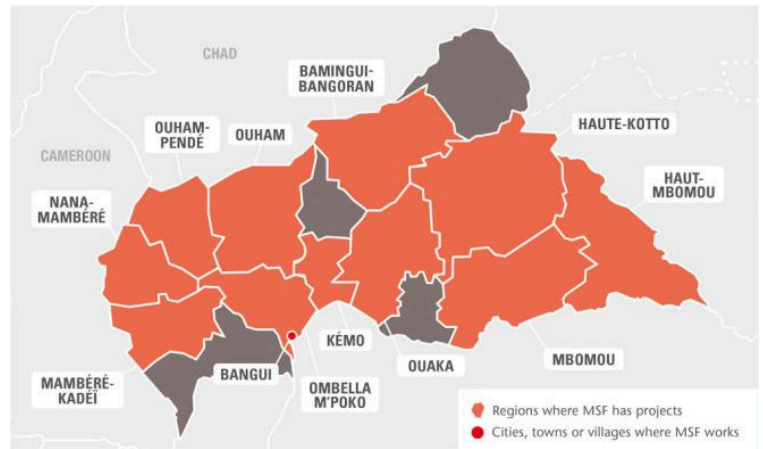


RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Janvier 2026

MSF en République Centrafricaine

Médecins Sans Frontières (MSF) a commencé à travailler en République Centrafricaine (RCA) en 1997 et compte actuellement plus de 2,300 personnels travaillant dans le pays. MSF joue un rôle crucial en matière de soins essentiels dans le pays, en particulier à Bangui et dans les régions de Bambari, Bangassou, Batangafo, Bossangoa, Bria et Carnot. MSF mène 15 projets de soins de santé primaires et spécialisés dans ces régions couvrant la santé maternelle et infantile, malnutrition, chirurgie, violences sexuelles, santé sexuelle et reproductive, traitement du VIH/sida, tuberculose, paludisme, santé mentale et d'épidémies.



MSF est aussi impliqué dans la réponse aux urgences, qu'il s'agisse d'épidémies et d'autres situations d'urgences comme l'assistance aux populations déplacées par la fourniture d'eau, des soins primaires, la mise en place des latrines et les fournitures de moustiquaires. MSF fait aussi des références de patients des structures primaires vers les structures secondaires appuyées, ou de ces dernières vers les structures tertiaires spécialisées à Bangui tout comme des activités communautaires qui consistent à l'information et éducation pour le changement de comportement.

En outre, MSF en RCA fait aussi la prise en charge du VIH avancé avec le traitement des co-infections, comme la TB. MSF réalise également des vaccinations de routine et en réponse aux épidémies, et des interventions chirurgicales.

La prévalence de la tuberculose pédiatrique en RCA

Selon le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un total de 15,855 nouveaux cas et rechutes de tuberculose (TB) en RCA ont été notifiés en 2024, dont 2,052 (13%) étaient des enfants de moins de 14 ans. Selon l'OMS, la prévalence estimée de la TB chez les enfants de moins de 14 ans est de 3,300 dont 38% des enfants atteints de la TB n'auraient pas été diagnostiqués ni traités.¹ La couverture du traitement préventif chez les enfants moins de 5 ans éligibles et qui ont eu un contact familial avec une personne atteinte de TB n'est que de 26%. La TB et le VIH sont étroitement liés et la TB est la première cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH globalement. Le VIH affaiblit le système immunitaire, rendant les individus plus vulnérables à la TB et plus susceptibles de développer une forme active de la maladie. Selon des données les plus récentes de ONUSIDA, 9,100 enfants (0 à 14 ans) vivaient avec le VIH en 2024 en RCA, dont 1,000 nouvellement infectés par an et 760 enfants décédés à cause du sida par an. La couverture du traitement antirétroviral chez les enfants de 0 à 14 ans n'est que de 38%.²

Le projet TACTiC de MSF : traiter, prévenir et guérir la tuberculose chez les enfants

Globalement, les enfants atteints de la TB ont moins d'une chance sur deux d'être diagnostiqués et traités. Il est alarmant de constater que 96% des enfants qui meurent de la TB ne sont jamais diagnostiqués ni traités.³ Le sous-diagnostic chez les enfants est multifactoriel, mais l'une des raisons principales est que les tests de laboratoire pour diagnostiquer la TB ne sont pas adaptés aux enfants. Les enfants ont des taux de bactéries dans les poumons inférieurs à ceux des adultes, ce qui signifie que les tests de laboratoire ne parviennent souvent pas à détecter la TB chez les enfants. En outre, les tests disponibles nécessitent le prélèvement d'expectorations, qui sont difficiles à recueillir chez les enfants. Finalement, les enfants ont souvent des formes de TB extra pulmonaires qui ne vont pas être détectés par les tests de laboratoire ni les radiographies. En 2022, l'OMS a révisé ses lignes directrices pour la prise en charge de la TB pédiatrique afin de les aligner sur les données scientifiques les plus récentes. Les nouvelles directives de l'OMS comprennent un certain nombre de recommandations importantes sur la manière d'améliorer le diagnostic, le traitement et la prévention de la TB chez les enfants qui, si elles sont adoptées et mises en œuvre, pourraient réduire considérablement le nombre de décès dus à la TB chez les enfants.

¹ World Health Organization, [Global Tuberculosis Report 2025](#)

² Aidsinfo, UNAIDS, <https://aidsinfo.unaids.org/databook> (accessed December 2025)

³ Dodd et al. The global burden of tuberculosis mortality in children: a mathematical modelling study. *Lancet Global Health* 2017

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Le projet Test Avoid Cure Tuberculosis in Children (TACTiC)

a été lancé par MSF immédiatement après la publication des nouvelles directives de l'OMS en 2022. Il vise à générer des données en mettant en œuvre les nouvelles recommandations de l'OMS pour la prise en charge de la TB pédiatrique dans les projets MSF, en particulier dans les structures de soins intégrées où la prévalence de la TB non diagnostiquée chez les enfants est haute. Le projet TACTiC couvre 12 pays où la prévalence de la TB est élevée et dans lesquels MSF fournit des soins contre la TB, dont la RCA.

Le projet MSF pour traiter, prévenir et guérir la TB chez les enfants (TACTiC) :



Soutenir les pays

pour mettre en œuvre les dernières recommandations de l'OMS pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose chez les enfants



Recherches opérationnelles

produire des preuves scientifiques sur l'efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité des recommandations de l'OMS concernant la tuberculose chez les enfants



Plaidoyer

pour des réformes politiques nationales et des ressources suffisantes pour leur mise en œuvre



Les nouvelles recommandations clés de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la tuberculose pédiatrique

Des algorithmes de décision thérapeutique optimisés, basés sur les dernières preuves scientifiques, permettant de diagnostiquer la tuberculose chez les enfants en fonction des symptômes cliniques (avec ou sans radiographies) et d'initier un traitement chez les enfants même lorsque les tests de laboratoire, tels que bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) ou GeneXpert, ne sont pas disponibles ou ont des résultats non concluants ou négatifs.

Traitements curatifs courts, entièrement oraux (4 mois) pour la tuberculose non grave et pharmaco sensible. Tous les enfants atteints de tuberculose non sévère, quel que soit leur âge, peuvent être traités par des traitements plus adaptés, plus courts et moins coûteux de 4 mois, plutôt que par le traitement standard de 6 mois.

Traitements curatifs courts, entièrement oraux (9 mois) pour la tuberculose pharmaco résistante. Tous les enfants atteints de tuberculose multirésistante, quel que soit leur âge, peuvent être traités par des traitements à base de bedaquiline et de delamanide, entièrement oraux, pendant 9 mois, plutôt que par le traitement standard de 18 mois qui pourrait inclure des injections quotidiennes douloureuses.^{4,5}

Traitement préventif oral de courte durée (3 mois), tel que 3HR et 3HP,* pour les enfants qui sont en contact familial avec une personne atteinte de tuberculose pharmaco sensible. Ces schémas thérapeutiques sont plus pratiques et plus faciles à suivre que les traitements plus longs. L'OMS recommande la rifapentine pour tous les âges, ce qui signifie que le 3HP peut être utilisé pour tous les enfants, y compris ceux de moins de 2 ans. La rifapentine est disponible sous forme de comprimés dispersibles qui peuvent être utilisés avec les comprimés dispersibles d'isoniazide, garantissant des formulations adaptées aux enfants de tous âges. Pour les contacts familiaux d'une personne atteinte de tuberculose pharmaco résistante, l'OMS recommande 6 mois de lévofloxacine.⁶

⁴ WHO Rapid Communication: [Key updates to the treatment of drug-resistant tuberculosis: rapid communication](#), 2024

⁵ Guglielmetti L et al. endTB: nine-month, all-oral regimens for rifampin-resistant, fluoroquinolone-susceptible tuberculosis. N Engl J Med 2025

⁶ WHO consolidated guidelines on tuberculosis. [Module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment, second edition](#), 2024

* 3HR = 3 mois d'isoniazide plus rifampicine tous les jours; 3HP = 3 mois d'isoniazide plus rifapentine une fois par semaine

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Les politiques nationales en RCA pour les enfants atteints de tuberculose

Dans le cadre du projet TACTiC, les équipes MSF ont étudié l'alignement des politiques nationales pour la lutte contre la TB avec les dernières recommandations de l'OMS pour la prise en charge de la TB pédiatrique dans 14 pays, dont la RCA. La collecte des données a eu lieu entre octobre 2023 et mai 2024, et l'analyse pour la RCA s'est basée sur le guide technique de prise en charge de la tuberculose, 5^{ème} édition, Avril, 2021.

Le rapport TACTiC a été publié le 15 octobre 2024 et peut être téléchargé [ici](#).

Entre-temps, un nouveau guide a été développé par le Ministère de la Santé et ce *guide de prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent (sixième édition, mai 2024)* est le manuel de référence dédié entièrement à la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant en RCA.

L'analyse ci-dessous est basée sur ce guide daté de Mai 2024.

En dehors des politiques nationales pour la lutte contre la TB, il y a très peu de visibilité sur le diagnostic et prévention de la TB pédiatrique dans les autres guides sur les services pour les enfants, tels que le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe.

Tableau de bord actualisé de l'enquête sur les politiques TACTiC pour la RCA

Dernière révision décembre 2025

DIAGNOSTIC

Le traitement de la tuberculose pharmaco sensible chez l'enfant peut être instauré sans confirmation bactériologique ni radiographie thoracique (c-à-d sur la base d'une évaluation clinique uniquement)



Les algorithmes de décision thérapeutique de l'OMS sont inclus dans les documents de politique nationale



Le test Xpert MTB/RIF Ultra sur des échantillons de selles est inclus dans les lignes directrices nationales



PRÉVENTION

Les lignes directrices nationales recommandent les schémas 3HR ou 3HP comme options de TPT court pour les enfants de moins de 5 ans qui sont des contacts familiaux



Les lignes directrices nationales recommandent les schémas 3HR ou 3HP comme options de TPT court pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH



Le TPT peut être fourni aux enfants avec le VIH et aux enfants de moins de 5 ans sans test (TCT et/ou IGRA)



TRAITEMENT TB PHARMACO SENSIBLE

Les lignes directrices nationales prévoient un traitement de 4 mois pour les enfants et les adolescents atteints de tuberculose non sévère



TRAITEMENT TB PHARMACO RÉSISTANTE

Les lignes directrices nationales recommandent l'utilisation de la bédaquiline pour les enfants de tous âges atteints de tuberculose pharmaco résistante



Les lignes directrices nationales recommandent l'utilisation du délamanide pour les enfants de tous âges atteints de tuberculose pharmaco résistante



Les produits injectables ne sont pas recommandés pour les enfants atteints de tuberculose multirésistante/résistante à la rifampicine



Les formulations pédiatriques de bédaquiline et de délamanide sont achetées



Les formulations pédiatriques d'autres médicaments antituberculeux de deuxième ligne sont achetées



Les politiques nationales sont entièrement alignées avec l'OMS



Les politiques nationales sont partiellement alignées avec l'OMS



Les politiques nationales ne sont pas alignées avec l'OMS

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Le diagnostic de la tuberculose chez les enfants

Si un enfant présente des symptômes suggérant une TB pulmonaire, les politiques de l'OMS proposent des algorithmes de décision de traitement optimisés pour les situations où la radiographie thoracique est disponible (algorithme A) et les situations où la radiographie thoracique n'est pas disponible (algorithme B). Ces algorithmes de l'OMS sont basés sur les dernières preuves scientifiques, pour aider les professionnels de santé à évaluer le risque relatif de l'enfant à contracter la TB et à initier un traitement même lorsque les tests de laboratoire ne sont pas disponibles, non concluants ou négatifs (**Annexe 1**).⁷

Le guide de prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent (Sixième Edition, Mai 2024) de RCA, contient les algorithmes recommandés par l'OMS.

Les établissements soutenus par MSF qui mettent en œuvre les algorithmes de décision de traitement recommandés par l'OMS ont constaté :

2 x

augmentation du nombre d'enfants diagnostiqués et mis sous traitement contre la tuberculose*

* données de l'étude TACTIC TB ALGO PED

Les résultats d'une étude MSF dans 5 pays africains (Niger, Nigeria, Guinée, Soudan du Sud et l'Uganda) ont révélé que l'utilisation des algorithmes de décision thérapeutique recommandés par l'OMS pour diagnostiquer la tuberculose chez les enfants pourrait presque doubler le nombre d'enfants bénéficiant d'un traitement antituberculeux.⁸

De plus, jusqu'à 65 % des enfants qui ont commencé un traitement contre la TB ont été diagnostiqués avec les scores cliniques ou clinico-radiologiques des algorithmes.⁹

TACT C
Test Avoid Cure TB in Children

MEDECINS SANS FRONTIERES
DOCTORS WITHOUT BORDERS

epicentre

La prévention de la tuberculose chez les enfants

Historiquement, les schémas de traitement préventif de la TB (TPT) les plus largement recommandés étaient 6 ou 9 mois de traitement préventif à l'isoniazide (TPI), ce qui était particulièrement difficile à terminer pour les enfants. L'OMS recommande désormais un certain nombre de schémas de TPT courts adaptés aux enfants de moins de 5 ans et aux enfants vivant avec le VIH, notamment 3 mois d'isoniazide plus rifapentine une fois par semaine (3HP) ou 3 mois d'isoniazide plus rifampicine tous les jours (3HR).

Le guide national de RCA recommande des options de TPT de courte durée pour les enfants qui sont des contacts familiaux d'une personne atteinte de TB et qui sont éligibles au traitement TPT. Le guide recommande le 3HR (3 mois isoniazide et rifampicine) pour tous les enfants quel que soit leur âge, le 3HP (3 mois isoniazide et rifapentine) pour les enfants de plus de 2 ans, et le 1HP (1 mois isoniazide et rifapentine) pour les enfants de plus de 13 ans.

Le guide national est totalement aligné avec les recommandations de l'OMS pour la prévention de la TB chez les enfants, cependant l'OMS recommande le 3HP comme option pour tous les enfants, y compris les enfants de moins de 2 ans.

⁷ WHO operational handbook on tuberculosis. Module5: Management of tuberculosis in children and adolescents. 2022, [Annex 5. Treatment Decision Algorithms](#)

⁸ MSF Epicentre, 2025, [Tuberculose pédiatrique : les algorithmes de décision thérapeutiques de l'OMS doublent le nombre d'enfants diagnostiqués et traités](#)

⁹ Huerga et al. TB ALGO PED Study Group, [Diagnostic Accuracy of New Treatment Decision Algorithms for TB in Children: A Multi-Country Diagnostic Study](#). E-Poster No. EP05-741-1. Union World Conference on Lung Health 2025, Copenhagen, Denmark.

Pour les enfants infectés par le VIH, le guide mentionne que les schémas de traitement préventif sont adaptés en fonction du traitement antirétroviral mais manque des détails ou référence vers quelle option de TPT est recommandé dans cette population. Il est important de noter que la rifampicine et la rifapentine peuvent affecter la pharmacocinétique de certains antirétroviraux et qu'un ajustement de dose peut être nécessaire. Chez les enfants infectés par le VIH traités par lopinavir, ritonavir ou dolutégravir, le schéma thérapeutique préféré pour le TPT est 6 mois d'isoniazide (de préférence avec la formulation dispersible), qui ne nécessite pas d'ajustement de dose des antirétroviraux.

Le traitement de la tuberculose pharmaco sensible et pharmaco résistante chez les enfants

Historiquement, les enfants atteints de formes de TB pharmaco sensible étaient traités avec un schéma thérapeutique antibiotique de 6 mois. Cependant, l'étude SHINE de 2022 a montré qu'un schéma thérapeutique plus court de 4 mois (2HRZ-E/2HR) fonctionnait aussi bien que le schéma thérapeutique de 6 mois de traitement (2HRZ-E/4RH) pour les enfants atteints de formes pharmaco sensibles de la TB.^{4,10} En plus, l'étude SHINE n'a trouvé aucune preuve d'une différence dans les résultats thérapeutique contre la TB non sévère entre 4 et 6 mois de traitement pour les enfants vivant avec le VIH. En conséquence, les politiques de l'OMS de 2022 recommandent ce schéma thérapeutique court et entièrement oral, composé de 2 mois d'isoniazide, de rifampicine et de pyrazinamide, avec ou sans éthambutol, suivi de 2 mois d'isoniazide et de rifampicine (2HRZ(E)/2HR), pour tous les enfants de plus de 3 mois atteints de TB s'il n'y a pas de suspicion ou preuve de résistance aux médicaments.

Le guide national de RCA recommande le 2HRZ/2HR pour la TB non sévère chez les enfants de 3 mois à < 12 ans, 2HR(E)Z/2HR pour la TB non sévère chez les enfants de 12-15 ans (ou 2HPMZ/2HPM pour la TB quel que soit la forme de sévérité).

La bédaquiline et le délamanide ont été commercialisés pour la première fois en 2012 et 2014 respectivement, transformant les résultats des traitements pour les adultes atteints de la TB résistante au rifampicine (TB-RR) ou multirésistante (TB-MR) au rifampicine et isoniazide. La bédaquiline est devenue la pierre angulaire des schémas thérapeutiques par voie orale longs et courts pour la TB-MR/RR, tandis que le délamanide est essentiel pour les schémas thérapeutiques par voie orale longs pour les personnes présentant une résistance additionnelle aux fluoroquinolones. L'OMS a progressivement modifié ses recommandations afin d'élargir les classes d'âge éligibles aux traitements contenant de la bédaquiline et du délamanide, au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles données. Avec les recommandations de l'OMS en 2022 et une nouvelle communication rapide de l'OMS, publiée en 2024, tous les enfants quel que soit leur âge peuvent bénéficier de bedaquiline et delamanide dans le cadre de schémas thérapeutiques oraux courts.⁴

Le guide national dit que le traitement de la TB pharmaco résistante chez l'enfant est identique que chez l'adulte et la bédaquiline et le délamanide peut être utilisée chez les enfants quel que soit leur âge pour le traitement de la TB pharmaco résistante.

Les entretiens en 2025 avec le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) en RCA ont indiqué que les médicaments de 2e lignes en formulations pédiatriques sont disponibles dans le pays.

⁴ WHO Rapid Communication: [Key updates to the treatment of drug-resistant tuberculosis: rapid communication](#), 2024

¹⁰

Turkova A, Wills GH, Wobudeya E, et al for the SHINE trial team. 2022. Shorter treatment for nonsevere tuberculosis in African and Indian children. N Engl J Med. 386:911-922

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

APPEL À L'ACTION

Médecins Sans Frontières (MSF)

- Soutenir le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) vers la reprographie et distribution du guide de prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent (sixième édition, mai 2024).
- Soutenir le PNLT vers la mise en œuvre des algorithmes de décision thérapeutique de l'OMS en RCA, comme des formations des personnels et la production des protocoles et autres supports pédagogiques.
- Soutenir le PNLT et les acteurs nationaux dans la mise en œuvre de schémas thérapeutiques plus courts pour la tuberculose sensible et résistante aux médicaments chez l'enfant.
- Soutenir le PNLT dans l'amélioration et le renforcement de la stratégie d'investigation des sujets contacts parmi les enfants qui ont été exposés à une personne atteinte de la TB pulmonaire bactériologiquement active.

Le Ministère de la Santé

- Mettre à jour les politiques nationales à travers le PNLT pour les aligner à 100% sur les dernières recommandations de l'OMS, notamment le schéma 2HRZ/2HR pour la TB non sévère chez les enfants quel que soit leur âge, comprenant les enfants de moins de 3 mois.
- Inclure le diagnostic et les soins pour la TB dans les politiques nationales pour les autres programmes nationaux visant les enfants en dehors de la TB, par exemple la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle et la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant (PCIME), entre autres.
- Élaborer des plans nationaux comprenant des interventions et d'engagement dans la lutte antituberculeuse axée sur la pédiatrie, en définissant des indicateurs de performance clés spécifiques sur l'accès au diagnostic, au traitement et à la prévention de la TB chez les enfants, conformément aux engagements pris lors de la Réunion de Haut Niveau des Nations Unies en 2023.
- Donner la priorité à la TB pédiatrique dans les plans stratégiques nationaux, les processus de suivi et de responsabilisation, et veiller à ce que des ressources suffisantes soient allouées à la TB pédiatrique dans les budgets nationaux et les demandes de financement des donateurs.
- Soutenir les modèles de soins centrés sur la famille et la communauté pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et la prévention de la TB chez les enfants, y compris l'intégration avec d'autres programmes de services pour la santé maternelle et infantile – telles que les soins prénatals, la vaccination, la nutrition et les programmes de lutte contre le VIH.
- Assurer des services collaboratifs et des liens entre le programme national de lutte contre la TB et les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et la nutrition.

Le Fond Mondial et les autres donateurs

- Soutenir le PNLT et ses partenaires pour intensifier les interventions de lutte contre la TB pédiatrique dans le cadre des demandes de financement.
- Soutenir le PNLT et ses partenaires avec un financement ciblé pour la mise à jour et la mise en œuvre les politiques nationales, dans les cycles de financement traditionnels et non-traditionnels.
- Soutenir le PNLT et ses partenaires avec un financement ciblé pour garantir un nombre suffisant d'agents de santé communautaires pour le dépistage à domicile ainsi que le TPT et la nourriture pour la famille d'une personne diagnostiquée avec la TB.

Sociétés civiles et les communautés affectées

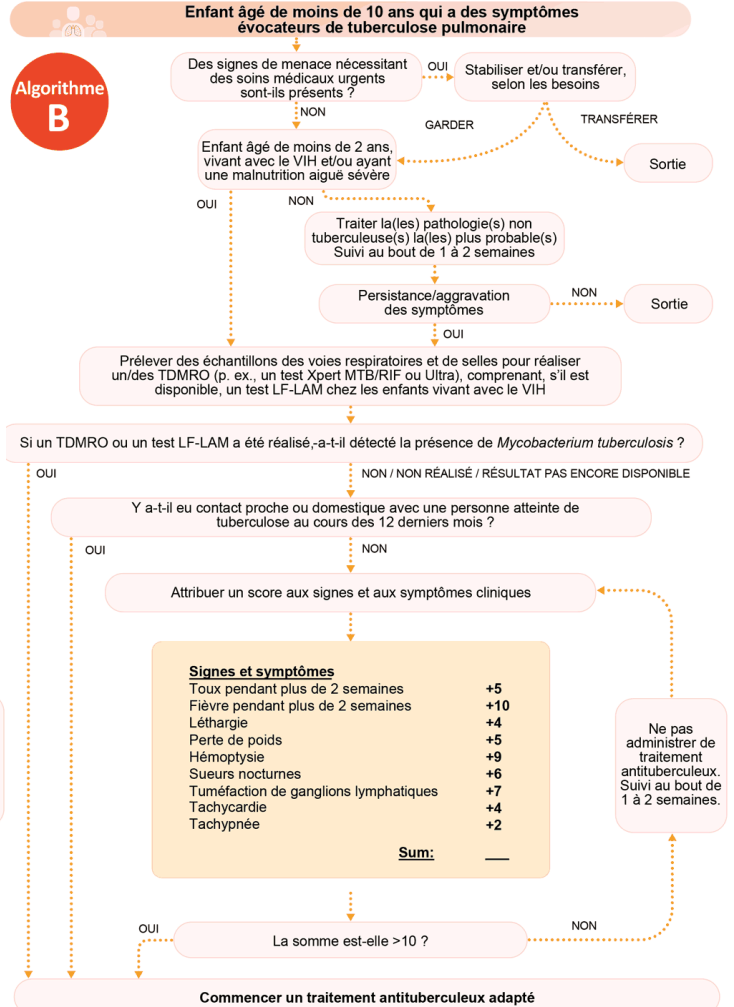
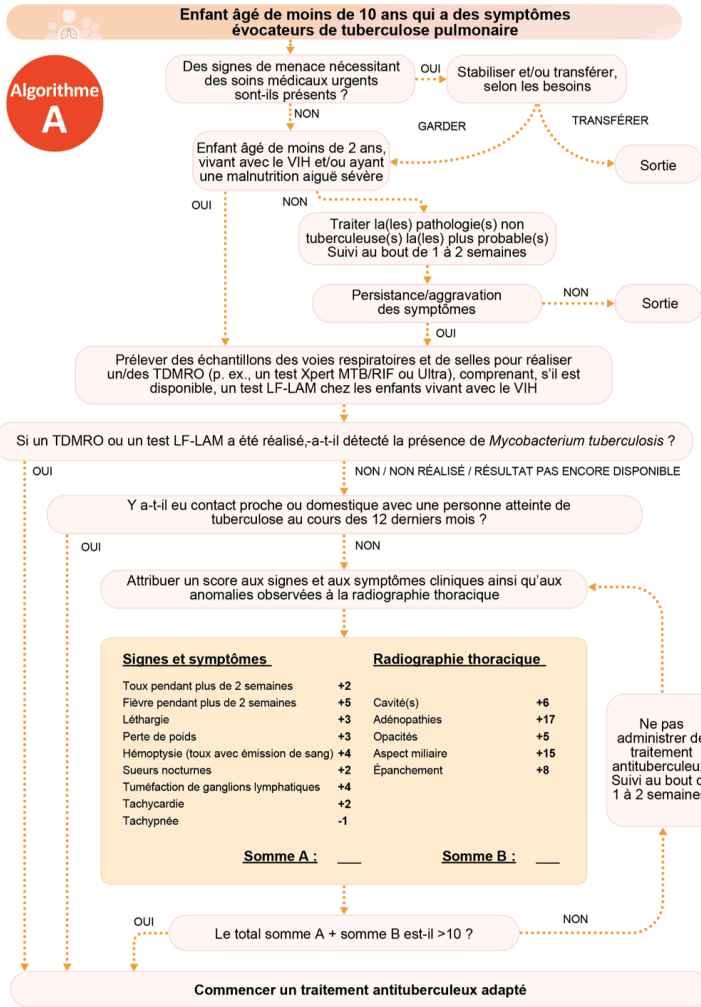
- Plaidoyer auprès du PNLT, et les autres programmes nationaux visant les enfants comme la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle, le Programme National de Lutte contre le Paludisme, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant, et ses partenaires pour que les politiques nationales soient pleinement alignées sur les dernières politiques de l'OMS pour la prise en charge de la tuberculose chez les enfants.
- Plaidoyer en faveur de plans nationaux ambitieux pour la TB pédiatrique, et des réformes politiques conformes aux dernières directives de l'OMS, et de leur mise en œuvre dans les plans stratégiques nationaux et provinciaux, et dans les demandes de financements.
- Suivre la mise en œuvre des politiques nationales au niveau des établissements de santé.
- Défendre les enfants atteints de la TB dans les forums de gouvernance nationaux existants, y compris les mécanismes de coordination nationaux et les cadres de responsabilisation multisectoriels.

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

ANNEXE 1. Les algorithmes de décision thérapeutique recommandés par l'OMS⁷

Algorithme A (pour les situations où la radiographie thoracique est disponible)

Algorithme B (pour les situations où la radiographie thoracique n'est pas disponible)



⁷ World Health Organization, Global Tuberculosis Report 2024, Operational Handbook, [Annex 5. Treatment Decision Algorithms](#)

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

GLOSSAIRE DES SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES

3HR	3 mois d'isoniazide plus rifampicine
3HP	3 mois d'isoniazide plus rifapentine
3HP	1 mois d'isoniazide plus rifapentine
HRZ	isoniazide, rifampicine et pyrazinamide
6IPT	6 mois d'isoniazide
9IPT	9 mois d'isoniazide
2HRZ(E)/2HR	2 mois d'isoniazide, de rifampicine et de pyrazinamide, avec ou sans éthambutol, suivi de 2 mois d'isoniazide et de rifampicine
2HPMZ/2HPM	2 mois d'isoniazide, rifapentine, moxifloxacine et pyrazinamide, suivi de 2 mois d'isoniazide, rifapentine et moxifloxacine