Situation de la Tuberculose en Afrique francophone

Fondée sur le Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose 2026 · Novembre 2026

Analyse épidémiologique approfondie de 18 pays de l’Afrique de l'Ouest, Afrique centrale et Afrique australe couverte par DRAF-TB.

Dynamique Régionale d'Afrique Francophone pour la Réponse à la Tuberculose (DRAF-TB)

Auteur : Félix BROU
Chargé du renforcement des capacités, DRAF-TB, expert en santé publique, en suivi et évaluation.

DRAF-TB Novembre 2026

PO Box : 2286 Yaoundé - Nsimeyong III (Carrefour TAM-TAM)
info@draftb.org
Téléphone: +237 242 016 025

Table des matières

Tableau des abréviations....3
Résumé exécutif : une charge concentrée en Afrique centrale, un dépistage à renforcer en Afrique francophone 4
Indicateurs clés mondiaux, 2025....4
Méthodologie : sources, définitions et choix d'analyse....5
Sources des données....5
Périmètre et regroupement régional....5
Indicateurs calculés par l'auteur....5
Limites d'interprétation....6
1. Un monde loin des cibles 2027, une Afrique qui progresse....7
2. Région Afrique : une réponse à la tuberculose résiliente, des financements fragiles....8
3. Les 18 pays d'Afrique francophones : forte charge en Afrique centrale, détection à renforcer partout....9
Détection et progrès depuis 2015 : un rythme encore insuffisant....10
Pays à forte charge : listes OMS 2026-2030 et jalons, qui est surveillé, qui est en retard....12
Classification des priorités : croiser la charge et les progrès....13
4. Analyses croisées des cas manquants et du parcours de soins....14
Cas non détectés : les enfants et les femmes en première ligne....14
Groupes vulnérables : TB/VIH et TB résistante insuffisamment détectées....15
Cascades de soins : du diagnostic au succès thérapeutique....16
Ouest, Centre, Australe : trois profils régionaux....17
Engagement communautaire : un angle mort des données....17
Coûts, financement et déterminants : une protection sociale en retrait....18
5. Diagnostic, traitement et coûts : des progrès techniques, un fardeau pour les ménages....19
6. Financement : un effort stagnant et dépendant des bailleurs....20
7. Recommandations : six priorités pour accélérer le rattrapage....20
8. Limites de l'analyse....21

Tableau des abréviations

Sigle	Signification
ART / TAR	Antiretroviral therapy / traitement antirétroviral
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CRG	Communautés, droits et genre
DRAF-TB	Dynamique régionale d'Afrique francophone pour la réponse à la tuberculose
Incid.	Incidence estimée pour 100 000 habitants (tableaux)
Md / M	Milliard / million
Notif.	Cas notifiés (nouveaux cas et rechutes)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations unies
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PRFI	Pays à revenu faible ou intermédiaire
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
Stop TB Partnership	Partenariat Halte à la tuberculose
TB	Tuberculose
TB-DR	Tuberculose pharmaco-résistante
TB-RR	Tuberculose résistante à la rifampicine
TB/VIH, TB-VIH	Co-infection tuberculose et VIH
TPT	Traitement préventif de la tuberculose
UHC	Universal Health Coverage : couverture sanitaire universelle
UI	Intervalle d'incertitude à 95 %
US$	Dollar des États-Unis
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Δ	Variation 2025 par rapport à 2015

Résumé exécutif : une charge concentrée en Afrique centrale, un dépistage à renforcer en Afrique francophone

- **Monde.** 10,6 millions de personnes sont tombées malades en 2025 (−0,7 %). Le taux d'incidence est de 129 pour 100 000 (−1,6 % sur un an, −14 % depuis 2015), très loin du jalon de −50 %. Les décès (1,13 million) ont reculé de 35 % depuis 2015 : le premier jalon de la stratégie, fixé à 2020, est atteint avec cinq ans de retard.
- **Région Afrique.** Incidence −30 % et décès −50 % depuis 2015. Les notifications sont 43 % au-dessus du niveau de 2019. La mortalité reste toutefois la plus élevée : 23 décès pour 100 000 (patients VIH négatifs).
- **Situation dans les 18 pays d'Afrique francophones.** Environ 778 000 cas estimés, dont 54 % en RDC. 4 pays dépassent 300 cas pour 100 000 (RCA 411, RDC 369, Gabon 365, Congo 319). Seuls 69 % des cas sont notifiés (monde : 79 %), soit 243 000 personnes non détectées. 6 pays ont atteint les deux jalons 2020, 6 un seul, 6 aucun (Mali, Niger, Tchad, Gabon, Guinée, Madagascar).
- **Financement.** 6,6 Md US$ en 2025, soit 30 % de la cible 2027. L'aide internationale a reculé de 14 % ; elle représente 56 % du financement des pays à faible revenu.
- **Priorités.** Classification analytique : 4 pays en priorité critique, 3 en vigilance renforcée, 2 en rattrapage ciblé, 9 à consolider.

Indicateurs clés mondiaux, 2025

Indicateur	2025	Référence / cible
Incidence (taux pour 100 000)	129	−14 % vs 2015 ; jalon 2025 : −50 %
Décès liés à la TB	1,13 M	−35 % vs 2015 ; jalon 2025 : −75 %
Cas notifiés	8,4 M (79 %)	Écart avec l'incidence : 2,2 M
Tests rapides en 1er test	59 %	Cible 2027 : 100 %
TB-RR : traités / estimés	155 333 / 370 000 (42 %)	Schéma de 6 mois : 42 % (18 % en 2024)
TPT, contacts familiaux	26 %	Cible 2027 : 90 %
Financement (PRFI)	6,6 Md US$	Cible 2027 : 22 Md US$
Ménages en coûts catastrophiques	47 %	Cible : 0 % ; 81 % pour la TB-DR

Source : OMS, Global tuberculosis report 2026.

Méthodologie : sources, définitions et choix d'analyse

Ce rapport est une analyse secondaire de données publiques de l'OMS. Aucune collecte primaire n'a été réalisée. Les calculs propres à l'auteur sont signalés comme tels dans le texte.

Sources des données

- **Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose 2026.** Indicateurs mondiaux et régionaux de 2025, séries depuis 2015, listes de pays à forte charge 2026-2030, jalons et cibles.
- **Profils pays de l'OMS.** Estimations et indicateurs 2025 des 18 pays (charge, notifications, cascade de soins, VIH, TB résistante, financement, coûts, déterminants), consultés en novembre 2026.
- **Estimations et arrondis.** Les incidences et les décès sont des estimations modélisées par l'OMS, publiées en valeurs arrondies avec des intervalles d'incertitude à 95 %.

Périmètre et regroupement régional

L'analyse porte sur 18 pays d'Afrique francophones membres de DRAF TB, regroupés en trois régions pour faciliter la comparaison. Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo. Afrique centrale : Cameroun, Congo, Gabon, RCA, RDC, Tchad. Afrique australe : Burundi, Madagascar, Rwanda. Ce regroupement est celui retenu pour ce rapport. Les totaux régionaux additionnent les valeurs arrondies de chaque pays ; de légers écarts d'arrondi sont donc possibles.

Indicateurs calculés par l'auteur

Les indicateurs du tableau ci-dessous sont calculés par l'auteur à partir des valeurs publiées par l'OMS.

Indicateur	Calcul	Utilisation
Cas manquants	Cas estimés moins cas notifiés.	Écart de détection par pays, par groupe d'âge et par sexe.
Taux de notification	Cas notifiés ÷ cas estimés.	Comparaison des pays : 69 % pour les 18 pays, contre 79 % dans le monde.
Indice de détection par groupe	Cas notifiés du groupe ÷ cas attendus du groupe. Les cas attendus appliquent la structure mondiale de l'OMS (54 % d'hommes, 35 % de femmes, 11 % d'enfants) aux cas estimés du pays.	Lecture indicative : la structure réelle varie d'un pays à l'autre.
Détection TB/VIH	Patients TB séropositifs notifiés ÷ cas TB/VIH estimés (incidence TB/VIH × population).	53 % pour les 18 pays.
Couverture TB-RR	Patients TB-RR mis sous traitement ÷ cas TB-RR estimés.	25 % pour les 18 pays (3 472 sur 14 045).
Cascade de soins	Part des notifiés testés par test rapide, dont le statut VIH est connu, et traités avec succès. Les valeurs régionales sont pondérées par les cas notifiés.	Comparaison des trois régions.
Jalons 2020	Baisse de l'incidence d'au moins 20 % et de la mortalité d'au moins 35 % par rapport à 2015 ; nombre de jalons atteints, de 0 à 2.	Mesure des progrès depuis 2015.
Classification des priorités	Croisement de la catégorie d'incidence 2025 et du nombre de jalons atteints. Priorité critique : incidence ≥ 300 et au plus un jalon. Vigilance renforcée : 100 à 299 et aucun jalon. Rattrapage ciblé : 50 à 99 et aucun jalon. Progrès à consolider : les autres pays.	Méthode de l'auteur, indicative. Elle n'existe pas dans le rapport mondial 2026.

Tableau : indicateurs calculés par l'auteur. Source des données : OMS, Global tuberculosis report 2026 et profils pays.

Limites d'interprétation

Les estimations issues du l'OMS comportent des intervalles d'incertitude parfois très larges, en particulier pour la RCA. Les écarts par âge et par sexe reposent sur la structure du rapport mondiale 2026 de l'OMS et non sur des données nationales. Les profils pays ne contiennent pas de données sur les populations clés ni sur l'engagement communautaire. L'OMS peut réviser ses estimations d'une édition à l'autre. Les limites sont détaillées en section 8.

1. Un monde loin des cibles 2027, une Afrique qui progresse

La TB reste la première cause de décès par un agent infectieux unique. Les 30 pays à forte charge totalisent 88 % des cas. Aucune des cibles ONU 2027 n'est atteinte ; les retards les plus nets concernent la prévention (TPT) et les tests rapides.

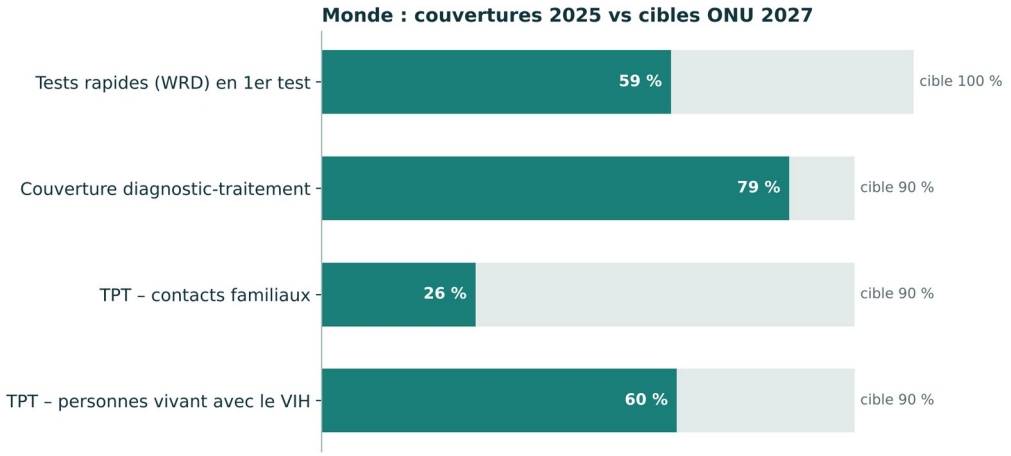


Figure 1. Couvertures mondiales 2025 et cibles 2027. Source : OMS 2026.

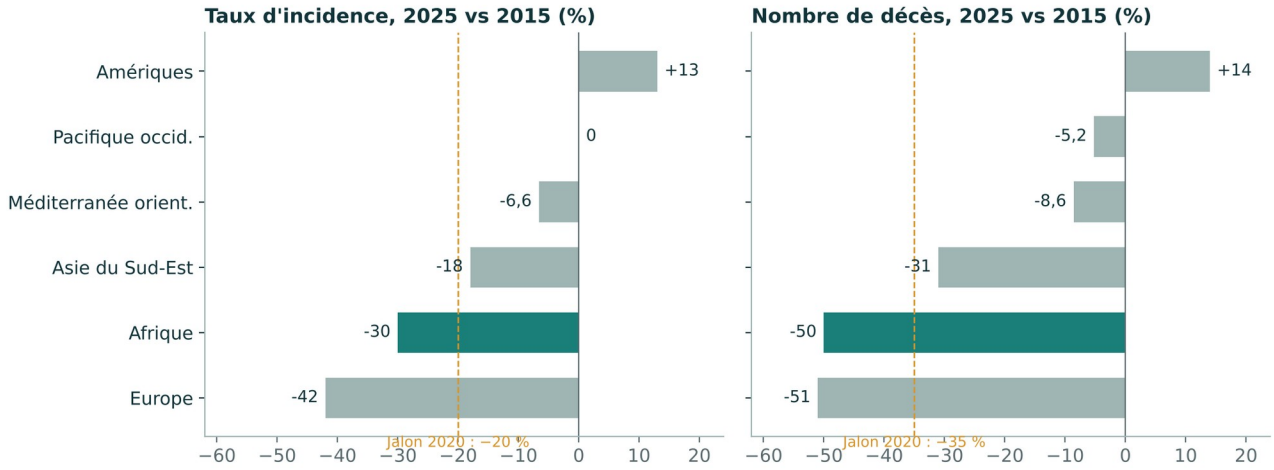


Figure 2. Évolution depuis 2015 par Région OMS. Source : OMS 2026.

La Région Afrique et la Région Europe sont les deux seules à avoir divisé les décès par deux (−50 % et −51 %). Les Amériques sont la seule région en hausse, à la fois pour l'incidence (+13 %) et les décès (+14 %).

2. Région Afrique : une réponse à la tuberculose résiliente, des financements fragiles

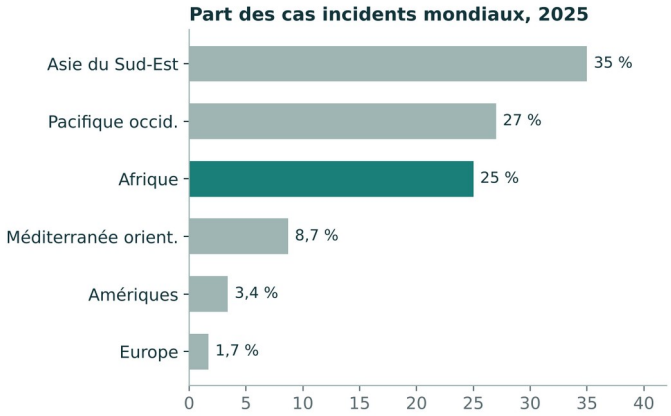


Figure 3. Répartition des cas incidents 2025. Source : OMS 2026.

Indicateur Région Afrique	Valeur	
Part des cas mondiaux		25 %
Notifications 2025 vs 2019		+43 %
Mortalité TB (VIH−)	23 pour 100 000 (Amériques : 2,1)	
Succès du traitement TB-RR (cohorte 2023)	77 % (monde : 70 %)	
Schémas de 6 mois, TB-RR		65 %
Confirmation bactériologique	71 % (65 % en 2020)	
Test VIH chez les patients TB		88 %
Indice UHC (2023)	51, le plus bas des régions	
Décès évités 2010-2025 (TB et TB/VIH)	12 M	

Le système de santé africain a montré une forte résilience à la pandémie de COVID-19 : les notifications n'ont que légèrement fléchi en 2020, puis progressé chaque année. Le point faible est structurel : faible couverture de santé et de protection sociale (moins de 20 % dans la plupart des pays).

3. Les 18 pays d’Afrique francophones : forte charge en Afrique centrale, détection à renforcer partout

Périmètre : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo ; Cameroun, Congo, Gabon, RCA, RDC, Tchad ; Burundi, Madagascar, Rwanda. Les estimations 2025 par pays proviennent des profils pays OMS en ligne (valeurs arrondies, intervalles d'incertitude à 95 %) ; les listes prioritaires et les jalons viennent du rapport.

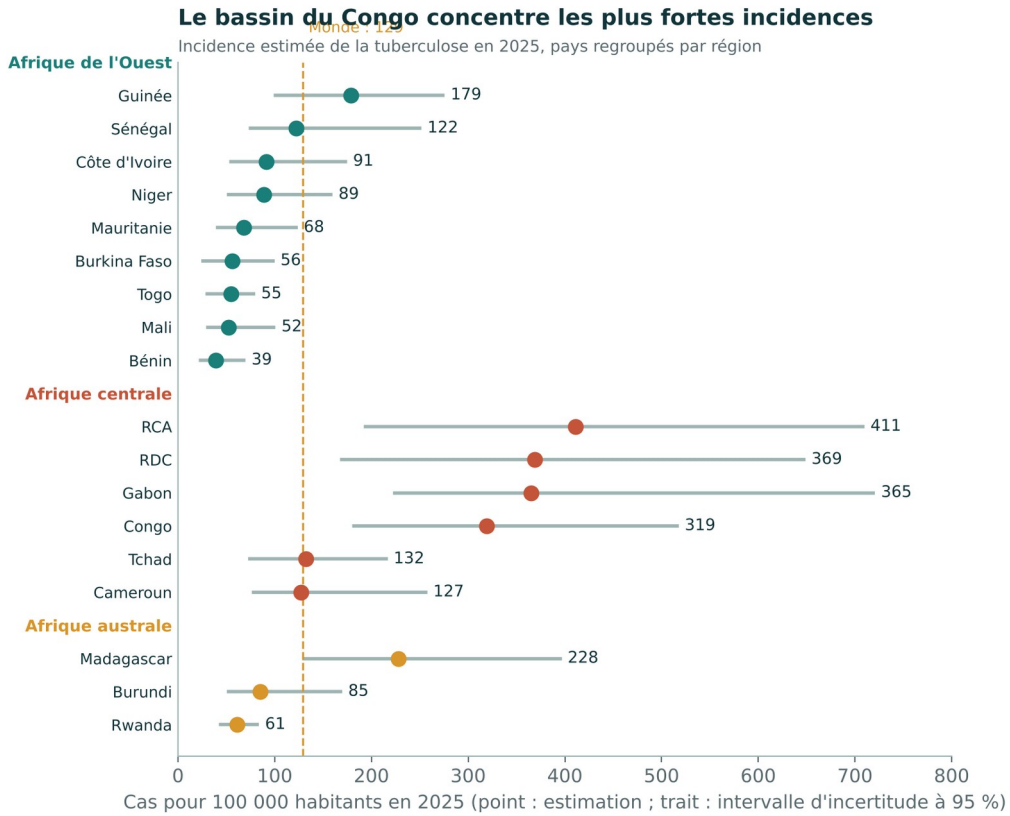


Figure 4. Incidence estimée 2025 et intervalle d'incertitude. Source : profils pays OMS.

La RCA, la RDC, le Gabon et le Congo dépassent 300 cas pour 100 000, plus du double de la moyenne mondiale (129). La RDC concentre 417 000 cas estimés, soit 54 % du total des 18 pays. Madagascar (228), la Guinée (179) et le Tchad (132) dépassent aussi la moyenne mondiale. Les intervalles sont larges : de 194 à 708 pour la RCA.

Détection et progrès depuis 2015 : un rythme encore insuffisant

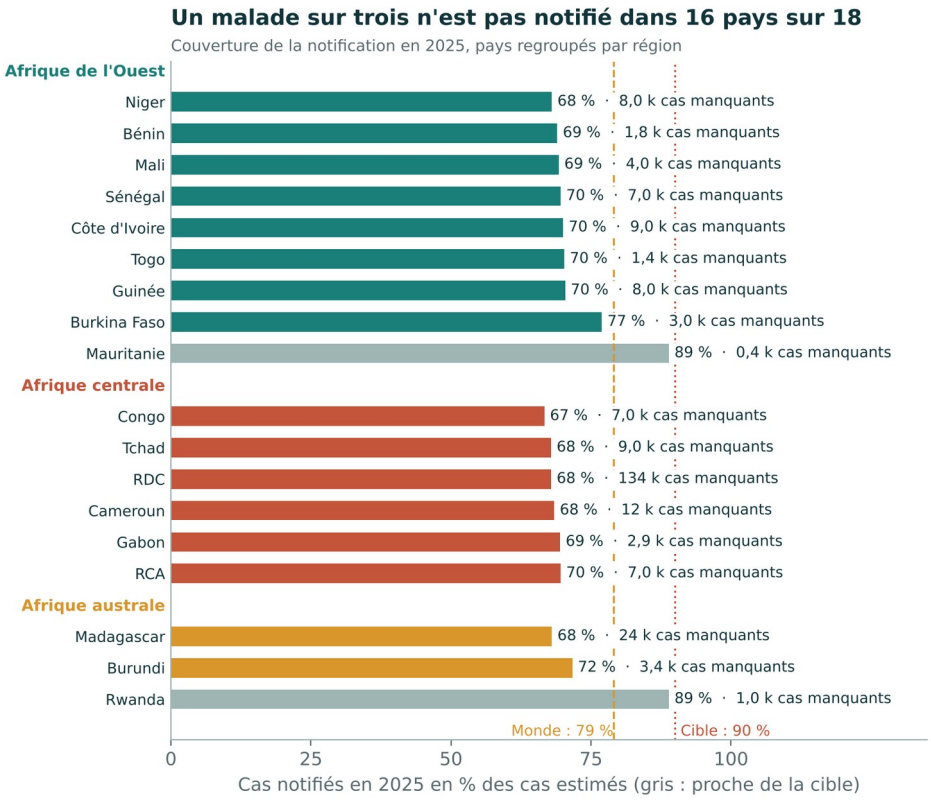


Figure 5. Couverture de la notification 2025 (calcul de l'auteur sur valeurs arrondies de l'OMS).

Dans 16 pays sur 18, 23 à 33 % des malades ne sont pas notifiés. Au total, 243 000 cas manquent, dont 134 000 en RDC ; seuls la Mauritanie et le Rwanda (89 %) approchent la cible de 90 %.

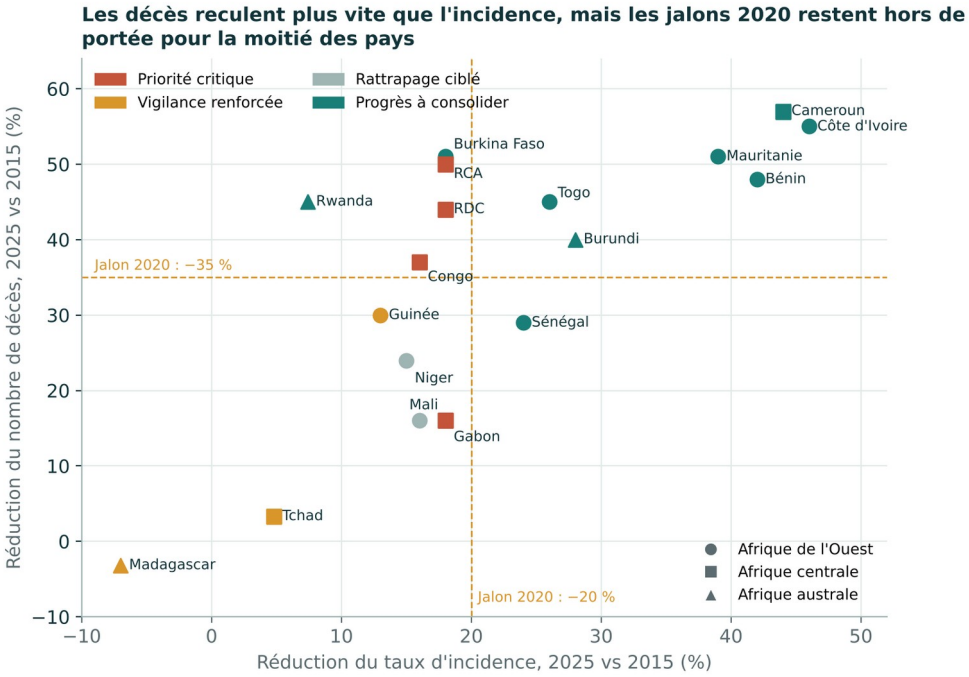


Figure 6. Réduction de l'incidence et des décès, 2025 vs 2015. Source : profils pays OMS.

Le Burkina Faso, la RCA, la RDC et le Gabon sont à −18 % d'incidence, à deux points du jalon 2020. Madagascar est le seul pays où l'incidence a augmenté (+7 %) ; le Tchad ne recule que de 4,8 %. Le Rwanda réduit les décès de 45 % mais l'incidence de 7,4 % seulement.

Pays à forte charge : listes OMS 2026-2030 et jalons, qui est surveillé, qui est en retard

Pour 2026-2030, l'OMS utilise trois listes de pays à forte charge : tuberculose (TB), TB associée au VIH (TB/VIH) et tuberculose résistante à la rifampicine (TB-RR). Le tableau indique la présence de chaque pays francophone dans ces listes.

Pays	TB	TB/VIH	TB-RR	Statut
RDC	Oui	Oui	Oui	Trois listes
Congo	Oui	Oui		TB et TB/VIH
RCA	Oui	Oui		TB et TB/VIH
Gabon		Oui		Sorti de la liste TB (veille)
Guinée			Oui	Entrée liste TB-RR ; sortie TB/VIH
Cameroun				Sorti de la liste TB/VIH (veille)

Mali, Niger, Tchad, Madagascar, Sénégal et Burkina Faso ne figurent dans aucune liste. Une sortie de liste ne signifie pas la fin du risque : le Gabon reste en catégorie 300–499.

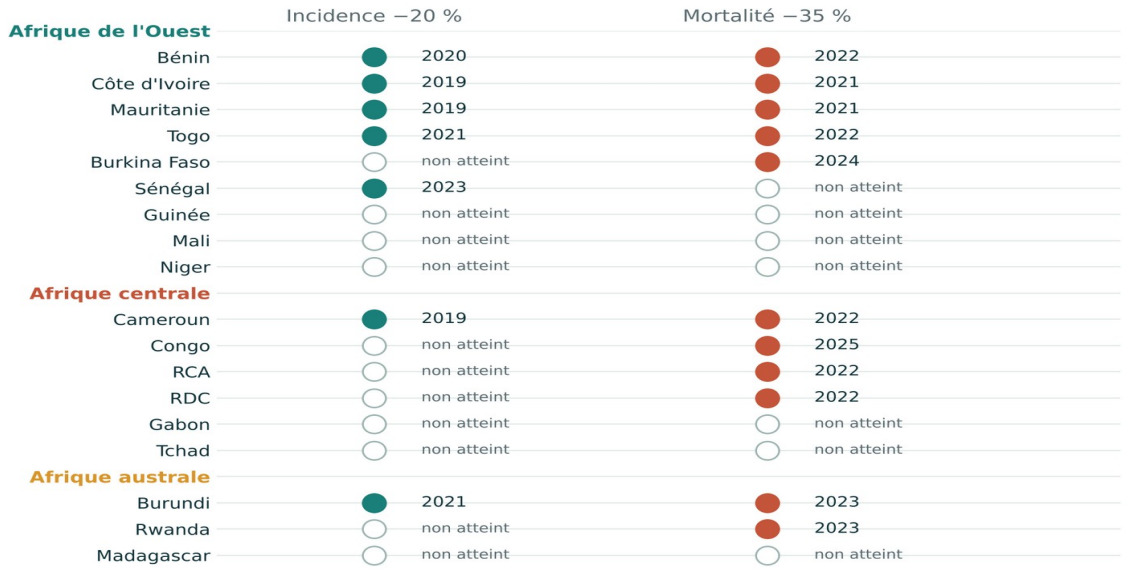


Figure 7. Années d'atteinte des jalons 2020 (tableau 3a). Cercle vide : non atteint. Aucun des 18 pays n'a atteint les jalons 2025.

Classification des priorités : croiser la charge et les progrès

Méthode de l'auteur : croisement de la catégorie d'incidence 2025 et du nombre de jalons 2020 atteints. Elle est indicative.

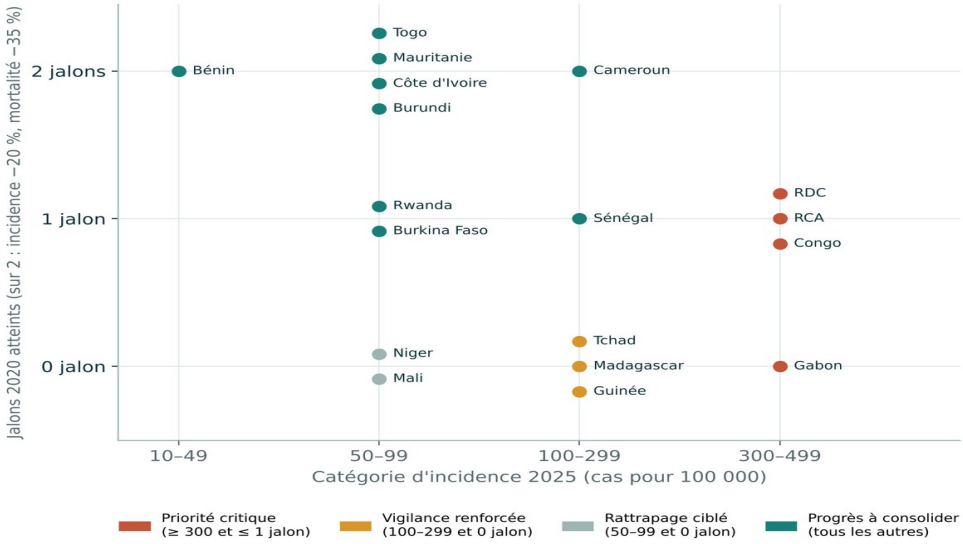


Figure 8. Matrice de priorisation des 18 pays : charge de la maladie (axe horizontal) et progrès accomplis (axe vertical). Chaque point est un pays ; sa couleur indique le niveau de priorité. Sources : rapport OMS 2026 (catégories d'incidence et jalons) ; classification de l'auteur.

Plus un pays est à droite, plus sa charge de tuberculose est élevée (cas pour 100 000 habitants en 2025). Plus il est en bas, moins il a atteint les deux jalons 2020 du Partenariat Halte à la tuberculose (Stop TB Partnership) : une baisse de 20 % de l'incidence et de 35 % de la mortalité par rapport à 2015. Le coin inférieur droit cumule donc forte charge et faibles progrès : c'est la zone de priorité. Les points d'une même case sont légèrement décalés pour rester lisibles.

La RDC, la RCA et le Congo combinent la plus forte incidence (300–499) et un seul jalon atteint ; le Gabon, de même catégorie, n'en a atteint aucun : ces quatre pays sont en priorité critique. Le Tchad, Madagascar et la Guinée (100–299, aucun jalon) sont en vigilance renforcée ; le Mali et le Niger (50–99, aucun jalon) en rattrapage ciblé. Les neuf autres pays sont à consolider ; le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Mauritanie, le Togo et le Burundi ont atteint les deux jalons. La couleur résulte d'une règle simple (indiquée sous chaque couleur de la légende) et ne remplace pas l'analyse de terrain.

Pays	Région	Incid.	Cas est.	Notif.	Décès	Δ incid.	Δ décès	Priorité
Guinée	Ouest	179	27 000	70 %	4 700	−13 %	−30 %	Vigilance renforcée
Sénégal	Ouest	122	23 000	70 %	3 600	−24 %	−29 %	Progrès à consolider
Côte d'Ivoire	Ouest	91	30 000	70 %	5 000	−46 %	−55 %	Progrès à consolider
Niger	Ouest	89	25 000	68 %	3 900	−15 %	−24 %	Rattrapage ciblé
Mauritanie	Ouest	68	3 600	89 %	530	−39 %	−51 %	Progrès à consolider
Burkina Faso	Ouest	56	13 000	77 %	1 700	−18 %	−51 %	Progrès à consolider
Togo	Ouest	55	4 700	70 %	790	−26 %	−45 %	Progrès à consolider
Mali	Ouest	52	13 000	69 %	2 100	−16 %	−16 %	Rattrapage ciblé
Bénin	Ouest	39	5 800	69 %	980	−42 %	−48 %	Progrès à consolider
RCA	Centre	411	23 000	70 %	3 800	−18 %	−50 %	Priorité critique
RDC	Centre	369	417 000	68 %	70 000	−18 %	−44 %	Priorité critique
Gabon	Centre	365	9 500	69 %	1 800	−18 %	−16 %	Priorité critique
Congo	Centre	319	21 000	67 %	3 600	−16 %	−37 %	Priorité critique
Tchad	Centre	132	28 000	68 %	4 800	−4,8 %	−3,3 %	Vigilance renforcée
Cameroun	Centre	127	38 000	68 %	6 500	−44 %	−57 %	Progrès à consolider
Madagascar	Australe	228	75 000	68 %	12 000	+7 %	+3,2 %	Vigilance renforcée
Burundi	Australe	85	12 000	72 %	1 900	−28 %	−40 %	Progrès à consolider
Rwanda	Australe	61	9 000	89 %	780	−7,4 %	−45 %	Progrès à consolider

Sources : profils pays OMS et rapport 2026 ; incidence pour 100 000 ; Δ = variation 2025 vs 2015 ; priorité = classification de l'auteur.

4. Analyses croisées des cas manquants et du parcours de soins

Cette section analyse directement les indicateurs 2025 des profils pays de l'OMS pour les 18 pays d'Afrique francophone. Les regroupements régionaux sont: Afrique de l'Ouest (9 pays), Afrique centrale (6 pays) et Afrique australe (3 pays : Burundi, Madagascar et Rwanda). Les moyennes sont pondérées par le nombre de cas notifiés. Les calculs sont ceux de l'auteur sur des valeurs arrondies.

Cas non détectés : les enfants et les femmes en première ligne

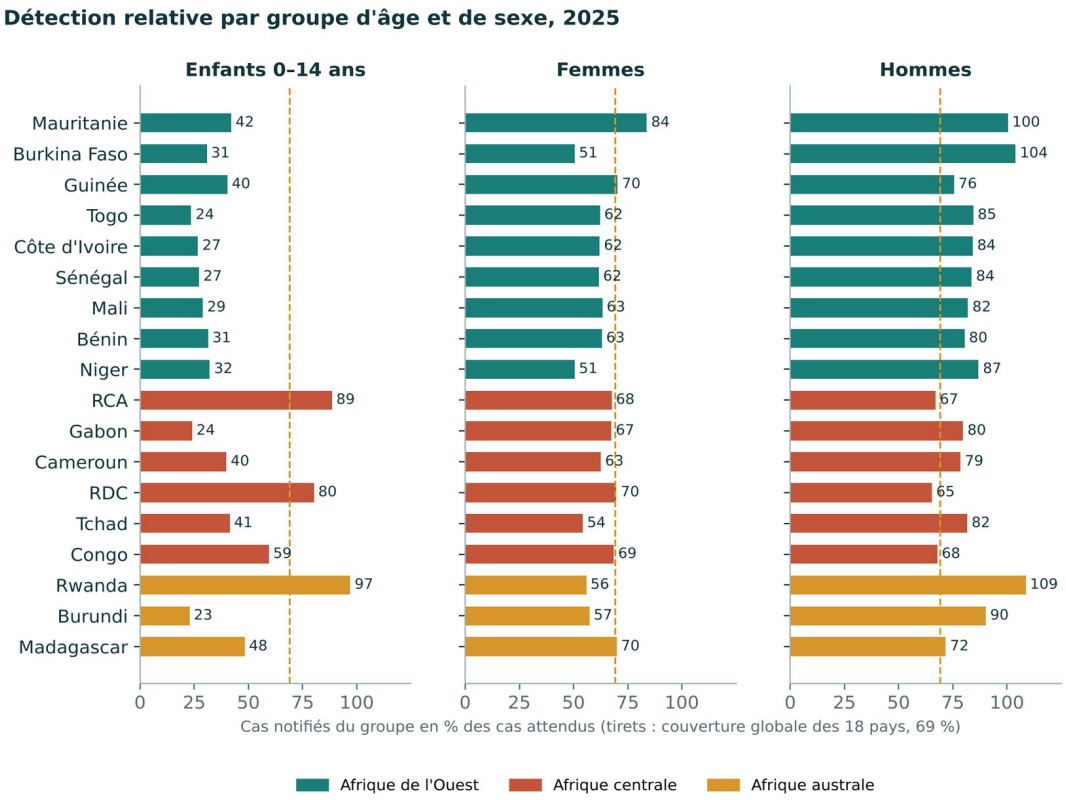


Figure 9. Cas notifiés de chaque groupe en % des cas attendus, 2025. Les cas attendus appliquent à l'incidence estimée de chaque pays la structure mondiale OMS (54 % d'hommes, 35 % de femmes, 11 % d'enfants).

Les enfants sont les moins diagnostiqués : seuls 31 % des cas attendus sont notifiés en Afrique de l'Ouest, 50 % en Afrique australe et 74 % en Afrique centrale, où la RCA, la RDC et le Rwanda notifient plus de 12 % d'enfants. En Afrique de l'Ouest, les enfants représentent de 3,7 % (Togo) à 6,3 % (Guinée) des cas notifiés. La détection des femmes est la plus faible au Niger et au Burkina Faso (51 %) ; celle des hommes dépasse 100 % au Rwanda, en Mauritanie et au Burkina Faso, ce qui reflète l'écart entre la structure réelle de chaque pays et la référence mondiale.

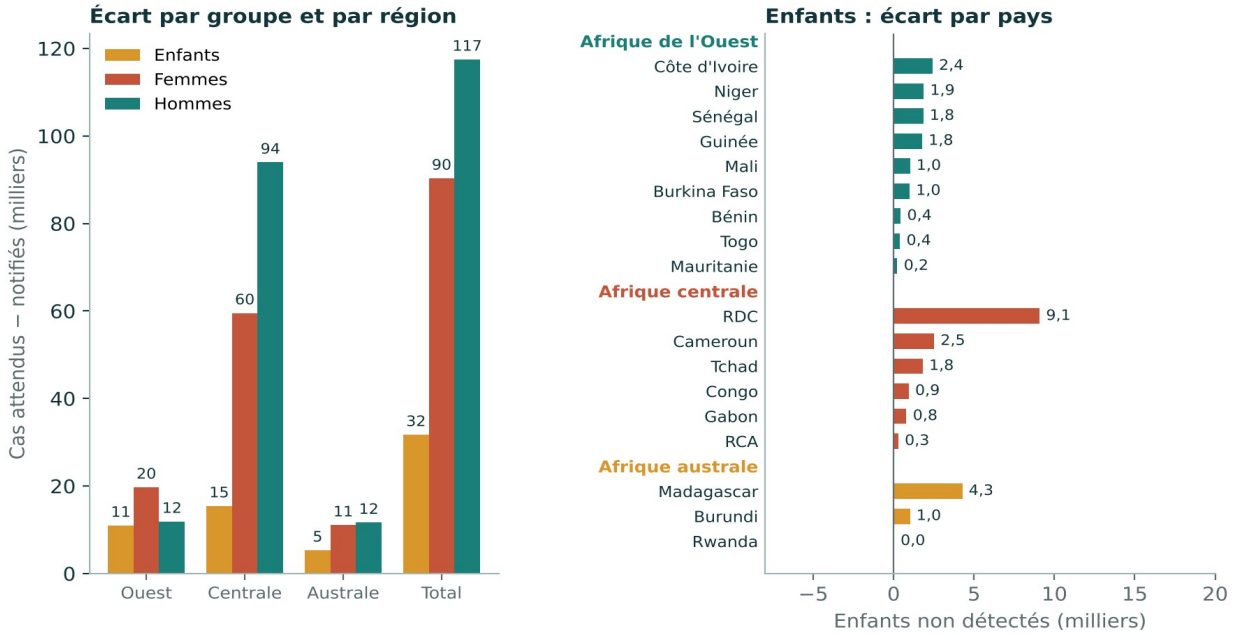


Figure 10. Écart entre cas attendus et cas notifiés, par groupe et par région, et enfants non détectés par pays.

Sur les 243 000 cas manquants, l'écart se répartit en 32 000 enfants, 90 000 femmes et 117 000 hommes. L'Afrique centrale en concentre 71 %, avec 94 000 hommes et 60 000 femmes. La RDC compte 9 100 enfants non détectés et Madagascar 4 300. Cette lecture est indicative : la part réelle des enfants en Afrique peut dépasser la référence mondiale, et les estimations par pays (graphique des profils) restent à intégrer.

Groupes vulnérables : TB/VIH et TB résistante insuffisamment détectées

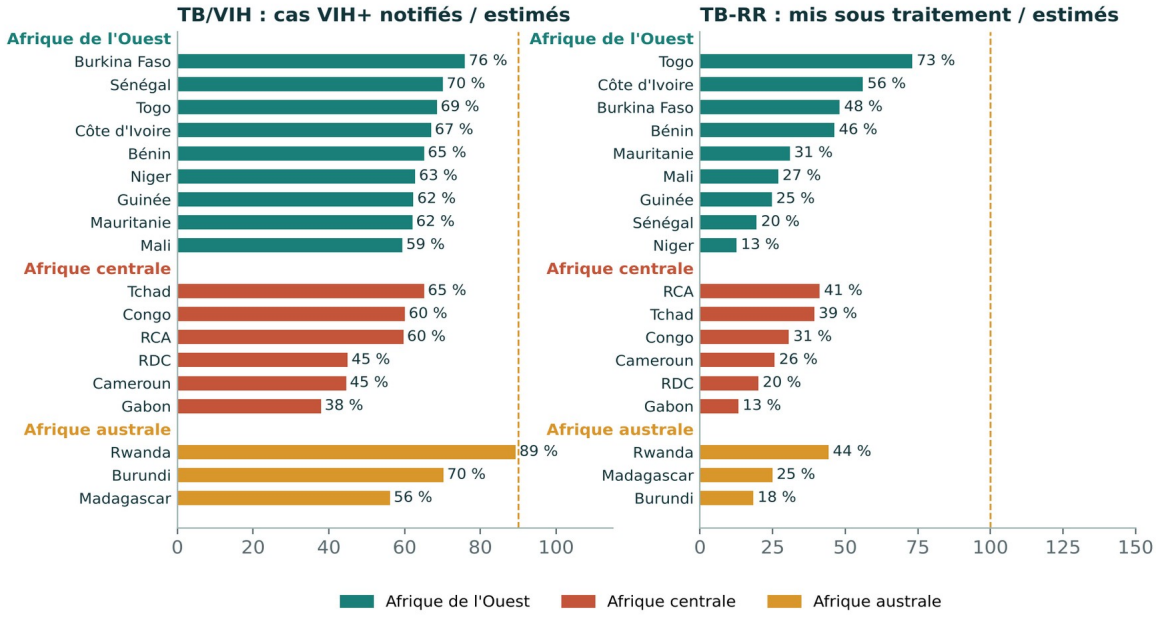


Figure 11. Cas TB/VIH notifiés rapportés aux cas estimés (incidence VIH-TB × population) et patients TB-RR mis sous traitement rapportés aux cas estimés.

Pour la co-infection TB/VIH, 31 700 cas notifiés correspondent à 59 300 cas estimés (53 %) : le Gabon (38 %), le Cameroun et la RDC (45 %) sont les plus en retard, le Rwanda (89 %) et le Burkina Faso (76 %) les plus avancés. Pour la TB résistante, 3 500 patients sont mis sous traitement pour 14 000 cas estimés (25 %) ; le Niger et le Gabon sont à 13 %. Les profils ne fournissent pas de cas par population clé (prisonniers, migrants, mineurs) : seuls le VIH, la résistance, le sexe et l'âge sont analysables.

Cascades de soins : du diagnostic au succès thérapeutique

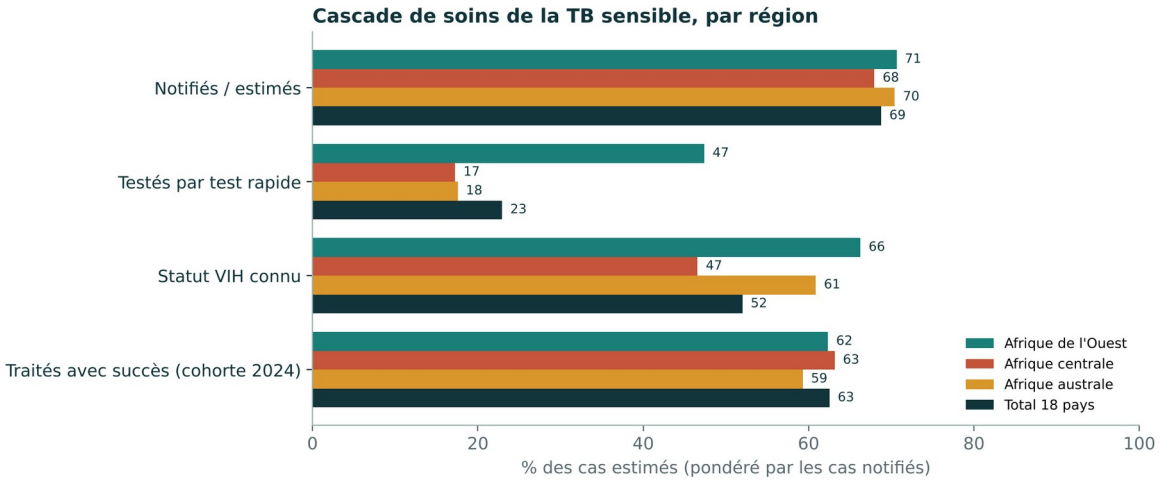


Figure 12. Cascade de la TB sensible par région, en % des cas estimés (cohortes de traitement 2024).

Le test rapide au diagnostic concerne 67 % des cas notifiés en Afrique de l'Ouest, contre 25 % en Afrique centrale et en Afrique australe. Le statut VIH est connu pour 94 % des cas notifiés en Afrique de l'Ouest, 86 % en Afrique australe et 69 % en Afrique centrale. Le succès du traitement est de 88 % en Afrique de l'Ouest, 93 % en Afrique centrale et 84 % en Afrique australe, mais de 29 % chez les patients TB-VIH à Madagascar. Au total, 59 à 63 % des cas estimés sont traités avec succès selon la région.

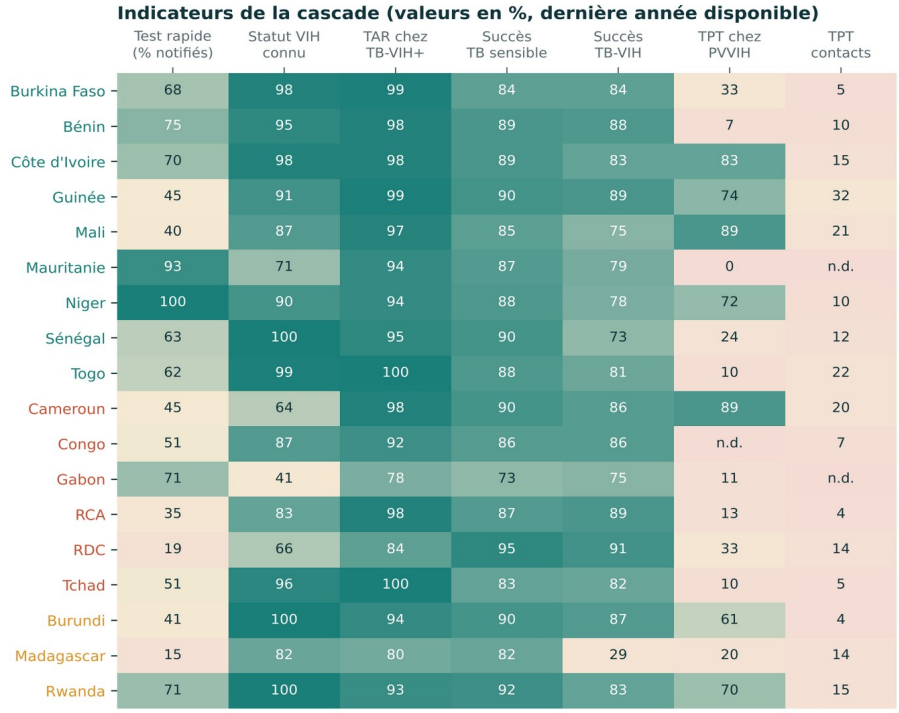


Figure 13. Indicateurs de la cascade par pays, dernière année disponible (n.d. : non disponible).

Le diagnostic rapide est inférieur à 50 % dans 7 pays (Guinée, Mali, Cameroun, RCA, RDC, Burundi, Madagascar). Le TPT chez les contacts est inférieur à 10 % dans 6 pays (RCA, Burundi, Tchad, Burkina Faso, Congo, Bénin). Le TPT chez les personnes vivant avec le VIH varie de 0 à 89 %.

Ouest, Centre, Australe : trois profils régionaux

Indicateur	Afrique de l'Ouest	Afrique centrale	Afrique australe	18 pays
Nombre de pays	9	6	3	18
Population 2025 (millions)	173	178	62	413
Cas estimés (milliers)	145	536	96	778
Notifiés / estimés (%)	71	68	70	69
Enfants 0–14 ans : notifiés / attendus (%)	31	74	50	63
Femmes : notifiées / attendues (%)	61	68	67	67
Hommes : notifiés / attendus (%)	85	68	78	72
Test rapide au diagnostic (% notifiés)	67	25	25	33
Statut VIH connu (% notifiés)	94	69	86	76
TB/VIH : cas VIH+ notifiés / estimés (%)	65	48	66	53
TAR chez les TB-VIH+ (%)	97	87	83	88
Succès thérapeutique, TB sensible (%)	88	93	84	91
TPT chez les contacts (%)	16,5	13,3	12,9	13,8
TB-RR : mis sous traitement / estimés (%)	31	22	25	25
Coûts catastrophiques (% des ménages)	55	55	77	58

Sources : profils pays OMS (indicateurs 2025) ; calculs de l'auteur. Moyennes pondérées par les cas notifiés.

Engagement communautaire : un angle mort des données

Les profils pays de l'OMS ne mesurent pas l'engagement communautaire. Au niveau mondial, le rapport 2026 indique que 85 pays disposent d'un mécanisme multisectoriel de revue et que 69 y associent la société civile et les communautés affectées ; aucune donnée par pays n'est disponible dans les profils. Plusieurs indicateurs dépendent toutefois de l'action communautaire : la détection des enfants (31 % en Afrique de l'Ouest), le TPT chez les contacts (14 % en moyenne pondérée), les coûts catastrophiques (60 % ou plus des ménages dans 7 pays) et la protection sociale (moins de 10 % de la population couverte dans 7 pays). Les évaluations CRG, le suivi mené par les communautés et les données sur les populations clés sont à ajouter pour compléter l'analyse.

Coûts, financement et déterminants : une protection sociale en retrait

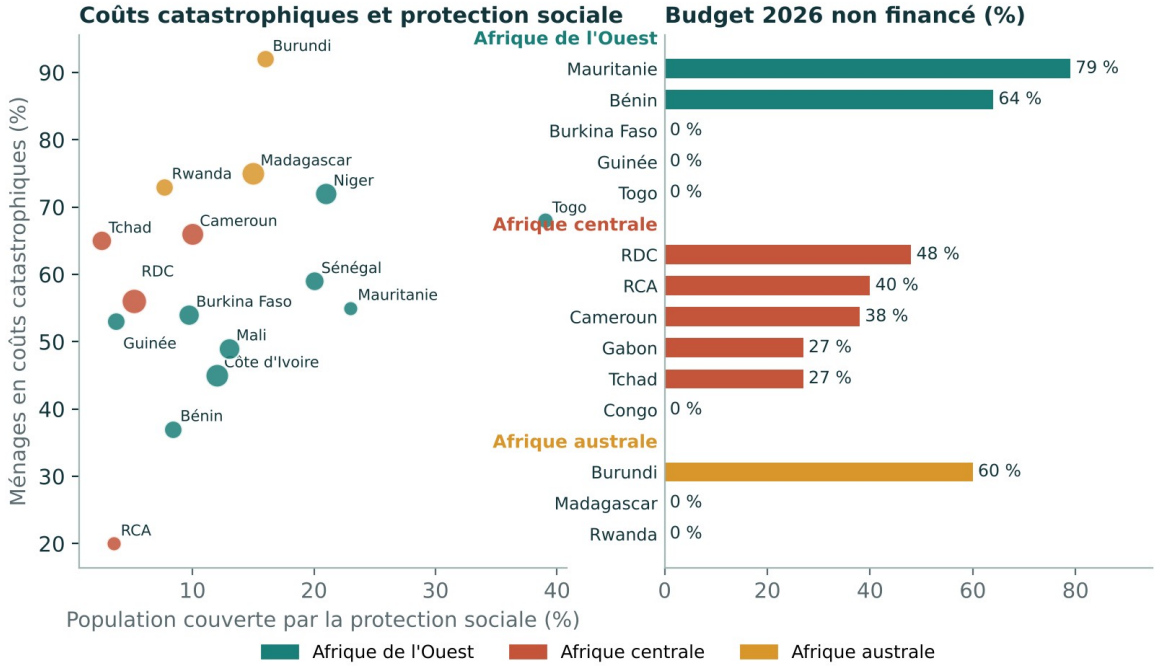


Figure 14. Coûts catastrophiques et protection sociale ; budget 2026 non financé (pays disposant de la donnée).

Les coûts catastrophiques atteignent 60 % ou plus des ménages au Burundi (92 %), à Madagascar, au Rwanda, au Niger, au Cameroun, au Tchad et au Togo. Le budget 2026 est non financé à 79 % en Mauritanie, 64 % au Bénin, 60 % au Burundi, 48 % en RDC et 40 % en RCA. La part domestique du budget 2026 est de 71 % au Gabon et de 44 % au Togo, mais de 7 % en RDC et de 5 % au Burundi et au Burkina Faso. La létalité estimée est de 8,9 % au Rwanda, contre 14 à 22 % dans les autres pays. L'indice de couverture sanitaire universelle va de 26 (Tchad) à 59 (Rwanda).

5. Diagnostic, traitement et coûts : des progrès techniques, un fardeau pour les ménages

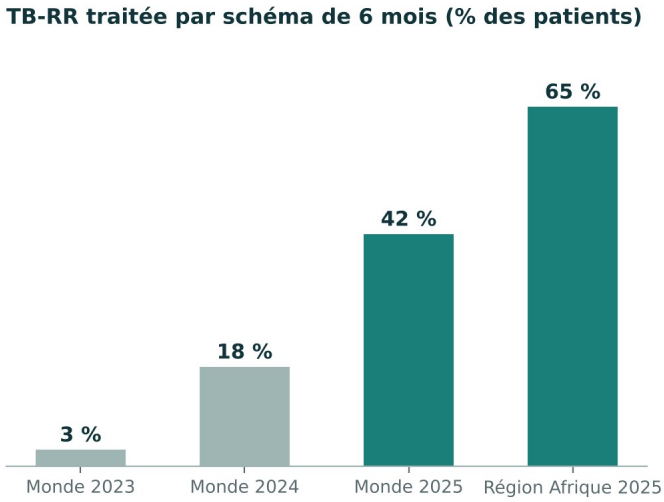


Figure 15. Schémas de 6 mois pour la TB-RR.

En 2025, 106 pays utilisaient les schémas thérapeutique cours de 6 mois. En Région Afrique, 65 % des patients TB-RR en bénéficient. À l'inverse, la couverture en tests rapides a baissé entre 2024 et 2025 en RCA, au Congo et en RDC.

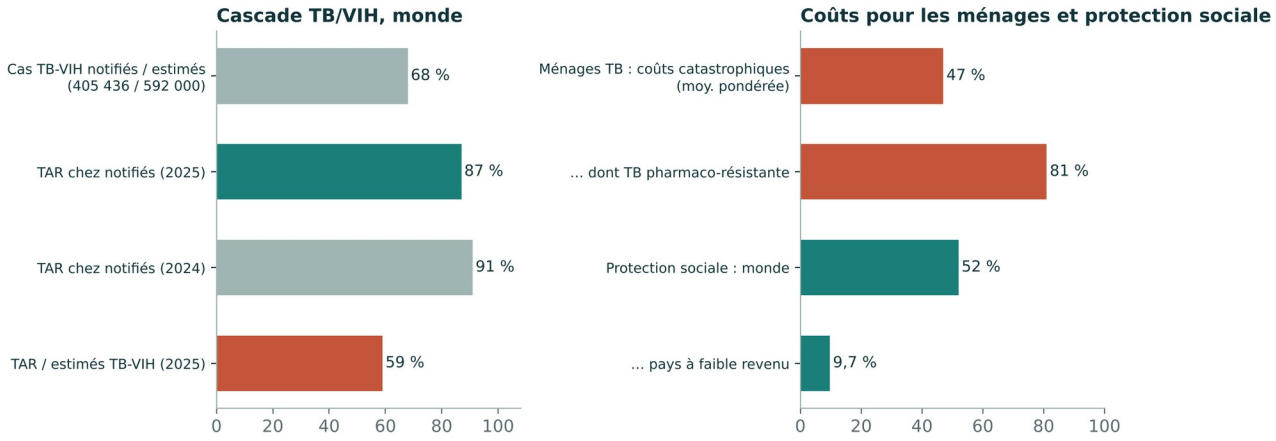


Figure 16. Cascade TB/VIH et coûts pour les ménages.

Parmi les 592 000 personnes vivant avec le VIH estimées malades de TB, 405 436 ont été notifiées. Le traitement antirétroviral des cas notifiés est tombé à 87 % (91 % en 2024), possiblement en lien avec la baisse de 18 % du financement international du VIH.

6. Financement : un effort stagnant et dépendant des bailleurs

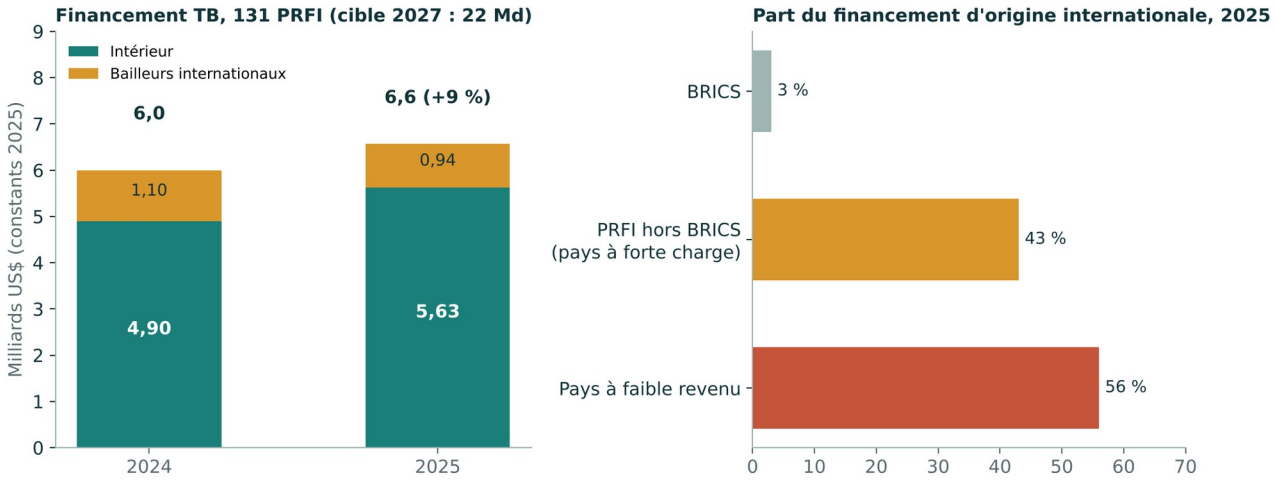


Figure 17. Financement TB et dépendance aux bailleurs.

Le Fonds mondial fournit 79 % de l'aide internationale. Sa reconstitution 2026-2028 (12,6 Md US$ pour VIH, paludisme et TB) est inférieure de 20 % au cycle précédent. La RDC a augmenté son financement domestique en 2025 ; son financement total a progressé malgré la baisse de l'appui bilatéral américain.

7. Recommandations : six priorités pour accélérer le rattrapage

N°	Priorité et action attendue	Destinataires	Période indicative
1	**Sécuriser le financement domestique.** Plans stratégiques chiffrés et lignes budgétaires dédiées ; anticiper le recul du Fonds mondial.	Ministères de la Santé et des Finances ; programmes nationaux de lutte contre la TB (PNLT) ; mécanismes de coordination pays ; Fonds mondial et partenaires financiers	Court terme (0-12 mois) pour les plans chiffrés ; 2027-2029 pour la mobilisation
2	**Étendre les tests rapides** au diagnostic, en priorité en RCA, au Congo et en RDC, pour réduire les 243 000 cas manquants.	PNLT et laboratoires nationaux de référence ; Fonds mondial, OMS et partenaires techniques	6 à 18 mois (RCA, Congo, RDC d'abord) ; extension à tous les pays d'ici 2028
3	**Dépister et traiter les contacts** (TPT : 26 % de couverture), y compris les enfants, groupe le moins diagnostiqué.	PNLT et programmes VIH ; directions régionales et districts de santé ; pédiatres et agents communautaires	6 à 24 mois, avec un suivi annuel de la couverture
4	**Intégrer TB et VIH** : tester le VIH chez tous les patients TB (69 % en Afrique centrale) et élargir l'ART (59 % des cas TB-VIH estimés).	PNLT et programmes nationaux VIH/sida ; Fonds mondial ; partenaires de mise en œuvre	6 à 18 mois, en priorité dans les pays à forte charge TB/VIH
5	**Réduire les coûts pour les ménages** par la protection sociale (coûts catastrophiques ≥ 60 % dans 7 pays).	Ministères de la Santé, des Affaires sociales et des Finances ; organismes d'assurance maladie ; partenaires du développement	Moyen terme (1 à 3 ans), à intégrer aux réformes de la couverture sanitaire universelle
6	**Renforcer les communautés, le genre et les droits**, conformément aux engagements de 2023.	PNLT ; organisations de la société civile et réseaux communautaires ; Partenariat Halte à la tuberculose (Stop TB Partnership) ; mécanismes de coordination pays	Dès 2027 et en continu ; à inscrire dans les subventions 2027-2029

Recommandations sont de l'auteur, déduites des constats du rapport mondial de l'OMS. Les périodes sont indicatives, comptées à partir de 2027, et à ajuster selon les cycles de subvention et de planification de chaque pays.

8. Limites de l’analyse

- Les ratios de notification sont des calculs de l'auteur.
- La classification des priorités est une méthode de l'auteur. Elle n’existe pas dans le rapport mondial 2026.
- Âge et sexe : écarts calculés avec la structure mondiale OMS (54 % d'hommes, 35 % de femmes, 11 % d'enfants).

Source principale : Organisation mondiale de la Santé, Global tuberculosis report 2026, Genève, 2026.