG):
Analyse comparative des lacunes et opportunités
au Congo, en RCA et en Guinée

Une étude réalisée par DRAF-TB



Projet Fonds mondial GC7/ CESI

Octobre 2026

SOIGNER LA TUBERCULOSE, LEVER LA STIGMATISATION.

Communautés, Droits et Genre (CRG): Analyse comparative des lacunes et opportunités en République de Congo, en Guinée et en RCA

Une étude réalisée par DRAF-TB

Avec l'appui financier du Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, la
tuberculose et le paludisme dans le cadre du projet GC7/ CESI

Équipe de l'étude:

- Édouard Sansan Kambou, International Consultant
- YAMODO Aziz Kaleb, Consultant National, RCA
- Sekouna Kalivogui Consultant National, Guinée
- **Cyprien ngouolele mafoula**, Consultant National, Congo

Sous la supervision de Félix BROU, Directeur régional du projet CESI, DRAF-TB



Octobre 2026

Table des matières

1.	Introduction.....	5
2.	Résumé exécutif.....	6
	Cinq enseignements transversaux aux trois pays	6
3.	Périmètre, méthode et comparabilité	7
4.	Contexte : une charge lourde, des systèmes de santé inégaux	7
5.	Vue d'ensemble : Carte thermique des six domaines	8
6.	Comparaison domaine par domaine du CRG.....	9
	Domaine 1 – Disponibilité et accès aux services TB.....	9
	Domaine 2 – Ressources communautaires et proximité	10
	Domaine 3 – Qualité des soins et approche centrée sur la personne	11
	Domaine 4 – Stigmatisation et discrimination.....	11
	Domaine 5 – Droits humains et protection juridique.....	12
	Domaine 6 – Genre et populations vulnérables	13
	Domaine 7 – Participation communautaire, CLM et OnelImpact	14
7.	Qui est le plus exposé : la phase de traitement.....	14
8.	Facteurs favorables et systèmes : matrice de situation	15
9.	Priorités harmonisées pour le GC8	16
10.	Conclusion : de trois analyses nationales à un agenda régional	16

Liste des sigles et acronymes

Sigle	Signification
ASC	Agent de santé communautaire
CDT	Centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose
CESI	Projet CESI (intitulé complet à confirmer)
CLM	Suivi dirigé par la communauté (Community-Led Monitoring)
CRG	Communautés, droits et genre
CT	Centre de traitement
DRAF-TB	Projet DRAF-TB (intitulé complet à confirmer)
FCFA	Franc de la Communauté financière africaine
GC8	Cycle de subvention 8 du Fonds mondial (Grant Cycle 8)
GNF	Franc guinéen
OnelImpact	Plateforme numérique de suivi communautaire
OSC	Organisation de la société civile
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RP	Récipiendaire principal (Principal Recipient)
TB	Tuberculose
TB-VIH	Co-infection tuberculose et VIH
USD	Dollar des États-Unis
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

La tuberculose demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en République du Congo, en République centrafricaine (RCA) et en Guinée. Les trois pays figurent parmi les contextes à forte charge de la sous-région et partagent des défis structurels comparables : fragilité des systèmes de santé, insécurité et déplacements de populations, inégalités de genre, violations des droits humains, barrières géographiques et financières, ruptures d'intrants et participation communautaire encore insuffisante. Malgré des progrès notables au cours de la dernière décennie — illustrés en RCA par un recul de l'incidence de 503 à 419 cas pour 100 000 habitants et de la mortalité de 82 à 47 décès pour 100 000 entre 2015 et 2024 —, la transmission communautaire persiste et les trajectoires nationales restent insuffisantes pour atteindre les cibles mondiales de l'OMS.

Les données 2024 confirment l'ampleur et, dans deux des trois pays, l'aggravation de la charge. La Guinée (près de 14,8 millions d'habitants, incidence estimée à 178 cas pour 100 000) et la RCA enregistrent chacune environ 4 600 décès, tandis que la République du Congo (près de 7 millions d'habitants) connaît la plus forte progression annuelle de la mortalité. Partout, un important déficit de détection subsiste, aggravé par la co-infection TB-VIH et par la montée de la tuberculose pharmacorésistante.

Indicateur (2024)	Congo	RCA	Guinée
Nouveaux cas incidents (dont enfants)	19 000 (2 100)	22 000 (3 300)	26 000 (2 200)
Décès (évolution vs 2023)	3 300 (+67 %)	4 600 (+7 %)	4 600 (+32 %)
Cas TB sensible non détectés (dont enfants) (Cas manquants)	5 667 (1 047)	6 145 (1 248)	7 683 (1 013)
Co-infection TB-VIH non diagnostiquée	1 160	2 228	1 535
TB pharmacorésistante estimée	630	410	1 100

Ces chiffres traduisent des faiblesses persistantes et communes aux trois pays : un diagnostic précoce encore insuffisant, une continuité des soins fragile et un accès effectif aux services inégal, en particulier pour les populations les plus vulnérables. La co-infection TB-VIH y demeure un défi majeur, avec une part notable de cas non diagnostiqués, et la tuberculose pharmacorésistante progresse, comme en témoigne en RCA la hausse de la TB-MR/RR de 1,1 % à 1,4 % chez les nouveaux cas, atteignant 22,5 % chez les patients déjà traités.

Dans ce contexte, la tuberculose ne peut être appréhendée sous le seul angle biomédical. Elle est aussi déterminée par des facteurs sociaux, économiques, institutionnels et juridiques qui conditionnent le recours au dépistage, l'accès au traitement, l'adhésion aux soins et le soutien aux personnes affectées. Les orientations de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » de l'OMS, comme les plans stratégiques nationaux, rappellent la nécessité d'une riposte centrée sur la personne, sensible au genre et respectueuse des droits humains : au-delà de la seule disponibilité des services, elle suppose leur accessibilité réelle, la qualité des soins, la réduction des discriminations et une participation effective des communautés — notamment des survivants de la TB — à la gouvernance de la réponse. Le renforcement de l'approche Communautés, Droits et Genre (CRG) apparaît ainsi essentiel pour lever les barrières sociales et améliorer l'efficacité des interventions.

Sur le plan de la gouvernance, les trois pays bénéficient d'un engagement politique croissant, notamment de caucus parlementaires actifs et de l'appui du Fonds mondial, même si certains dispositifs restent à consolider — telle une plateforme nationale « Stop TB », encore absente en Guinée. C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente analyse comparative des lacunes CRG dans la réponse à la tuberculose au Congo, en RCA et en Guinée. Portée par le réseau DRAF-TB dans une dynamique régionale et appuyée par le Fonds mondial — notamment à travers l'Initiative stratégique d'engagement communautaire (CESI) —, elle vise à documenter les obstacles structurels, sociaux et programmatiques qui limitent l'efficacité des interventions TB, afin d'éclairer les priorités du cycle de subvention GC8 et de dégager un agenda régional commun.

2. Résumé exécutif

Le rapport identifie, à partir d'une lecture croisée des données institutionnelles et communautaires et des expériences vécues, les principales lacunes qui freinent une réponse TB plus équitable, inclusive et centrée sur la personne. L'analyse est structurée autour de sept domaines interdépendants : l'accès aux services TB ; les ressources communautaires et les interventions de proximité ; la qualité des soins ; la stigmatisation et la discrimination ; les droits humains et la protection juridique ; le genre et les populations vulnérables ; ainsi que la participation communautaire, le CLM et OnelImpact.

Le Congo, la RCA et la Guinée présentent les mêmes barrières liées aux communautés, aux droits humains et au genre (CRG) : des soins disponibles mais avec leur accès est limité par des frais coûteux, peu soutenus par les communautés, stigmatisants dans la pratique, et sans aucun moyen pour les patients de faire valoir leurs droits.

En 2026, trois analyses nationales des lacunes CRG ont été réalisées dans le cadre du projet DRAF-TB / CESI. Chacune couvre sept domaines et s'appuie notamment sur une enquête menée auprès de 90 personnes touchées par la tuberculose (30 par pays). Leur mise en regard fait apparaître un socle de difficultés communes, nuancé par des réalités nationales distinctes.



Cinq enseignements transversaux aux trois pays

- **L'accessibilité des services de santé est freinée par les barrières financières.** 60 à 77 % des répondants disent que les services existent près de chez eux, mais 77 à 100 % paient des coûts cachés. La RCA a le moins de ruptures (40 %) et les coûts cachés les plus élevés (100 %) : la barrière est financière, pas logistique.
- **L'exercice des droits est limité par l'absence de recours effectifs.** Ne pas savoir comment porter plainte passe de 57 % (Congo) à 73 % (RCA) puis 93 % (Guinée) ; l'assistance juridique est absente pour 100 % des répondants en RCA et en Guinée ; 83 à 87 % constatent l'absence de suivi des violations.
- **Les patients en traitement plus exposés à la stigmatisation et aux violations.** Les patients sous traitement de la TB déclarent davantage de stigmatisation que les anciens patients dans les trois pays (+13 à +23 points), et davantage de violations sans suite là où cela est mesuré.

- **Les inégalités de genre varient selon les contextes nationaux.** Les femmes déclarent systématiquement une moindre disponibilité des services (8 à 10 points) et un déficit de connaissance des recours au Congo et en RCA, mais les écarts de stigmatisation et de respect changent de sens d'un pays à l'autre et doivent être interprétés selon le contexte national.
- **La faiblesse des systèmes communautaires limite la participation des patients.** Le CLM n'est pas fonctionnel et Onelmpact n'est déployé à l'échelle dans aucun pays ; 53 à 83 % des répondants disent ne pas être entendus dans les décisions nationales ou ne recevoir aucun retour.

3. Périmètre, méthode et comparabilité

Ce rapport recoupe les rapports nationaux. Tous les chiffres pour les « patients » sont des pourcentages des 30 répondants par pays (marge d'erreur environs ± 18 points à 50 %) : ce sont des tendances indicatives issues des données d'entretiens, non des estimations nationales.

Échantillon (n=30)	Congo	RCA	Guinée
Hommes / Femmes	14 / 16	20 / 10	19 / 11
Sous traitement / Anciens patients	17 / 13	15 / 15	19 / 9 (+2 autres profils)
Parties prenantes consultées	PNLT, RP, OSC, patients	PNLT, RP, 6 OSC, patients	PNLT, RP, OSC, patients

Pour assurer une comparaison cohérente, seuls les indicateurs mesurés dans au moins deux pays ont été retenus ; la mention « n/d » indique qu'un indicateur n'a pas été mesuré. Comme la formulation des questions varie légèrement d'un pays à l'autre, les notes de bas de page précisent les choix d'harmonisation. Les résultats par sous-groupe doivent être interprétés avec prudence : certains groupes sont très réduits — par exemple, 10 femmes en RCA — et les écarts inférieurs à environ 15 points peuvent relever de la variabilité de l'échantillon. En Guinée, les deux répondants classés dans les « autres profils » ne sont pas inclus dans les comparaisons selon le statut de traitement.

4. Contexte : une charge lourde, des systèmes de santé inégaux

Indicateurs nationaux de la TB (2024)	Congo	RCA	Guinée
Nouveaux cas estimés (dont enfants)	19 000 (2 100)	22 000 (3 300)	26 000 (2 200)
Décès	3 300 (+67 % vs 2023)	4 600 ("7 %" vs 2023)	4 600 (+32 % vs 2023)
TB sensible non détectées (enfants)	5 667 (1 047)	6 145 (1 248)	7 683 (1 013)
TB-VIH : cas manquants/non diagnostiqués	1 160	2 228	1 535 (+56 %)
TB résistante (non diagnostiquées)	630 (304)	410 (226)	1 100
Structures de prise en charge	CDT ; « 89 CDT	94 CDT + 11 CT	121 CDT
ASC / relais communautaires	~1 580	~2957	~1 157
ASC / relais communautaires impliqués dans la lutte contre la TB	96	2957 Autour de 56 CDT	1200 ¹

¹ 1200 Relais communautaires (RECO) impliqués dans la lutte contre la TB. Mais avec le passage à l'intégration des services, le pays va utiliser les ASC polyvalents. Il n'y aura plus de RECO VIH et TB sur le GC8.

5. Vue d'ensemble : Carte thermique des six domaines

Chaque cellule indique la part des 30 répondants signalant la lacune (plus la couleur est vive, plus la lacune est marquée ; n/d = non mesuré).

Indicateur	Congo	RCA	Guinée
Domaine 1 — Disponibilité et accès aux services TB			
Ruptures de médicaments / tests	67 %	40 %	67 %
Coûts cachés supportés par les patients	77 %	100 %	93 %
Consultations non entièrement gratuites / paiements ¹	67 %	77 %	87 %
Domaine 2 — Ressources communautaires et proximité			
ASC insuffisants ou partiellement disponibles ²	60 %	93 %	86 %
Couverture communautaire non jugée satisfaisante	81,5 %	93 %	100 %
Domaine 3 — Qualité des soins et approche centrée sur la personne			
Patients respectés seulement en partie ou pas du tout	60 %	93 %	87 %
Consentement éclairé non pleinement respecté	57 %	43 %	n/d
Abandons de traitement liés à la qualité des soins	20 %	n/d	63 %
Domaine 4 — Stigmatisation et discrimination			
Attitudes stigmatisantes de la part des soignants ³	61 %	93 %	70 %
Populations vulnérables / clés accédant aux services avec crainte ⁴	69 %	17 %*	83 %
Actions anti-stigmatisation insuffisantes	47 %	n/d	57 %
Domaine 5 — Droits humains et protection juridique			
Ne savent pas comment déposer une plainte / recours	57 %	73 %	93 %
Aucun accès à une assistance juridique	n/d	100 %	100 %
Violations signalées non suivies d'effet	83 %	87 %	87 %
Domaine 6 — Genre et populations vulnérables			
Pas d'indicateur d'enquête commun — voir l'écart de genre (section 5)			
Domaine 7 — Participation communautaire, CLM et OnelImpact			
Non associés / préoccupations non prises en compte dans les décisions nationales	83 %	53 %	57 %
Pas de retour communautaire après les consultations	54 %	n/d	77 %

Figure 1 – Carte thermique des lacunes CRG par indicateur et par pays (% des 30 répondants ; * voir la note de bas de page correspondante ; le D6 n'a pas d'indicateur d'enquête commun)

² Congo : « plus de 60 % pas assez nombreux » ; RCA : 73 % partiellement disponibles + 20 % insuffisants ; Guinée : 86 % insuffisants.

³ Congo : 61 % « en partie » stigmatisantes ; RCA : 93 % ; Guinée : 27 % ouvertement + 43 % en partie.

⁴ Congo, Guinée : populations clés/vulnérables accédant sans crainte seulement en partie ou pas du tout. RCA : seules la modalité « en partie » (17 %) et 14 % de crainte d'être identifié ont été rapportées.

La carte met en évidence des lacunes particulièrement marquées en RCA et en Guinée, notamment en matière de respect des patients, de stigmatisation, de connaissance des recours et d'accès à une assistance juridique. Le Congo présente une situation relativement moins défavorable pour la qualité perçue des soins et la stigmatisation, mais se distingue par une forte exclusion des décisions nationales (83 %). Dans les trois pays, les coûts cachés et l'absence de suivi des violations restent des préoccupations majeures. Trois enseignements complémentaires se dégagent. Premièrement, les difficultés liées aux droits suivent un gradient net : la méconnaissance des voies de recours concerne 57 % des répondants au Congo, 73 % en RCA et 93 % en Guinée, tandis que l'assistance juridique est totalement absente en RCA et en Guinée. Deuxièmement, la RCA se caractérise surtout par une barrière financière : malgré une proportion plus faible de ruptures d'approvisionnement (40 %), les coûts cachés y sont quasi universels (100 %). Enfin, certaines lacunes sont comparables d'un pays à l'autre — l'absence de suivi des violations touche 83 à 87 % des répondants — alors que d'autres varient fortement selon le contexte, comme les abandons de traitement liés à la qualité des soins, signalés par 20 % des répondants au Congo contre 63 % en Guinée.

6. Comparaison domaine par domaine du CRG

Domaine 1 – Disponibilité et accès aux services TB

L'existence d'un réseau de services ne garantit pas un accès effectif aux soins. Dans les trois pays, les témoignages font surtout ressortir le poids des dépenses annexes — transport, examens et médicaments complémentaires — qui transforme une offre théoriquement disponible en parcours financièrement contraignant.

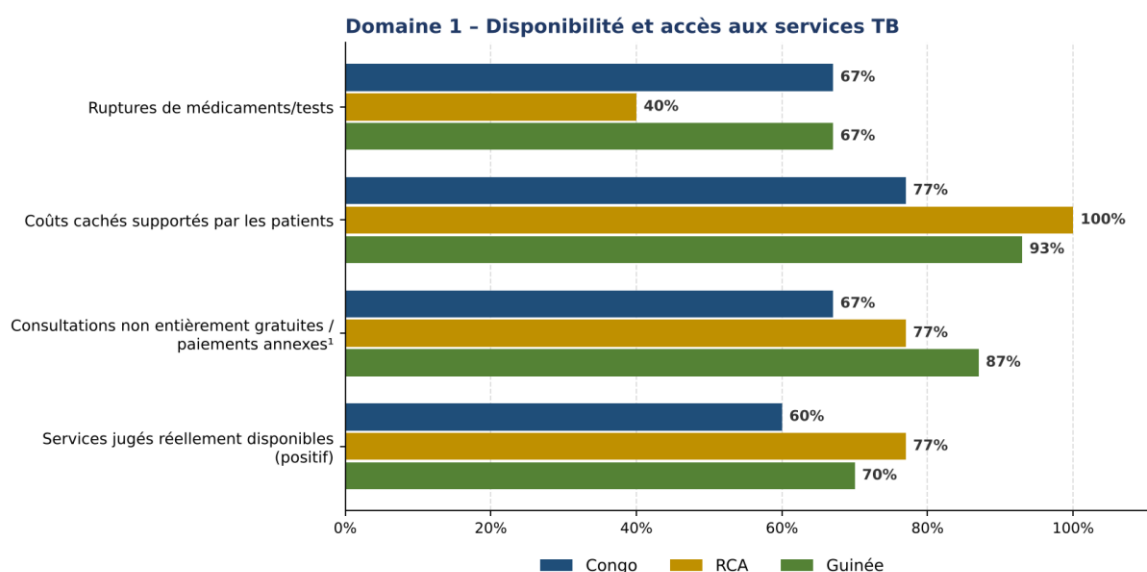


Figure 2 – Domaine 1 – Disponibilité et accès aux services TB (% des 30 répondants)

Constats institutionnels (PNLT, RP, OSC)	Congo	RCA	Guinée
Réseau	CDT et activités de proximité avec les OSC	94 CDT, 11 CT, 35 districts	121 CDT, 8 régions
Obstacles côté patients	59 % jugent les centres partiellement accessibles	Transport inabordable 27 % + en partie 70 %	Transport inabordable 83 %
Lacune signalée PNL/TP	Équipement diagnostique, continuité des approvisionnements	Pas de plan CRG TB ; ruptures	Diagnostic, continuité, coûts indirects

Implication pour l'action

Dans les trois pays, l'obstacle le plus constant reste le coût supporté par les patients. Les coûts cachés concernent 100 % des répondants en RCA et 93 % en Guinée. Les ruptures d'approvisionnement touchent environ deux tiers des répondants au Congo et en Guinée, contre 40 % en RCA. Les interventions du GC8 devraient donc donner la priorité au transport, à la nutrition et à l'application effective de la gratuité, avant d'envisager une extension du réseau.

Domaine 2 – Ressources communautaires et proximité

La RCA mobilise la plus grande force communautaire (~3 000), la Guinée la plus petite (~1 157) ; pourtant la satisfaction est la plus faible là où le réseau est le plus réduit, et nulle part supérieure à un sur cinq.

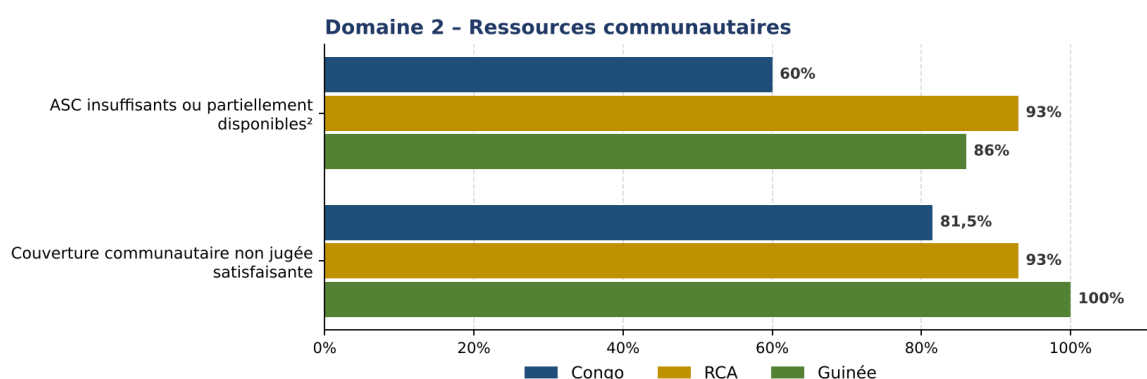


Figure 3 – Domaine 2 – Ressources communautaires et proximité (% des 30 répondants)

Constats institutionnels (PNLT, RP, OSC)	Congo	RCA	Guinée
Effectif ASC	~1 580	~3 000 (PR: 2 957)	~1 157
Faiblesses communes	Faible financement communautaire, capacités techniques limitées, faible motivation des ASC	Idem, plus initiatives fragmentées	Idem

Implication pour l'action

Le nombre d'ASC recensés donne une indication, sans permettre à lui seul d'apprécier leur disponibilité effective auprès des patients. Bien que la RCA compte environ 2,6 fois plus d'ASC que la Guinée, 93 % des répondants les considèrent comme insuffisants ou seulement partiellement disponibles. Les mesures envisagées varient toutefois d'un pays à l'autre.

Domaine 3 – Qualité des soins et approche centrée sur la personne

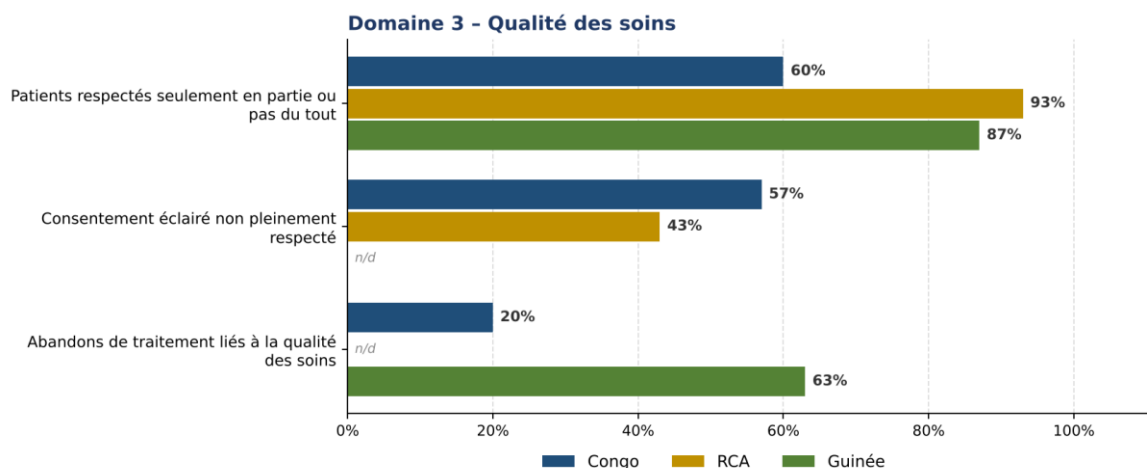


Figure 4 – Domaine 3 – Qualité des soins et approche centrée sur la personne (% des 30 répondants)

Constats institutionnels (PNLT, RP, OSC)	Congo	RCA	Guinée
Lacunes documentées	Formation des prestataires aux droits/genre : 78 % la jugent partielle	Documentation qualité faible, respect partiel, attente, consentement	37 % jugent les prestataires insuffisamment formés ; rôle des pairs éducateurs insuffisant (57 %)

Implication pour l'action

En Guinée, les limites de la qualité des soins semblent peser directement sur la continuité du traitement. Près de 63 % des répondants y associent les abandons à la qualité des soins, contre 20 % au Congo. En RCA et en Guinée, 87 à 93 % des répondants estiment n'être respectés par les prestataires de santé que partiellement, voire pas du tout, au cours de leur prise en charge, ce qui montre que la qualité des soins influe sur la rétention et ne relève pas seulement du confort. Le consentement éclairé est jugé partiellement respecté par 57 % des répondants au Congo et pas toujours respecté par 43 % en RCA ; cet aspect n'a pas été mesuré en Guinée.

Domaine 4 – Stigmatisation et discrimination

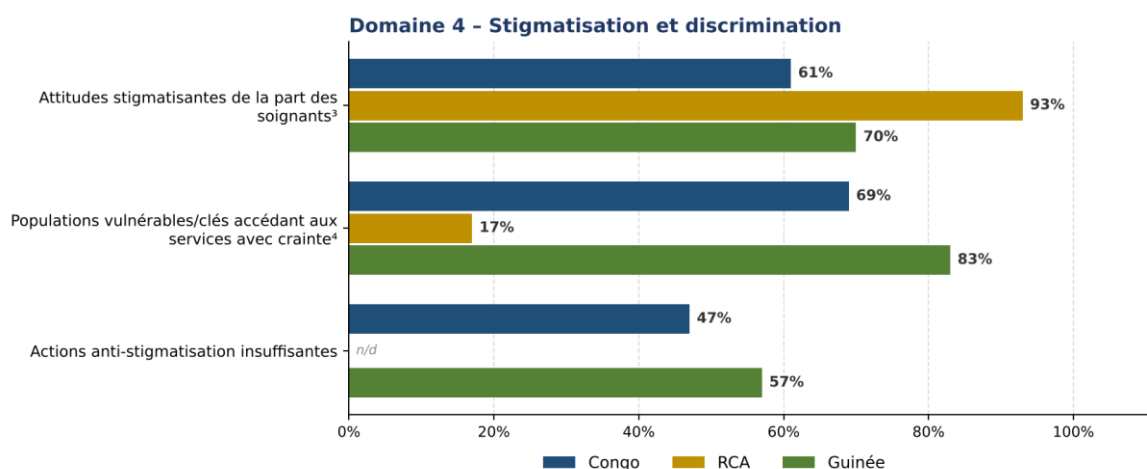


Figure 5 – Domaine 4 – Stigmatisation et discrimination (% des 30 répondants)

Constats institutionnels (PNLT, RP, OSC)	Congo	RCA	Guinée
--	-------	-----	--------

Constats institutionnels (PNLT, RP, OSC)	Congo	RCA	Guinée
Données nationales	Actions anti-stigmatisation faibles (47 % insuffisantes)	Pas d'étude nationale ni de stratégie spécifique	Pas de stratégie nationale ; rejet familial, auto-stigmatisation

Implication pour l'action

La stigmatisation se manifeste jusque dans les structures de santé. Les attitudes stigmatisantes des soignants sont rapportées par 61 à 93 % des répondants. La crainte de fréquenter les services de santé concerne 69 % des répondants au Congo et 83 % en Guinée. La RCA ne dispose pas encore d'une étude nationale sur la stigmatisation, tandis que la Guinée n'a pas de stratégie nationale dédiée. Les plans d'action CRG du Congo et de la Guinée prévoient toutefois chacun l'élaboration d'une telle stratégie.

Domaine 5 – Droits humains et protection juridique

C'est le gradient le plus net entre pays : la connaissance des modalités de plainte diminue du Congo à la RCA puis à la Guinée.

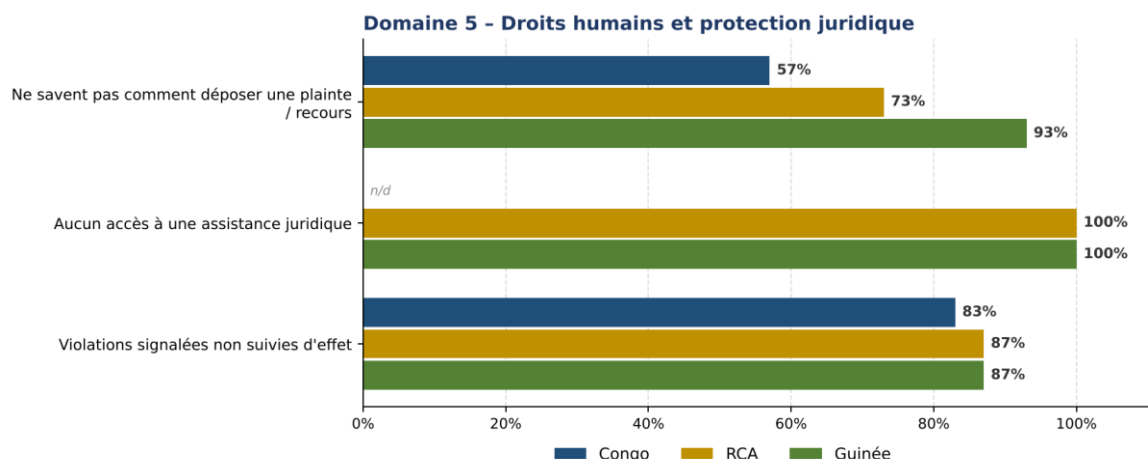


Figure 6 – Domaine 5 – Droits humains et protection juridique (% des 30 répondants)

Constats institutionnels (PNLT, RP, OSC)	Congo	RCA	Guinée
Cadre juridique	Faible diffusion des droits ; mécanismes insuffisants	Pas de cadre juridique TB ; pas d'assistance juridique structurée	Pas de mécanisme de plainte ; assistance juridique inexistante
Réponse prévue	6 permanences juridiques, parajuristes, 23 boîtes à plaintes	Mécanismes de protection des droits et plan CRG TB national (non chiffrés)	Mécanisme de plainte, revue juridique, registre des violations

Implication pour l'action

L'exercice des droits demeure entravé par l'absence de mécanismes de recours accessibles et effectifs. Dans chacun des trois pays, 83 à 87 % des répondants déclarent que les violations signalées restent sans suite. En RCA comme en Guinée, l'ensemble des répondants indique ne bénéficier d'aucune assistance juridique. La mise en place d'un dispositif intégré associant un canal de plainte, une permanence juridique et un registre de suivi permettrait de répondre simultanément à ces trois lacunes.

Domaine 6 – Genre et populations vulnérables

L'enquête n'a pas de graphique dédié à ce domaine ; les éléments sont institutionnels, complétés par la désagrégation par genre de tous les autres indicateurs.

Dimension	Congo	RCA	Guinée
Politique de genre	Politiques de santé favorables à l'équité	Politique nationale de genre ; pas de plan genre TB	Politique nationale de genre ; stratégies ciblées insuffisantes
Groupes vulnérables prioritaires	PVVIH, détenus, ruraux, femmes, pauvres	PVVIH, détenus, zones reculées, femmes, autochtones, précaires	PVVIH, femmes, détenus, ruraux, enfants/adolescents, pauvres
Lacune commune	Pas d'études spécifiques ; obstacles de genre peu documentés	Idem	Idem

	Congo	RCA	Guinée
Services non jugés réellement disponibles	+8,1	+10,0	+10,1
Coûts cachés	+9,8	0,0	-3,8
ASC insuffisants / partiels	-19,8	-5,0	+7,6
Respect partiel ou absent	-21,4	-5,0	-7,7
Accès aux services avec crainte ⁴	-28,4	+5,0	+12,0
Ne savent pas porter plainte	+12,5	+10,0	-3,8
Violations non suivies	-17,9	+5,0	+6,7
Exclus des décisions nationales	-2,8	-20,0	-17,7

Écart en points de %, femmes moins hommes (rouge = part plus élevée chez les femmes ; bleu = plus faible)

Figure 7 – Écart de genre (femmes moins hommes, points) sur les indicateurs comparables

Implication pour l'action

Deux tendances communes se dégagent dans les trois pays. D'une part, les femmes jugent plus souvent que les services de lutte contre la tuberculose ne sont pas suffisamment disponibles : 43,8 % des femmes contre 35,7 % des hommes au Congo, 30 % contre 20 % en RCA et 36,4 % contre 26,3 % en Guinée, soit des écarts respectifs de 8,1, 10 et 10,1 points de pourcentage. D'autre part, les femmes déclarent plus souvent que les hommes ne pas savoir comment déposer une plainte ou exercer un recours : 62,5 % contre 50 % au Congo et 30 % contre 20 % en RCA et 90,9 contre 94,7 en Guinée, soit des écarts femmes-hommes respectifs de +12,5, +10 et -3,8 points de pourcentage. Les autres résultats varient selon le contexte : au Congo, les hommes se disent davantage exposés à la stigmatisation, tandis qu'en Guinée, les femmes la signalent plus fréquemment. Les actions en matière de genre doivent donc être adaptées aux réalités propres à chaque pays.

Domaine 7 – Participation communautaire, CLM et OnelImpact

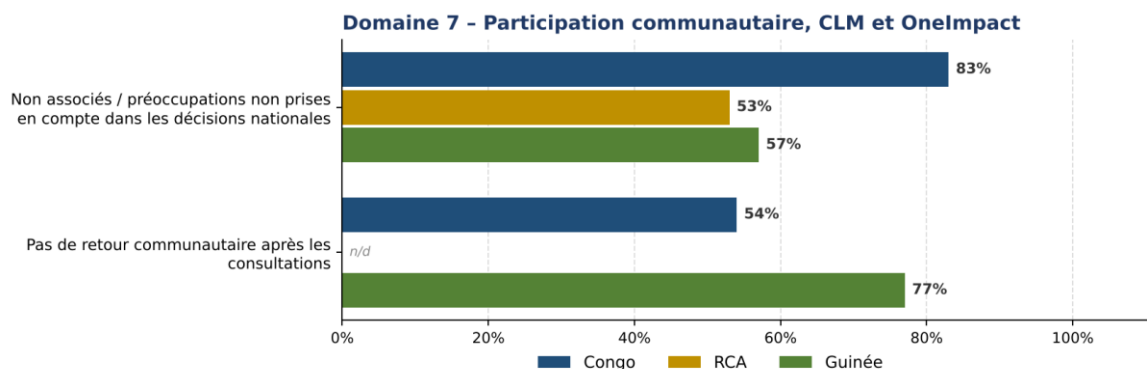


Figure 8 – Domaine 7 – Participation communautaire, CLM et OnelImpact (% des 30 répondants)

Constats institutionnels (PNLT, RP, OSC)	Congo	RCA	Guinée
CLM	Insuffisamment fonctionnel	Insuffisamment fonctionnel	Insuffisamment fonctionnel
OnelImpact	Faiblement déployé	Pas à l'échelle	Non déployé (97 % des répondants)
Financement	Mécanismes communautaires insuffisamment financés	Idem	Idem

Implication pour l'action

Dans les trois pays, la participation communautaire demeure limitée : les mécanismes de suivi communautaire (CLM) sont jugés insuffisamment fonctionnels et les consultations se traduisent rarement par une prise en compte visible des préoccupations exprimées ou par un retour aux personnes consultées. Au Congo, 83 % des répondants déclarent ne pas être associés aux décisions nationales ou ne pas voir leurs préoccupations prises en compte, et 54 % indiquent ne recevoir aucun retour après les consultations. Cette absence d'influence est également rapportée par 53 % des répondants en RCA et 57 % en Guinée ; dans ce dernier pays, 77 % déclarent en outre ne recevoir aucun retour. Ces résultats suggèrent que la difficulté ne tient pas seulement à la tenue des consultations, mais aussi à l'absence de mécanismes permettant de transmettre les constats, de suivre les réponses apportées et d'informer les communautés des décisions prises. Le renforcement du CLM et le déploiement de OnelImpact pourraient contribuer à structurer cette continuité. Leur mise en œuvre reste toutefois inégale : OnelImpact est faiblement déployé au Congo, n'est pas encore utilisé à grande échelle en RCA et est déclaré non déployé par 97 % des répondants en Guinée. Les actions prévues constituent donc une première étape : la Guinée envisage une extension à 38 districts, tandis que le Congo budgétise la formation des utilisateurs et un déploiement à l'échelle départementale.

7. Qui est le plus exposé : la phase de traitement

La comparaison selon le statut de traitement fait ressortir une tendance plus stable que l'analyse par genre : la période de traitement concentre les risques de stigmatisation et de violations non suivies d'effet. Ce résultat invite à cibler prioritairement l'accompagnement pendant cette phase, sans négliger la réintégration des anciens patients dans les mécanismes de participation communautaire.

	Congo	RCA	Guinée
Services non jugés réellement disponibles	+16,3	+6,7	-39,8
Ruptures de médicaments/tests	-18,1	-26,6	n/d
ASC insuffisants / partiels	+39,5	+13,3	-22,2
Respect partiel ou absent	+10,9	-13,3	-4,7
Exposition à la stigmatisation ⁵	+18,8	+13,3	+22,8
Ne savent pas porter plainte	+5,0	+13,3	-10,5
Violations non suivies	+11,3	+26,7	n/d
Exclus des décisions nationales	-11,4	0,0	-14,1

Écart en points, patients sous traitement moins anciens patients (rouge = plus élevé sous traitement ; bleu = plus élevé chez les anciens)

Figure 9 – Écart selon le statut (sous traitement moins anciens patients, points)

- **Une stigmatisation plus forte pendant le traitement** : la phase de traitement constitue une période de vulnérabilité accrue. Dans les trois pays, les patients sous traitement déclarent davantage de stigmatisation que les patients guéris, avec 68,8 % des patients sous traitement contre 50 % des patients guéris au Congo (écart de 18,8 points), 100 % contre 86,7 % en RCA (13,3 points) et 78,4 % contre 55,6 % en Guinée (22,8 points). Cette convergence peut refléter la fréquence des contacts avec les services de santé, la visibilité de la maladie et les contraintes thérapeutiques. Là où le suivi des violations a été mesuré, celles-ci restent aussi plus souvent sans suite pour les patients sous traitement : 88,2 % contre 76,9 % chez les patients guéris au Congo (écart de 11,3 points) et 100 % contre 73,3 % en RCA (26,7 points). Ces tendances, à interpréter avec prudence compte tenu de la taille des sous-groupes, appellent des dispositifs de prévention, de signalement et d'accompagnement juridique dès le début du traitement.
- **Une participation plus faible après le traitement** : après le traitement, le lien avec les dispositifs communautaires semble s'affaiblir au Congo et en Guinée. Les anciens patients guéris de la TB y déclarent davantage d'exclusion des décisions nationales que les patients sous traitement : 88,2 % contre 76,8 % au Congo (écart de 11,4 points) et 66,7 % contre 52,6 % en Guinée (14,1 points). Leur expérience paraît moins mobilisée une fois le suivi médical terminé. L'absence d'écart en RCA montre toutefois que cette tendance dépend des modalités nationales de participation. Maintenir le lien avec les anciens patients permettrait de documenter les difficultés persistantes, de valoriser leur expérience du parcours de soins et de renforcer leur rôle de pairs ou de représentants communautaires.

8. Facteurs favorables et systèmes : matrice de situation

Élément	Congo	RCA	Guinée
CLM fonctionnel	Insuffisant	Insuffisant	Insuffisant
OnelImpact à l'échelle	Déploiement faible	Pas à l'échelle	Non déployé (97 %)
Assistance juridique aux patients	Lacune – permanences budgétisées	Absente (100 %)	Absente (100 %)
Étude / stratégie nationale stigmatisation	Prévue (stratégie)	Absente	Absente – prévue
Stratégie genre spécifique TB	Prévue	Absente	Prévue

9. Priorités harmonisées pour le GC8

#	Priorité	Éléments probants	Chiffré à ce jour (USD) Congo / Guinée / RCA
1	Supprimer les coûts cachés : fonds d'appui, transport/nutrition, gratuité effective	Coûts cachés 77–100 %	120 907 / 3 894 / à chiffrer
2	Un mécanisme de droits unique : plainte + permanence juridique + registre de suivi	Pas de suivi 83–87 % ; aucune aide juridique 100 % (RCA, Guinée)	44 746 / 5 451 / à chiffrer
3	Alerte communautaire sur les ruptures	Ruptures 40–67 %	30 183 / 1 298 / à chiffrer
4	Stabiliser les ASC : formation, motivation, équipement	Insuffisants/partiels 60–93 %	247 210 / 10 253 / à chiffrer
5	Dispositif anti-stigmatisation ciblé sur la phase de traitement et les structures de santé	Attitudes 61–93 % ; +13 à +23 points sous traitement	16 384 / 6 035 / à chiffrer
6	Rendre opérationnels CLM et OnelImpact avec une boucle de retour vers la décision	Exclus 53–83 % ; OnelImpact non déployé	45 406 / 6 814 / à chiffrer
7	Bâtir une base de données commune : questionnaire harmonisé, échantillon plus large, désagrégation par genre et statut	Sous-groupes n=10–19 ; schémas de genre divergents	9 109 / 7 138 / à chiffrer

Les montants sont les lignes chiffrées des plans nationaux rattachées à chaque priorité (axes ou sous-lignes Congo et Guinée) ; ils ne s'additionnent pas avec d'autres axes et sont donnés à titre d'orientation.

10. Conclusion : de trois analyses nationales à un agenda régional

Les résultats ne décrivent pas trois crises isolées, mais un ensemble cohérent de défaillances qui se renforcent mutuellement : coûts cachés, faiblesse des recours, sous-financement des systèmes communautaires et stigmatisation au sein des structures de santé. La phase de traitement constitue le principal point de convergence de ces risques. Le GC8 offre donc une possibilité concrète de mutualiser les outils, les standards de suivi et certains dispositifs d'appui entre les pays DRAF-TB, tout en adaptant leur mise en œuvre aux contextes nationaux. La priorité immédiate est double : chiffrer le plan de la RCA sur une base comparable et rééquilibrer les plans du Congo et de la Guinée vers les lacunes les plus fortement documentées.