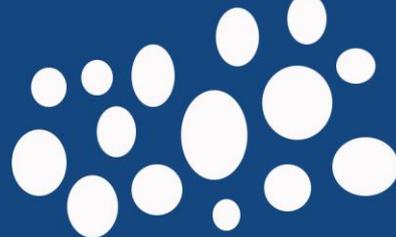


# RAPPORT FINAL

DECEMBRE 2024



## ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE, DU GENRE, DE LA STIGMATISATION ET DES OBSTACLES AUX DROITS DE L'HOMME DANS LA RIPOSTE À LA TUBERCULOSE AU GABON

« Le Peuple gabonais... Affirme solennellement et souverainement son attachement aux droits de l'Homme et aux libertés fondamentales, tels qu'ils résultent de la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, consacrés par la Charte africaine des Droits de l'Homme et des peuples de 1981 et par la Charte Nationale des Libertés de 1990 ».

Préambule, Constitution République Gabonaise du 19 décembre 2024

Cette évaluation est une initiative conjointe du Programme National de Lutte contre la Tuberculose du Gabon (PNLT) et le Réseau National pour la Promotion de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents (RENAPS/AJ); réalisée avec le soutien financier du Fonds mondial de lutte contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose à travers le Centre de Recherches Médical de Lambaréné (CERMEL) dans le cadre du NFM3. L'évaluation a également été appuyée par Stop TB Partnership et DRAF TB (Dynamique de la Réponse d'Afrique Francophone sur la TB) par la mise à disposition des consultants internationaux.



## ÉQUIPE DE RECHERCHE

- **Dr Manguinga Guitouka Strédice**      Investigateur Principal ; Directeur du PNLG Gabon
- **Mombo Guy**      Co - Investigateur, Coordonnateur Général , RENAPS/AJ
- **Anne Rachel Abassi**      Superviseur de la Recherche - Responsable Service Promotion de la Santé, PNLG
  
- **SOUAMY Gildhas**      Assistant de Recherche; RENAPS/AJ
- **Dr Jocelyn MAHOUMBOU**      Expert TB
- **Dr Arnaud BENGONO MEZUI( UGP)**      CERMEL
- **Bertrand Kampoer, MPH**      Consultant International Principal; Stop TB/UNOPS
- **Maxime LUNGA NSUMBU**      Consultant International; Stop TB/UNOPS
- **Billy Bakou Koumiléka**      Consultant national; Expert Statisticien
- **ESSANGA NGOMO Hugues Ronel**      Consultant national; Expert santé publique
- **EFAME EYA Emmanuel Patrick**      Consultant national; Expert budgétisation
- **Jean Blaise Yakounda**      Superviseur collecte des données

### COMITÉ DE PILOTAGE

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales  
 Programme National de Lutte contre la Tuberculose- Gabon  
 Réseau National pour la Promotion de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents  
 Centre de Recherches Médical de Lambaréné

### COMITE DE RELECTURE

- Dr BARRY DIOP Ndèye Coura      Responsable Suivi/Évaluation du Projet /FM" Investir pour obtenir un impact sur la TB"
- Dr Jocelyn MAHOUMBOU      Expert TB
- KAMPOER KAMPOER (PhD)      Chercheur en Sciences Humaines et Identités Culturelles
- Caoimhe Smyth      Chargée de programmes Communauté, Droits et Genre, Stop TB Partnership Genève

@citation : Évaluation de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'Homme dans la riposte à la tuberculose au Gabon, PNLT, RENAPS/AJ, Décembre 2024.

## REMERCIEMENTS

---

L'équipe de recherche remercie les institutions suivantes pour leurs contributions à la réalisation de la présente étude sur l'Évaluation de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'Homme dans la riposte à la Tuberculose au Gabon. Il s'agit notamment de(u):

- Fonds mondial de lutte contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose, à travers CERMEL pour le financement de l'étude ;
- Stop TB Partnership pour l'appui technique, à travers la mise à disposition de deux Consultants Internationaux ;
- Le PNLT Gabon pour les orientations stratégiques, techniques et la supervision de l'ensemble du processus ;
- RENAPS/AJ pour avoir été l'organisation Communautaire ayant dirigé le processus ;
- Le comité de pilotage assuré par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

Des remerciements sont adressées à toutes les personnes/institutions ayant participé de près ou de loin à la réussite de la présente étude. L'équipe de recherche a une pensée particulière pour les répondants, les agents de collecte des données et les patients TB.



I. Introduction .....	15	VI.1.2.4 La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, .....	32
II. Objectifs de l'évaluation .....	16	VI.1.3. Tableau d'analyse de la compliance nationale des Traités internationaux et régionaux .....	34
II.1. Objectif général de l'évaluation CRG : .....	16	VI.2 Le Genre .....	49
II.2. Objectifs spécifiques .....	16	VI.2.1 Les Lois, les règlements et les pratiques institutionnelles : .....	49
III. Aperçu du processus .....	17	VI.2.2 Les normes et les croyances culturelles : .....	50
IV. Méthodologie .....	18	VI.2.3 Les rôles et responsabilités liés au genre, et les différences entre les sexes en termes de répartition du temps .....	50
4.1 Synthèse de l'approche .....	18	VI.2.4 L'accès aux, et le contrôle des, actifs et des ressources : .....	51
4.2 Méthodes de l'évaluation .....	18	VI.2.5 Les modèles de pouvoir et de prise de décision : .....	52
4.3 Sites de l'évaluation .....	18	VI.3 Les populations vulnérables .....	52
4.4 Participants à l'évaluation .....	18	VI.4 La stigmatisation .....	53
4.4.1 Critères d'inclusion des participants .....	19	VII Résultats .....	55
4.5 Échantillonnage .....	20	VII.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés. ....	55
4.6 Le choix des CDT, CT et CTA par province .....	22	VII.2 Constatations générales .....	59
4.7 Outils et technique de collecte des données.....	24	VII.3 Les droits essentiels de la tuberculose .....	61
4.8 Collecte, sécurité et analyse des données .....	24	VII.4 Le Genre .....	63
4.9 Considérations Ethique .....	25	VII.4.1 Hommes cisgenre et vulnérabilités signalées .....	63
4.10 Limites .....	26	VII.4.2 Femmes cisgenre et vulnérabilités signalées .....	64
V. Priorisation des populations clés.....	27	VII.4.3 Vulnérabilité et autre Identité de genre .....	65
VI. Résultats de la revue de la littérature .....	30	VII.5. Populations clés et vulnérabilités signalées .....	65
VI.1 Normes, lois internationales, régionales et nationales.....	30	VII.5.1 Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et vulnérabilités signalées .....	66
VI.1.1 Traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme ratifiés par le Gabon .....	31	VII.5.2 Personnes malnutris et vulnérabilités signalées .....	66
VI.1.2 Aperçu des conventions majeures ratifiées par la République Gabonaise .....	32	VII.5.3 Personnes toxicomanes et vulnérabilités signalées .....	66
VI.1.2.1 Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) .....	32	VII.5.4 Les détenus et vulnérabilités signalées .....	67
VI.1.2.2 Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) .....	32	VII.5.5 Les miniers et vulnérabilités signalées .....	67
VI.1.2.3 Charte africaine des droits de l'homme et des peuples .....	32	VII.5.6 Personnes contacts et vulnérabilités signalées .....	67
		VII.6 Stigmatisation .....	67
		VIII. Principales barrières à l'accès .....	71
		XI. Priorisation au cours de l'atelier de validation du groupe pluri-acteurs .....	76
		XII. Discussion .....	85
		XIII. Recommandations .....	98
		XI.1 Recommandations générales .....	98
		XI.2 Recommandations spécifiques .....	101
		XIV. Conclusion : .....	103
		XV. Bibliographie .....	104



LISTE DES TABLEAUX

Figure IX.1 : Genre et tranche d'âge .....	46
Figure IX.2 .....	46
Figure IX.3 : Statut des personnes interviewees .....	46
Figure IX.4 : Profil des interviewees .....	46
Figure IX.5 : Niveau de formation .....	46
Figure IX.6 : Situation d'activité .....	47
Figure IX.7 : Niveau de compréhension de la tb par les personnes touchées par la tb .....	47
Figure ix.8 : Graphique de fréquence par thématiques majeurs .....	49
Figure IX.9 : Graphique des vulnérabilités signalées pour les hommes de [18-24ans] .....	55
Figure ix.10 : Graphique des vulnérabilités signalées pour les hommes de [25-44ans] .....	55
Figure IX.11: Graphique des vulnérabilités signalées pour les hommes de [45-64ans] .....	55
Figure IX.12: Graphique des vulnérabilités signalées pour les hommes de 64ans et + .....	56
Figure IX.13: Graphique des vulnérabilités signalées pour les femmes de [18-24ans] .....	57
Figure IX.14: Graphique des vulnérabilités signalées pour les femmes de [25-44ans] .....	57
Figure IX.15: Graphique des vulnérabilités signalées pour les femmes de [45-64ans] .....	57
Figure IX.16: Dimensions de stigmatisation auprès des personnels de santé .....	3
Figure X.1: Proportion de personnes stigmatisées à l'obtention d'un diagnostic précis.....	02

LISTE DES FIGURES

Figure ix.1 : Genre et tranche d'âge .....	46
Figure ix.2 .....	46
Figure ix.3 : Statut des personnes interviewées .....	46
Figure ix.4 : Profil des interviewées .....	46
Figure ix.5 : Niveau de formation .....	46
Figure ix.6 : Situation d'activité. ....	47
Figure ix.7 : Niveau de compréhension de la tb par les personnes touchées par la tb .....	47
Figure ix.8 : Graphique de fréquence par thématiques majeurs .....	49
Figure ix.9 : Graphique des vulnérabilités signalées pour les hommes de [18-24ans] .....	55
Figure ix.10 : Graphique des vulnérabilités signalées pour les hommes de [25-44ans] .....	55
Figure ix.11: Graphique des vulnérabilités signalées pour les hommes de [45-64ans] .....	55
Figure ix.12: Graphique des vulnérabilités signalées pour les hommes de 64ans et + .....	56
Figure ix.13: Graphique des vulnérabilités signalées pour les femmes de [18-24ans] .....	57
Figure ix.14: Graphique des vulnérabilités signalées pour les femmes de [25-44ans] .....	57
Figure ix.15: Graphique des vulnérabilités signalées pour les femmes de [45-64ans] .....	57
Figure ix.16: Dimensions de stigmatisation auprès des personnels de santé .....	03
Figure x.1: Proportion de personnes stigmatisées à l'obtention d'un diagnostic précis .....	02

## Acronymes, Abréviations et Sigles

<b>AFD</b>	Agence Française de Développement
<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>CDT</b>	Centre de Diagnostic et de Traitement
<b>CERMEL</b>	Centre de Recherches Médical de Lambaréné
<b>CT</b>	Centre de Traitement
<b>CNAMGS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
<b>CRG</b>	Community Right and Gender
<b>CTA</b>	Centre de Traitement Ambulatoire
<b>GdD</b>	Groupe de discussion - discussion de groupe
<b>EIA</b>	Entretiens Individuels Approfondis
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>FM</b>	Fonds Mondial
<b>IC</b>	Informateurs Clés IMC (à ajouter car ça apparait dans le texte principal)
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PCV</b>	Populations Clés et Vulnérables
<b>PDV</b>	Perdu De Vue
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PNLT</b>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>RC</b>	Relais Communautaire
<b>RENAPS/AJ</b>	Réseau National pour la Promotion de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents

<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquisée
<b>SNEEG</b>	Stratégie Nationale d'Égalité, d'Équité et de Genre
<b>TAR</b>	Traitement Antirétroviral
<b>TB/TUB</b>	Tuberculose
<b>TB-MR</b>	Tuberculose à Bacilles Multi Résistants
<b>TDO</b>	Traitement Directement Observé
<b>TDR</b>	Test de Diagnostic Rapide
<b>TEP</b>	Tuberculose Extra Pulmonaire
<b>TPBC+</b>	Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement Confirmée
<b>TBCD</b>	Tuberculose Cliniquement Diagnostiquée
<b>TPT</b>	Traitement Préventif de la Tuberculose
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## DÉFINITION DES CONCEPTS CLÉS

**Approche fondée sur les droits de l'homme** : il s'agit d'une approche de la tuberculose qui implique la promotion et la protection des droits des personnes touchées par la tuberculose, y compris les droits à la vie, à la santé, à la non-discrimination, à la vie privée, au consentement éclairé, au logement, à la nutrition et à l'eau. Cette approche se concentre sur l'identification, l'atténuation et la suppression des obstacles liés aux droits de l'homme et au genre dans les services de lutte contre la tuberculose.

**Approche soucieuse d'équité entre les sexes** : il s'agit d'une approche qui comprend des lois, des politiques, des programmes ou des modules de formation qui reconnaissent qu'il existe différents acteurs sexospécifiques (femmes, hommes, filles, garçons, transgenres et individus diversifiés) au sein d'une société, que ces individus sont soumis à des contraintes différentes et souvent inégales et qu'ils peuvent donc avoir des perceptions, des besoins, des intérêts et des priorités différents et parfois contradictoires.

**Communauté, Droits et Genre (CRG)** : le programme communauté, droit et genre de lutte contre la tuberculose concerne l'engagement significatif des communautés touchées par la tuberculose dans la réponse à la tuberculose, l'élimination des obstacles sociaux, politiques et juridiques aux services de lutte contre la tuberculose, et l'application et la promotion des droits de l'homme et des approches de genre dans la planification, la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et la gouvernance des programmes de lutte contre la tuberculose.

**Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité et Qualité (AAAQ)** : l'AAAQ est une approche pratique des droits économiques, sociaux et culturels, tels que le droit à la santé.

**Le sexe** : fait référence aux différences biologiques et génétiques entre les hommes et les femmes, en fonction de leur physiologie et de leurs capacités ou possibilités de reproduction. Il est universel et en grande partie immuable sans chirurgie.



**Le genre** : fait référence aux caractéristiques et opportunités économiques, sociales, politiques et culturelles associées au fait d'être une femme ou un homme. Les définitions sociales de ce que cela signifie d'être une femme ou un homme varient d'une culture à une autre et changent au fil du temps. Le genre est une expression socio-culturelle de caractéristiques et de rôles particuliers qui sont associés à certains groupes de personnes en fonction de leur sexe et de leur sexualité.

**L'analyse de genre** : est une méthodologie qui : (i) décrit les relations de genre existantes dans un contexte donné. L'analyse de genre peut concerner les individus au sein de ménages ou d'entreprises, tout comme elle peut concerner les membres d'une communauté, d'un groupe ethnique, d'un district ou d'une nation. Elle implique la collecte et l'analyse non seulement de données ventilées par sexe, mais également d'autres informations qualitatives et quantitatives ; (ii) organise et interprète, de manière systématique, les informations sur les relations de genre afin de clarifier l'importance des différences entre les sexes pour ce qui concerne l'atteinte des objectifs de développement.

**L'évaluation de genre** : examine de quelle manière un programme ou un projet traite et répond aux disparités et aux inégalités entre les sexes par le biais de ses objectifs, ses activités et ses politiques. Elle répond à deux questions clés : (i) comment les différents rôles et statuts des femmes et des hommes dans la communauté, la sphère politique, le lieu de travail et la famille affecteront-ils le travail à entreprendre ? (ii) de quelle manière les résultats attendus du travail affecteront-ils différemment les femmes et les hommes ? de quelle manière affecteront-ils le statut respectif des femmes et des hommes ?

**Personnes atteintes de tuberculose** : cette expression désigne les personnes atteintes de tuberculose active. L'expression « personnes atteintes de tuberculose » reconnaît que les personnes atteintes de tuberculose ne devraient pas être définies uniquement par leur état de santé. Elle est préférable au terme « patient » dans certains contextes (par exemple, les milieux non médicaux et communautaires).

**Personnes touchées par la tuberculose** : cette expression englobe les personnes atteintes de tuberculose et les membres de leur famille, les personnes à leur charge, les communautés et les professionnels de santé qui peuvent être impliqués dans la prestation de soins ou autrement affectés par la maladie.

**Plan mondial** : le plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030 (plan mondial) de STOP TB PARTNERSHIP, est le plan d'investissement visant à mettre fin à la tuberculose en tant que problème de santé publique d'ici 2030, comme le prévoient les objectifs de développement durable des Nations Unies. Impact prévu d'ici 2030 : (i) 90% de baisse du nombre annuel de personnes qui meurent de la tuberculose chaque année (par rapport aux chiffres de 2015), et (ii) 80% de baisse du nombre annuel de personnes qui contractent la tuberculose pour 100 000 personnes (par rapport aux chiffres de 2015).

personnes (par rapport aux chiffres de 2015).

**Prestation de services différenciés** : approche employée pour fournir des soins contre le VIH axés sur la personne. ONUSIDA définit la prestation de services différenciés par « une approche centrée sur le client qui simplifie et adapte les services liés au VIH tout au long de la cascade pour refléter les préférences, les attentes et les besoins des personnes vivant avec le VIH et vulnérables au VIH, tout en réduisant les charges inutiles sur le système de santé ».

**Populations clés et vulnérables (PCV de la tuberculose)** : il s'agit de sous-populations plus exposées à la tuberculose en raison de risques environnementaux (surpeuplement, mauvaise ventilation), biologiques (suppression immunologique, mauvaise alimentation) ou comportementaux (directement par transmission aérienne ou indirectement par un comportement qui augmente le risque de maladies non tuberculeuses qui suppriment l'immunité), ou en raison de barrières juridiques, de droits de l'homme, de genre ou d'autres barrières sociales qui empêchent l'accès aux services de santé publique. Les PCV de la tuberculose doivent être définies en fonction du contexte de chaque pays.

Sensible au genre : reconnaissance du fait que les femmes, les hommes et les personnes d'autres genres sont des acteurs égaux au sein d'une société, qu'ils sont contraints de manière différente et souvent inégale, et qu'en conséquence, ils peuvent avoir des perceptions, des besoins, des priorités et des intérêts différents et parfois contradictoires.

**Stigmatisation** : vient du grec « stigma » qui signifie « marque » ou « tache ». La stigmatisation peut être décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui discrédite considérablement un individu aux yeux des autres. Au sein de certaines cultures ou de certains contextes, des attributs spécifiques sont considérés et définis par d'autres comme déshonorants ou indignes. Lorsque la stigmatisation est mise à exécution, il en résulte une discrimination qui peut prendre la forme d'actions ou d'omissions.

#### FAITS SAILLANTS CRG 2024

✓ Malgré les efforts nationaux remarquables du Gabon en termes d'instruments juridiques et législatifs pour promouvoir le droit à la santé, **il est impossible de conclure à date à un impact positif qui pourrait à court terme positionner les droits humains universels en tant que fondement de la riposte à la tuberculose**. La vulnérabilité et les obstacles à l'accès aux soins de santé liés à la TB vont perdurer si aucune action d'envergure n'est conduite à court ou à moyen terme.

✓ Le renforcement des lois, des politiques, des réglementations, en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination, d'accroître l'accès à la justice et d'améliorer l'application des lois et des politiques visant à améliorer la riposte à la tuberculose, reste un défi au Gabon en particulier sur des problématiques tel que l'isolement involontaire.

✓ L'identité de genre sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats du traitement a un impact différencié en fonction de l'âge et du sexe. Les filles âgées de 18-24 ans ont des vulnérabilités plus accentuées que les garçons au niveau des formations sanitaires (- 14 points). Par contre, les hommes âgés de 25-44 ans et 45-64 ans ont des vulnérabilités plus accentuées que les femmes au niveau des formations sanitaires. Respectivement - 13 points chez les 25-44 ans et - 6 points chez les 45-64 ans. Quelle que soit la tranche d'âge, les vulnérabilités sont plus accentuées chez les filles et les femmes au niveau communautaire. Il s'agit respectivement de - 15 points chez les 18-24 ans ; - 7 points chez les 25-44 ans et - 2 points chez les 45- 64 ans.

✓ Les interventions de réponse à la tuberculose au Gabon sont « genre négatif ou aveugle au genre ». En effet, l'évaluation CRG a démontré un manque de sensibilisation au genre chez les professionnels de santé, une faible utilisation de données détaillées ventilées par sexe pour orienter la programmation, l'absence d'intégration de la dimension de genre dans les processus de suivi et d'évaluation, la politique de lutte contre la tuberculose qui ne tient pas compte du genre.

✓ L'outil de priorisation des populations clés et vulnérables de la tuberculose a identifié sept populations clés où un investissement doit être renforcé si le Gabon envisage de s'engager dans l'élimination de la tuberculose : Il s'agit : des personnes vivant avec le VIH, les personnes malnutries, les toxicomanes, les détenus, les mineurs et les sujets contacts. Les données chez les diabétiques ont été très marginales.

✓ Il manque encore suffisamment de preuves et d'informations concernant les populations clés et vulnérables de la tuberculose pour une prise de décision programmatique et politique efficace et efficiente. Par exemple, la taille, la localisation géographique, les interventions différenciées pour atteindre ces populations, le type de soutien nécessaire pour que ces interventions soient efficaces et l'engagement et une participation significatifs dans la conception, le suivi et l'évaluation (S&E) des programmes ; le soutien par les pairs ; l'éducation au traitement ; la recherche et le développement ; le plaidoyer ; la responsabilisation ; et les droits de l'homme.

✓ L'analyse du radar de la stigmatisation a permis de constater que : **La première forme de stigmatisation et discrimination provient de la communauté/les voisins (52%). Ensuite, les travailleurs de la santé représentent la deuxième forme de discrimination envers les personnes touchées par la tuberculose (45%).**

✓ Quel que soit le parcours des soins, la stigmatisation est plus forte dans les hôpitaux et plus significative à l'étape 1 (39% reconnaissances des symptômes) et 4 (37% début du traitement) du parcours des soins expliquant des taux élevés de perdus de vue (PDV).



## RÉSUMÉ EXÉCUTIF



Chaque jour, près de 4 400 personnes meurent d'une maladie qui peut être évitée et dont on peut guérir ; pour un total d'environ 1,6 million de vies perdues chaque année. Alors que les décès dus à la COVID-19 régressent, la tuberculose reprend son titre de maladie infectieuse la plus meurtrière au monde. Trop souvent, ceux qui en meurent sont issus de nos communautés les plus vulnérables et les plus marginalisées. Même si l'on a constaté quelques progrès, la réponse globale pour mettre fin à la tuberculose reste obsolète, embourbée dans la complaisance et souvent en contradiction avec les droits humains fondamentaux.

Depuis 2022, l'OMS a classé le Gabon parmi les trente (30) pays à forte charge de la tuberculose et de la co-infection TB/VIH dans le monde. Ainsi, la tuberculose demeure un problème de santé publique au Gabon avec un taux d'incidence à 509 cas / 100 000 habitants en 2022. Avec une couverture du traitement de 52% en 2022 (6 299 nouveaux cas et rechutes notifiés pour 12 000 cas attendus et 6575 nouveaux cas et rechutes en 2023), il existe encore 47% des cas attendus ; soit 5 629 nouveaux cas non dépistés dans la communauté et qui continuent d'infecter d'autres personnes. La notification des cas de tuberculose au Gabon est très faible dans presque toutes les Régions Sanitaires.

La répartition selon le sexe adopte la même configuration retrouvée dans la plupart des autres pays, c'est-à-dire une forte prédominance masculine des cas diagnostiqués et mis sous traitement . En 2022, le PNLTA a déclaré plus d'hommes que de femmes, avec un sex-ratio de 1,6. Toutes les tranches d'âges sont touchées par la TB. Plus des 2/3 des patients tuberculeux sont âgés de 15 à 44 ans. La tranche de 25 à 34 ans est la plus atteinte. Le taux de notification de la TB présente ses niveaux les plus bas chez les enfants (0 à 14 ans). Pour tous les groupes d'âge, à l'exception des enfants de moins de 5 ans, le taux de notification chez les hommes est supérieur à celui observé chez les femmes. Cette différence est plus marquée dans les groupes d'âge où sont observés les plus forts taux de notification ; c'est-à-dire chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans.

Le taux de succès thérapeutique est passé de 63% en 2021 à 57% en 2022 ; soit une réduction de 10,52%. Le taux de malades perdus de vue est passé de 29 % en 2021 à 19% en 2022 ; soit une réduction de 3,4%, tandis que le taux de décès est passé de 4,5 % en 2021 à 3,02% en 2022. Bien qu'en nette amélioration, ces indicateurs demeurent très en dessous des objectifs fixés qui sont de 90% pour le succès thérapeutique, moins de 5% pour les taux de perdus de vue et de décès<sup>2</sup>

Le Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030 (Plan mondial) de Stop TB Partnership, stipule de prendre en compte les droits de l'homme, la stigmatisation, le genre et les populations clés et vulnérables, en : (i) Positionnant les droits humains universels en tant que fondement de la riposte à la tuberculose ; (ii) Éliminant la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose ; (iii) Veillant à ce que les interventions de lutte contre la tuberculose soient sensibles au genre et transformatrices des relations de genre ; et (iv) Priorisant, atteignant et impliquant les populations clés et vulnérables.

La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose de septembre 2023 recommande la mise en œuvre des évaluations et des plans d'action relatifs aux communautés, aux droits et au genre (CRG) de la tuberculose afin de soutenir le suivi en temps réel de l'accès, de la qualité des services, de la stigmatisation et des obstacles liés aux droits de l'homme aux services de lutte contre la tuberculose, sous l'égide de la communauté des personnes affectées par la maladie. La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la TB d'ici 2030 a parmi ses principes la protection et promotion des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité.

L'évaluation CRG, première du genre au Gabon, s'est déroulée de novembre 2023 à décembre 2024. Le rapport a été finalisé après la promulgation de la nouvelle constitution en décembre 2024. Elle avait pour objectif de : (i) Examiner le cadre politique et juridique de la lutte contre la Tuberculose (TB) et la co-infection TB/VIH, sur la base des conventions, des cadres et directives internationaux régionaux et sous régionaux ; (ii) Déterminer les sous-groupes de populations clés et vulnérables (PCV) à considérer dans la riposte à la TB et la co-infection TB/VIH ; (iii) Évaluer dans quels contextes et stades de soins la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose et au VIH sont vécues par les patients atteints par les deux maladies ; (iv) Évaluer la manière dont le genre impacte la vulnérabilité à l'infection TB et VIH, l'accès aux services antituberculeux et les résultats du traitement ; (v) Élaborer des recommandations fondées sur un plan d'actions budgétisé pour améliorer la riposte à la TB et la co-infection TB/VIH.

Il s'est agi d'une étude observationnelle, descriptive, transversale avec une approche mixte : qualitative et quantitative. Le volet quantitatif et qualitatif a concerné quatre types de population : (i) Population A : les patients âgés d'au moins dix-huit (18) ans diagnostiqués TPB+ en 2023 ou 2024 dans les CTA, CDT ou CT sélectionnés ; (ii) Population B : Les membres de famille des patients âgés d'au moins dix-huit (18) ans diagnostiqués TPB+ en 2023 ou 2024 dans les CDT, CT ou CTA sélectionnés ; (iii) Population C : La Communauté (ménages voisins, autorités coutumières ou religieuses, chefs de quartier,...) des patients âgés d'au moins dix-huit (18) ans diagnostiqués TPB+ en 2023 ou 2024 dans les CTA, CDT ou CT sélectionnés ; (iv) Population D : Les professionnels de la santé intervenant dans le domaine de la tuberculose âgés de 18 ans et

<sup>1</sup>Nimagan S, Bopaka RG, Diallo MM, Diallo BD, Diallo MB, Sow OY. [Predictive factors of TB treatment failure in Guinea Conakry]. Pan Afr Med J. 2015;22.

<sup>2</sup>Profile TB Gabon\_Rapport mondial OMS 2023.pdf.

plus. La taille minimale de l'échantillon de la population A, retenue à 641 a été calculée suivant la formule ci-dessous.  $n = Npq / ((N-1)(D) + P(1-P)) * deff$  avec  $D = i^2 / (Z_{(1-\alpha)}^2)$ . La taille d'échantillon pour chacune des trois autres populations B, C, et D a été fixée à 30 personnes. Elle a été calculée selon la formule suivante :  $N = P.(1-P) / (Erreur)^2$ .

Les données ont été collectées dans 5 provinces au sein de 30 sites de prise en charge de la tuberculose (CDT, CT et CTA) ; soit un pourcentage de 50,8% de l'ensemble des sites du pays. Le choix des provinces retenues tient compte de deux critères majeurs, notamment (i) l'existence des trois types de structures de prise en charge (CDT, CT et CTA) et (ii) la possibilité de construire une grappe dans chacun des sites de prise en charge retenu. La grappe moyenne a été constituée de 20 personnes. Les provinces retenues constituent environ 90% des personnes notifiées, selon les données 2022 du PNLT. Les sites représentent la diversité culturelle et géographique du pays. Les provinces retenues concernent à la fois, (i) un site à forte notification (Estuaire : 77%) ; (ii) 3 sites à notification moyenne (Ogooué Maritime : 5%, Haut-Ogooué 4%, Moyen Ogooué : 3%, et (iii) un site à très faible notification (Nyanga : 1%). Les données ont été analysées thématiquement à l'aide de NVivo. Ceci a permis d'extraire les diagrammes et graphiques permettant ainsi une présentation statistique des résultats de cette analyse.

En termes de limites, bien que la recherche qualitative ait impliqué des entretiens avec des informateurs clés, elle s'est principalement concentrée sur les opinions et les perspectives des personnes touchées par la tuberculose. Ainsi, dans ce rapport, nous mettons l'accent sur les expériences et la compréhension de la tuberculose du point de vue de ces personnes. En conséquence, nos observations sur les systèmes de santé sont très superficielles et nous ne mettons pas l'accent sur les questions liées aux processus de prestation de soins. En outre, la recherche qualitative menée s'est concentrée exclusivement sur cinq populations clés, y compris les contacts de patients tuberculeux. Cependant, comme l'indique clairement l'analyse de la littérature, de nombreuses autres populations clés de tuberculose méritent une attention particulière au Gabon.

L'évaluation CRG a produit les principaux résultats suivants :

#### Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

- ✓ 64% des personnes interviewées sont des hommes cisgenres, contre 35% de femmes cisgenres et 1% de personnes indéterminées.
- ✓ La tranche d'âge la plus exposée à la TB est la tranche 25-44 ans (60%), suivie de la tranche 45-64ans (22%), puis celle de 18-24ans et 65 ans et plus.
- ✓ 61% des interviewées sont actuellement sous traitement, 21% ont achevé le traitement il y a d'un an et 18% l'ont achevé il y a un an.
- ✓ 22% sont des co-infectés TB-VIH, 6% des mineurs, 7% des travailleurs de santé, 1% des réfugiés, 16% des personnes vivant dans les bidons villes urbains, 7% des pauvres ruraux, 11% des personnes qui consomment des drogues, 2% des handicapés et 19% des personnes n'ayant aucun des profils définis.
- ✓ 75% des personnes interviewées n'ont pas le Baccalauréat, c'est-à-dire que leur niveau d'études varie entre n'ayant jamais été à l'école et le niveau Terminale du lycée.
- ✓ 63 % sont sans emploi ; ce qui renforce le sentiment que la TB est une maladie des pauvres.

#### Environnement juridique :

L'évaluation CRG a recherché si l'environnement juridique et politique actuel aurait un impact sur l'accès aux services et soins de santé liés à la TB, ou accroît-il la vulnérabilité et crée des obstacles à

**l'accès aux soins de santé liés à la TB. Le CRG a également évalué les réponses programmatiques basées sur les droits, y compris le renforcement des lois, des politiques, des réglementations, en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination, d'accroître l'accès à la justice et d'améliorer l'application des lois et des politiques visant à améliorer la riposte à la tuberculose.**

Malgré le fait que les efforts nationaux du Gabon sont remarquables en termes d'instruments juridiques et législatifs pour promouvoir le droit à la santé, il est impossible de conclure à date, à un impact positif qui pourrait à court terme positionner les droits humains universels en tant que fondement de la riposte à la tuberculose. La vulnérabilité et les obstacles à l'accès aux soins de santé liés à la TB vont perdurer si aucune action d'envergure n'est conduite à court ou à moyen terme.

Les entretiens narratives avec les leaders d'opinion et les membres des groupes d'associations de lutte contre la tuberculose a produit les résultats ci-après :

- Le leaders d'opinion et les acteurs de la société civile ont estimé à 91,2% la nécessité de respecter le droit des patients souffrant de la tuberculose.
- 79 % des interviewés affirme qu'il n'existe aucune loi concernant les personnes atteintes de la tuberculose ou si elle existe, n'est aucunement appliquée.
- 81,1 % des enquêtés pense que les campagnes de sensibilisation sur la tuberculose sont très insuffisantes ou mal orientés. En effet, les rares informations sur la TB mettent l'accent sur le traitement et non sur la prévention ou les mesures d'hygiène pour éviter de contaminer et de se faire contaminer.



<sup>1</sup>Nimagan S, Bopaka RG, Diallo MM, Diallo BD, Diallo MB, Sow OY. [Predictive factors of TB treatment failure in Guinea Conakry]. Pan Afr Med J. 2015;22.

<sup>2</sup>Profile TB Gabon\_Rapport mondial OMS 2023.pdf.

La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la TB d'ici 2030 a parmi ses principes la protection et promotion des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité.

## GENRE :

L'évaluation CRG a recherché l'impact de l'identité de genre sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats du traitement, à travers : (i) la perception du risque de contracter la maladie, (ii) les réactions face à l'expérience de la maladie, (iii) l'accessibilité des services de santé, (iv) ainsi que l'appréciation de l'adéquation des services fournis dans les formations sanitaires. La revue documentaire a également cherché à comprendre quels changements de prestations pourraient être apportés pour faire passer la réponse défavorable au genre, à une réponse plus sensible au genre et à une transformation du genre.

Au Gabon et selon les données CRG, l'identité de genre sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats du traitement a un impact différencié en fonction de l'âge et du sexe. Les filles âgées de 18-24 ans, ont des vulnérabilités plus accentuées que les garçons au niveau des formations sanitaires (- 14 points). Par contre, les hommes âgés de 25-44 ans et 45 – 64 ans ont des vulnérabilités plus accentuées que les femmes au niveau des formations sanitaires. Respectivement - 13 points chez les 25-44 ans et - 6 points chez les 45 – 64 ans. Quelle que soit la tranche d'âge, les vulnérabilités sont plus accentuées chez les filles et les femmes au niveau communautaire. Il s'agit respectivement de – 15 points chez les 18-24 ans ; - 7 points chez les 25-44 ans et – 2 points chez les 45- 64 ans.

Au vu des données disponibles, les interventions de réponse à la tuberculose au Gabon sont « genre négatif ou aveugle au genre ». En effet, l'évaluation CRG a démontré un manque suffisant de sensibilisation au genre chez les professionnels de santé, une faible utilisation de données détaillées ventilées par sexe pour orienter la programmation, l'absence d'intégration de la dimension de genre dans les processus de suivi et d'évaluation, la politique de lutte contre la tuberculose qui ne tient pas compte du genre, la stigmatisation communautaire liée à la tuberculose en particulier chez les femmes et les filles.

### DE MANIÈRE SPÉCIFIQUE :

Chez les garçons cisgenre de 18 – 24 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) réprimande par le personnel médical et manque de respect de la vie privée (31%), et (ii) rejet par les voisins et la communauté (30%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Chez les Hommes cisgenre de 25 – 44 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) mauvaise expérience avec le personnel médical (27%), et (ii) rejet par la famille et les amis (25%). D'autres situations d'intérêt ont également été signalées. Il s'agit respectivement de : (i) marginalisation par la communauté (16%), (ii) moqueries et commérages (12%), (iii) accusation d'être porteur du VIH (11%) ; (iv) discrimination professionnelle (9%).

Chez les Hommes cisgenre de 45 – 64 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de trois principales situations. Il s'agit notamment de : (i) rejet par la famille et les amis (40 %), (ii) discrimination par le personnel de santé (31%) et (iii) marginalisation communautaire (23%). Les trois évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Chez les Hommes cisgenre de 65 ans +, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) précarité financière (50%) et (ii) marginalisation dû à la co-infection TB/VIH (50%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs

situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Chez les filles cisgenre 18-24 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) isolement familial et restrictions des interactions sociales (55%) et (ii) mauvais langage et traitement inégal dans les hôpitaux (45%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Chez les femmes cisgenre de 25-44 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) isolement social et familial (23%), et (ii) discrimination au sein de la communauté (23%). D'autres situations d'intérêt ont également été signalées. Il s'agit respectivement de : (i) sentiments de tristesse (18%), (ii) mauvais traitement par le personnel de santé (14%), (iii) double stigmatisation TB/VIH (14%) ; (iv) perte d'emploi (9%).

Chez les femmes cisgenre de 45-65 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de trois principales situations. Il s'agit notamment de : (i) isolement familial (42%), (ii) rejet par la communauté (33%) et (iii) discrimination au sein des hôpitaux (25%).

Vulnérabilité et autre Identité de genre : Les normes de genre rigides ont également des effets négatifs sur les personnes ayant des identités de genre diverses, qui sont souvent confrontées à la violence, à la stigmatisation et à la discrimination, y compris dans les formations sanitaires. Par conséquent, elles sont plus exposées aux problèmes de santé mentale, y compris au suicide. Lors de nos observations dans les formations sanitaires, l'équipe de collecte des données a noté deux cas de traitement stigmatisant. Dans une formation sanitaire, une personne se décrivant comme une femme, était appelée à plusieurs reprises « il » au vu de ses attributs physiques, alors qu'elle demandait à être appelée « elle ». Dans un autre établissement, le personnel (des prestataires de soins de santé et une femme de ménage) a tenté à plusieurs reprises de toucher les seins et les organes génitaux d'une patiente pour confirmer qu'elle était effectivement une femme. La patiente essayait toujours d'être polie quant à la manière dont ils violaient ses droits.

### POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES :

L'évaluation CRG a recherché les sous-groupes de population potentiels qui nécessiteraient une attention supplémentaire si la tuberculose devrait être éliminée. Le CRG a également recherché les données nécessaires aux programmes de lutte contre la tuberculose pour intégrer les risques, les facteurs de risque et les obstacles à l'accès aux services auxquels sont confrontées les populations clés.

L'outil de priorisation des populations clés développé Stop TB a été utilisé pour la priorisation des populations clés au Gabon. Une liste de 33 populations a été préétablie en se basant sur les données du PNLT et sur les directives et guides de l'OMS et du Partenariat Stop TB. Deux ateliers ont permis d'aboutir à une pré-identification de 16 groupes prioritaires. Les scores ont été calculés sur la base du : (i) Risques d'exposition (Exposition à des personnes infectées/ bacilles concentrés) ; (ii) Risques biologiques (Probabilité d'immunosuppression/possibilité de développer une tuberculose active) ; (iii) Barrières à l'accès aux soins (Barrières sexospécifiques, juridiques, sociales et structurelles) ; (iv) Barrières à l'achèvement du traitement (Stigmatisation, conditions de vie, problèmes de continuité d'accès) ; (v) Probabilité de nouvelles perspectives (Dynamiques sociales insuffisamment comprises) ; (vi) Contribution estimée (et/ou issue de données officielles, le cas échéant) à la charge de morbidité de la tuberculose dans le pays (Cas de tuberculose active sous toutes les formes).

L'évaluation CRG a recherché l'impact de l'identité de genre sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose

Sept populations ont été priorisées à la fin de l'exercice. Il s'agit : des personnes vivant avec le VIH, les personnes malnutries, les toxicomanes, les détenus, les mineurs et les sujets contacts. Les données chez les diabétiques ont été très marginales. L'évaluation qualitative à analyser les thématiques suivants pour faire ressortir les différentes vulnérabilités chez les populations clés priorisées : Rejet par la famille et les amis ; Exclusion sociale et communautaire ; Stigmatisation liée à l'association TB-VIH, Discrimination dans le milieu professionnel et éducatif ; Traitement inégal ou méprisant par le personnel de santé ; Auto stigmatisation ; Divulgarion non consensuelle de l'état de santé. Les données chez les diabétiques ont été très marginales.

**Chez les PVVIH**, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) Rejet social et familial (31,8%), et (ii) Stigmatisation liée à la co-infection TB/VIH (27,7%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

**Chez les personnes malnutris**, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) Rejet social et familial (50,79%), et (ii) Divulgarion non consensuelle (30,16%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

**Chez les personnes toxicomanes**, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) Rejet social et familial (41,6%), et (ii) manque d'accompagnement (16,67%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

**Chez les détenus**, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) exclusion communautaire (58,3%), et (ii) rejet social et familial (16,6%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

**Chez les miniers**, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre trois principales situations. Il s'agit notamment de : (i) discrimination au travail (33,3%), (ii) exclusion communautaire (25 %) et rejet familial (25%). Les trois contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

**Chez les personnes contacts**, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) manque d'accompagnement (52 %), et (ii) rejet communautaire (26 %). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

#### Stigmatisation et discrimination :

L'évaluation CRG a recherché le contenu de la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose ; et exploré à quel stade du parcours de la TB et dans quels contextes la stigmatisation et la discrimination liées à la TB sont-elles ressenties.

Globalement, quel que soit le parcours des soins, la stigmatisation est plus forte dans les hôpitaux et plus significative à l'étape 1 (39% reconnaissances des symptômes) et 4 (37% début du traitement) du parcours des soins expliquant des taux élevés de perdus de vue.

De manière générale, le CRG a démontré que :

- Les personnes atteintes de tuberculose choisissent de se tenir à distance des autres pour éviter de les contaminer (74%) ; ils choisissent également à qui ils vont se confier (56%). On constate également un sentiment de culpabilité auprès de personnes atteintes de TB (50%). (Auto stigmatisation)
- Au niveau de la famille, les dimensions de stigmatisations sont très homogènes
- La stigmatisation envers les personnes atteintes de la TB est très présente auprès de la communauté. On peut par exemple noter que 67% des membres de la communauté/voisins affirme ne pas pouvoir boire ou manger avec des proches atteints de la tuberculose et ne veulent pas que les personnes atteintes de la tuberculose jouent avec leurs enfants.
- Les principales stigmatisations des personnels de santé envers les personnes atteintes de TB sont de 72%.

**L'analyse du radar** de la stigmatisation a permis de constater que : La première forme de stigmatisation et discrimination provient de la communauté/ voisins (52%). Ensuite, les travailleurs de la santé représentent la deuxième forme de discrimination envers les personnes ayant eu la tuberculose (45%).

Le CRG a également exploré à quel stade du parcours de la TB et dans quels contextes la stigmatisation et la discrimination liées à la TB sont-elles ressenties. Les sept étapes du parcours de la prise en charge de la tuberculose ont été analysées à cet effet, en l'occurrence :

**Etape 1 du parcours : Reconnaissance des symptômes** : Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 235 déclarent avoir été stigmatisés lorsque les symptômes de la tuberculose ont été reconnus (soit 39%). De ce total, 40% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 28% au sein du foyer/famille (ménage), 24% dans la communauté/voisins, 4% dans leur lieu du travail et 4 % à l'école ou à l'église. Sur un total de 30 familles enquêtées, 8 déclarent avoir été stigmatisées lorsque les symptômes de la tuberculose ont été reconnus (soit 39%). De ce total, 57% au sein du foyer/famille (ménage), 29% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 14% dans la communauté/voisins.

**Etape 2 du parcours : Recherche de soins** : Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 196 déclarent avoir été stigmatisés lors de la recherche de soins (soit 33%). De ce total, 50% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 33% au sein du foyer/famille (ménage), 13% dans la communauté/voisins, 3% à l'école ou à l'église, 2% dans leur lieu du travail. Les 60% des patients interviewés ont révélé qu'ils ont dû se faire accompagner par un membre de la famille ou par un ami très loyal en qui ils pouvaient avoir confiance pour grader leur secret.

**Etape 3 du parcours : Obtention d'un diagnostic précis** : Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 184 déclarent avoir été stigmatisés à l'obtention d'un diagnostic précis (soit 31%). De ce total, 45% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 31% au sein du foyer/famille (ménage), 18% dans la communauté/voisins, 5% à l'école ou à l'église, 1% dans leur lieu du travail.

**Etape 4 du parcours : Début du traitement** : Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 221 déclarent avoir été stigmatisés au début du traitement (soit 37%). De ce total, 37% au sein du foyer/famille (ménage), 36% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 18% dans la communauté/voisins, 4% à l'école ou à l'église, 4% dans leur lieu du travail.

**Etape 5 du parcours : Soutien à l'observance** : Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 179 déclarent avoir été stigmatisés à l'obtention d'un soutien à l'observance du traitement (soit 30%). De ce total, 42% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 35% au sein du foyer/famille (ménage), 15% dans la

<sup>3</sup><https://www.stoptb.org/resources/communities-rights-and-gender>

La première forme de stigmatisation et discrimination provient de la communauté

communauté/voisins, 5% dans leur lieu du travail, 3% à l'école ou à l'église.

**Étape 6 du parcours : Achèvement du traitement :** Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 158 déclarent avoir été stigmatisés à l'achèvement du traitement (soit 26%). De ce total, 45% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 28% au sein du foyer/famille (ménage), 22% dans la communauté/voisins, 3% dans leur lieu du travail, 3% à l'école ou à l'église. À l'achèvement du traitement, les discriminations et les stigmatisations continuent, encore plus de la part des voisins qui ne sont pas toujours informés que la tuberculose se guérit et qu'après le traitement suivi avec rigueur, on n'est plus contagieux.

**Étape 7 du parcours : Après le traitement :** Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 155 déclarent avoir été stigmatisés à l'achèvement du traitement (soit 26%). De ce total, 45% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 26% dans la communauté/voisins, 21% au sein du foyer/famille (ménage), 5% dans leur lieu du travail, 3% à l'école ou à l'église.

À la lumière des résultats de l'évaluation, il est recommandé aux différentes parties prenantes de prendre les mesures ci-après :

### 1. Le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers :

1.1 Mettre en œuvre les recommandations et orientations prescrites par la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose adoptée par la 78<sup>ème</sup> session de l'Assemblée générale des Nations Unies, le 5 octobre 2023.

1.2 Assurer la promotion et la protection des droits de l'homme des personnes affectées par la tuberculose en tant qu'impératif juridique, éthique, moral ; qui revêt une importance cruciale pour l'efficacité de la réponse à l'épidémie et le soulagement de la souffrance des personnes et des communautés affectées.

### 2. Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales :

2.1 Améliorer la qualité des soins de santé, au niveau national, des districts et des établissements de santé, en vue de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU).

2.2 Garantir une offre de services de lutte contre la tuberculose centrée sur la personne et fondée sur les droits dans les formations sanitaires. Il y a urgence de renforcer les capacités des prestataires des soins qui offrent les services sur les droits humains pour qu'ils adoptent les attitudes non stigmatisantes, non discriminantes mais plutôt inclusives, et que les services soient acceptables, accessibles, disponibles et responsables.

### 3. Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose du Gabon

3.1 Conduire l'analyse du parcours patient (PPA) afin de mieux comprendre l'alignement entre la recherche de soins pour les patients et les services antituberculeux disponibles.

3.2 Améliorer la connaissance et l'estimation de la taille des populations clés et vulnérables avec l'outil de Stop TB « TUBERCULOSIS Key and Vulnerable Populations Size Estimation Tool ».

3.3 Susciter la création des associations des personnes touchées par la tuberculose et faciliter leurs participations dans toutes les étapes et processus de la réponse tuberculose.

### 4. Les Organisations de la société civile

4.1 Développer et mettre en œuvre un programme complet de suivi dirigé par la Communauté afin d'établir un mécanisme qui permettrait de surveiller l'accès aux services pour la tuberculose. Ce mécanisme pourrait également superviser (agir comme un « chien de garde ») pour les droits de

l'homme et les questions liées au genre.

#### 4.2 Finaliser la matrice de l'analyse genre.

4.3 Mettre en œuvre le « Tableau de bord de l'environnement juridique et des droits de l'homme », afin de mieux mesurer l'environnement juridique et les droits de l'homme et promouvoir la responsabilité sociale dans la lutte contre la tuberculose.

4.4 Plaider pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan d'action CRG budgétisé

**En conclusion ;** Le Gabon possède pour l'essentiel, une approche progressiste du cadre juridique et politique qui protège l'égalité et la santé qui ne laisse personne de côté. Les politiques et les lignes directrices ont, dans une large mesure, fait écho à ces dispositions. La Constitution du 19 décembre 2024 renforce l'approche basée sur les droits de l'homme. Il y a cependant de la place pour une amélioration en termes de renforcement de la protection des droits des populations clés et vulnérables.

Il est primordial d'utiliser et mettre à jour les directives en matière de santé et les protocoles pour refléter pleinement les engagements fondés sur les droits à la tuberculose. Il est également nécessaire de renforcer la mise en œuvre des plans et engagements stratégiques, y compris des initiatives de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que les processus et les actions de suivi et d'évaluation, tout comme des cadres de responsabilisation. En outre, il existe encore des efforts substantiels à fournir pour une meilleure focalisation sur une approche transformatrice, en matière de genre, de la vulnérabilité, des soins et du traitement de la tuberculose dans les plans stratégiques, les politiques et lignes directrices.

Un plan d'action CRG aligné à la présente évaluation donne des précisions sur des actions spécifiques à mettre en œuvre pour créer des cadres juridiques et politiques sociaux propices à la lutte contre les inégalités, afin d'éliminer toutes les formes de stigmatisation, de discrimination, d'inégalité et autres obstacles liés à la tuberculose.



<sup>5</sup>Nimagan S, Bopaka RG, Diallo MM, Diallo BD, Diallo MB, Sow OY. [Predictive factors of TB treatment failure in Guinea Conakry]. Pan Afr Med J. 2015;22.

<sup>5</sup>Profile TB Gabon\_Rapport mondial OMS 2023.pdf.

La Constitution du 19 décembre 2024 renforce l'approche basée sur les droits de l'homme.

## I. INTRODUCTION



Depuis 2022, l'OMS a classé le Gabon parmi les trente (30) pays à forte charge de la tuberculose et de la co-infection TB/VIH. Ainsi, la tuberculose demeure un problème de santé publique au Gabon avec un taux d'incidence à 509 cas / 100 000 habitants en 2022. Avec une couverture du traitement de 52% en 2022 (6 299 nouveaux cas et rechutes notifiés pour 12 000 cas attendus et 6575 nouveaux cas et rechutes en 2023), il existe encore 47% des cas attendus ; soit 5 629 nouveaux cas non dépistés dans la communauté et qui continuent d'infecter d'autres personnes.

La notification des cas de tuberculose au Gabon est très faible dans presque toutes les Régions Sanitaires. Toutefois, il existe de grandes disparités entre les autres Régions et celle de Libreville-Owendo qui dépiste plus de 73% des cas de l'ensemble du pays. Notons que cette région représente environ 45% de la population générale. Cette situation est probablement due à la forte centralisation des

services au niveau de la Région de Libreville-Owendo. Les Régions de l'Ouest (97%), du Centre-Est (89%), du Sud-Est (85%), du Nord (78%) et Sud (76%) sont celles qui affichent relativement les plus grands pourcentages de cas manquants. Ces pourcentages doivent toutefois être interprétés avec prudence, car la densité populationnelle varie beaucoup entre les régions avec également comme corollaire une grande variation de l'incidence de la tuberculose

La répartition selon le sexe adopte la même configuration retrouvée dans la plupart des autres pays, c'est-à-dire une forte prédominance masculine des cas diagnostiqués et mis sous traitement . En 2022, le PNLT a déclaré plus d'hommes que de femmes, avec un sex-ratio de 1,6. Toutes les tranches d'âges sont touchées par la TB. Plus des 2/3 des patients tuberculeux sont âgés de 15 à 44 ans. La tranche de 25 à 34 ans est la plus atteinte. Le taux de notification de la TB présente ses niveaux les plus bas chez les enfants (0 à 14 ans). Pour tous les groupes d'âge, à l'exception des enfants de moins de 5 ans, le taux de notification chez les hommes est supérieur à celui observé chez les femmes. Cette différence est plus marquée dans les groupes d'âge où sont observés les plus forts taux de notification ; c'est-à-dire chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans.

Le taux de succès thérapeutique est passé de 63% en 2021 à 57% en 2022 ; soit une réduction de 10,52%. Le taux de malades perdus de vue est passé de 29 % en 2021 à 19% en 2022 ; soit une réduction de 3,4%, tandis que le taux de décès est passé de 4,5 % en 2021 à 3,02% en 2022. Bien qu'en nette amélioration, ces indicateurs demeurent très en dessous des objectifs fixés qui sont de 90% pour le succès thérapeutique, moins de 5% pour les taux de perdus de vue et de décès<sup>5</sup>.

Au Gabon, les stratégies de dépistage sont insuffisamment différenciées pour les groupes vulnérables, toutefois le programme a ciblé dans ses stratégies un certain nombre de groupes clés vers qui des actions sont menées. Les groupes vulnérables qui sont considérés par le PNLT et qui se retrouvent dans son plan stratégique sont : les enfants, les cas contacts, les personnes privées de liberté, les diabétiques, les populations mal desservies, les mineurs et les PVVIH. Cependant, le pays n'a pas pour l'heure effectué d'étude pour l'estimation de la taille des populations vulnérables à l'instar des mineurs, diabétiques et populations mal desservies tel que recommandé par le partenariat halte à la tuberculose.

Pour identifier et traiter toutes les personnes atteintes de TB afin d'atteindre les objectifs de la stratégie de lutte contre la tuberculose, les pays doivent abandonner les programmes passifs et descendants du passé et adopter une nouvelle approche radicale. Selon le partenariat Halte à la TB et tel qu'énoncé dans le Global Plan to End TB , cette approche doit rechercher l'équité et prendre en compte les droits structurels, sociaux, socio-économiques, humains (R), et de genre (G) dynamiques de la maladie et assurer l'engagement significatif des personnes responsabilisées et affectées des communautés (C), dans la riposte à la TB, qui connaissent leurs droits.

Cette approche Communauté, droits et genre (CRG) s'aligne sur le cadre de lutte contre la TB et les droits de l'homme, la couverture sanitaire universelle (CSU) et l'objectif de développement durable (ODD) qui visent à garantir que tout le monde, partout, puisse accéder à des services de santé de qualité sans aucun obstacle<sup>6</sup>

Pour soutenir les efforts des pays visant à mettre en œuvre une approche CRG de lutte contre la tuberculose, STOP TB a élaboré une évaluation CRG. Le but de l'intervention est de renforcer les données et les informations stratégiques sur les obstacles liés au genre et aux droits de l'Homme et les populations clés et vulnérables (PCV) qui peuvent ensuite être utilisées pour éclairer la planification et l'action programmatique.



<sup>4</sup>Nimagan S, Bopaka RG, Diallo MM, Diallo BD, Diallo MB, Sow OY. [Predictive factors of TB treatment failure in Guinea Conakry]. Pan Afr Med J. 2015;22.

<sup>5</sup>Profile TB Gabon\_Rapport mondial OMS 2023.pdf.

<sup>6</sup>World Health Organization. The Paradigm Shift 2016-2020: Global plan to end TB. World Heal Organ Doc [Internet]. 2015;124.

<sup>7</sup>Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. 2017

## II. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION



### II.1 Objectif général de l'évaluation CRG :

Générer des informations stratégiques pour éclairer les interventions transformatrices de la riposte à la TB en vue de l'équité fondée sur les droits et centrée sur les personnes.

### II.2 objectifs spécifiques :

1. Examiner le cadre politique et juridique de la lutte contre la tuberculose, sur la base des conventions, cadres et directives internationaux régionaux et sous régionaux ;
  2. Déterminer quels sous-groupes de populations clés doivent être considérés comme des populations clés et vulnérables dans la riposte à la tuberculose ;
  3. Évaluer dans quels contextes et stades de soins la stigmatisation liée à la tuberculose est vécue par les patients atteints de tuberculose et ses manifestations ;
  4. Évaluer la manière dont le genre a un impact sur la vulnérabilité à l'infection tuberculeuse, l'accès aux services antituberculeux et les résultats du traitement ;
  5. Élaborer des recommandations pour améliorer la riposte à la tuberculose afin de :
    - 5.1 Fournir des services antituberculeux inclusifs de qualité aux populations clés et vulnérables ;
    - 5.2 Produire une riposte transformatrice de genre et fondée sur les droits de l'homme.
- 
3. Évaluer dans quels contextes et stades de soins la stigmatisation liée à la tuberculose est vécue par les patients atteints de tuberculose et ses manifestations ;
  4. Évaluer la manière dont le genre a un impact sur la vulnérabilité à l'infection tuberculeuse, l'accès aux services antituberculeux et les résultats du traitement ;
  5. Élaborer des recommandations pour améliorer la riposte à la tuberculose afin de :
    - 5.1 Fournir des services antituberculeux inclusifs de qualité aux populations clés et vulnérables ;



Fournir des services antituberculeux inclusifs de qualité aux populations clés et vulnérables

### III. APERÇU DU PROCESSUS



Le processus a été orienté par les directives du Partenariat Stop TB, en se rassurant du caractère inclusif de l'approche. Il s'est déroulé de la manière suivante :

- Sélection d'un groupe central chargé de superviser et de nommer les membres des équipes d'évaluation et du groupe de travail multipartite. Ce groupe central a été constitué des représentants du Programme National de Lutte contre la Tuberculose, de la société civile, des personnes touchées par la tuberculose, ainsi que des représentants de quatre ministères (Santé, Justice, Affaires Sociales, Plan et Prospective), et des consultants pour les évaluations.

- Le groupe central a recommandé des membres pour un groupe de travail multipartite afin de garantir l'exclusivité et la représentativité. Une attention particulière a été accordée aux personnes touchées par la tuberculose, aux organisations de la société civile travaillant sur la tuberculose et le VIH, aux ministères représentés au Comité National de Lutte contre la Tuberculose, aux experts en genre et droits humains, ainsi qu'aux organisations internationales. Ce groupe avait pour mission de revoir la méthodologie du projet, de sélectionner les populations clés pour la recherche qualitative et de valider les résultats de l'évaluation.

#### Le processus d'évaluation s'est déroulé selon les étapes suivantes :

- Planification initiale pour ajuster les budgets, consolider les principales étapes et recruter les consultants.
- Réunion de lancement du projet pour susciter l'intérêt des acteurs nationaux et des médias.
- Revues initiales de la littérature pour fournir des données de base au groupe central pour le protocole éthique et la présentation du contexte au groupe de travail restreint.
- Réunion du groupe central pour formuler des recommandations pour le protocole de recherche et procéder à une première priorisation des populations clés à inclure dans l'évaluation.

- Réunion du groupe de travail multipartite pour discuter et approuver les protocoles et outils éthiques, ainsi que la sélection des populations clés.
- Révision des revues de la littérature pour inclure des éléments discutés lors de la réunion multipartite et développer des revues pour les populations clés sélectionnées.
- Révision et soumission du protocole au Comité Ethique.
- Formation des coordinateurs, superviseurs et enquêteurs.
- Mise en œuvre des processus de recherche.
- Apurement et analyse des données.
- Rédaction des conclusions.
- Réunion du groupe de travail multipartite pour valider les résultats.
- Revue externe par des consultants Stop TB.
- Compilation des rapports.
- Diffusion du rapport.



Une attention particulière a été accordée aux personnes touchées par la tuberculose, aux organisations de la société civile travaillant sur la tuberculose et le VIH

## IV.Méthodologie

### 4.1 Synthèse de l'approche

	APPROCHE QUANTITATIVE	APPROCHE QUALITATIVE
<b>Population d'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes atteintes de la TB sensible/VIH (anciens et nouveaux malades), mises sous traitement depuis au moins un mois.</li> <li>- Personnes atteintes de la TB MR/VIH, mises sous traitement depuis au moins trois mois.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membres de la famille des personnes atteintes de la TB, TB/VIH ;</li> <li>- Autorités locales (Chefs de quartier/village, Maires, Préfets) ;</li> <li>- Professionnels de la santé impliqués dans le traitement des malades de la TB, TB/VIH (Médecin, Infirmier, Laborantin, Psychologue, Sage-Femme, Assistant Social, Pharmacien) ;</li> <li>- Acteurs communautaires, ONGs, Associations ;</li> <li>- Pairs éducateurs et les spécialistes des questions juridiques.</li> </ul>
<b>Critères d'inclusion principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients TB des CT/CDT retenus ;</li> <li>- Patients TB/VIH des CT/CTA /CDT retenus</li> <li>- Patients TB/VIH âgés d'au moins dix-huit (18) ans diagnostiqués TPB+ dans les CT /CDT/CTA sélectionnés.</li> </ul>	<p>Être impliqué dans la prise en charge d'un cas de TB ou TB/VIH en qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Superviseur de traitement ;</li> <li>- Tuteur du malade</li> <li>- Entourage du malade ;</li> <li>- Agent de santé</li> <li>- Agent de santé communautaire</li> </ul> <p>Être une autorité de la localité Être un spécialiste des questions juridiques Avoir donné son consentement libre et éclairé</p>
<b>Technique de collecte</b>	Entretiens structurés	Entretiens individuels Focus group Récits de vie
<b>Outils de collecte</b>	Questionnaire standardisé	Guide d'entretien semi-structuré Guide thématique d'entretien

***Tableau 1 : Synthèse de l'approche méthodologique***

## 4.2 Méthodes de l'évaluation

Les approches suivantes ont été utilisées dans le cadre de l'évaluation :

- ✓ **Revues documentaires** de chaque domaine d'investigation ; juridique, genre, populations clés et stigmatisation ;
- ✓ **Entrevues d'informateurs clés** avec des experts et des spécialistes de chaque domaine ;
- ✓ **Entretiens individuels approfondis (EIA)** avec des personnes atteintes de tuberculose, des membres de la famille, des membres de la communauté, des prestataires de soins de santé ;
- ✓ **Discussions de groupe (FGD)** avec des prestataires de soins de santé et des personnes touchées par la tuberculose, des experts des questions de genre et droit.
- ✓ **Questionnaire relatif aux populations clés et vulnérables** administré aux médecin- chefs des CDT, CT et CTA pour l'identification des populations clés et vulnérables selon les caractéristiques socio démographiques contenues dans les dossiers des malades et les registres de déclaration des cas.

## 4.3 Sites de l'évaluation

L'évaluation a été conduite dans 5 provinces au sein de 30 sites de prise en charge de la tuberculose (CDT, CT et CTA) ; soit un pourcentage de 50,8% de l'ensemble des sites du pays. Le choix des provinces retenues a tenu compte de deux critères majeurs, notamment (i) l'existence des trois types de structures de prise en charge (CDT, CT et CTA) et (ii) la possibilité de construire une grappe dans chacun des sites de prise en charge retenue. La grappe moyenne a été constituée de 20 personnes. Les provinces retenues constituent environ 90% des personnes notifiées selon les

données 2022 du Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Les sites représentent la diversité culturelle et géographique du pays. Les provinces retenues concernent à la fois, (i) un site à forte notification (Estuaire : 77%) ; (ii) 3 sites à notification moyenne (Ogooué Maritime : 5%, Haut-Ogooué 4%, Moyen Ogooué : 3%, et (iii) un site à très faible notification (Nyanga : 1%).

	Estuaire	Haut-Ogooué	Moyen Ogooué	Ogooué Maritime	Nyanga	Total
<b>Poids notification</b>	77%	4%	3%	5%	1%	90%
<b>Echantillon total</b>	250	100	100	100	100	650
<b>Nre de grappes</b>	10	05	05	05	05	30

***Tableau 2 : Répartition des sites de l'évaluation***

## 4.4 Participants à l'évaluation

L'évaluation a pris en compte les personnes de sexe masculin et féminin appartenant à l'un des groupes ci-dessous :

- Les personnes s'identifiant comme appartenant aux populations clés et vulnérables priorisées (voir section 5) ;
- Membres de la famille des personnes atteintes de tuberculose ;
- Membres de la communauté ;

- Prestataires de soins impliqués dans la riposte à la tuberculose ;
- Autres experts tel que les experts juridiques et décideurs politiques, experts en genre, experts en stigmatisation de la tuberculose et programmeurs de lutte contre la tuberculose, et experts en pauvreté.

#### 4.4.1 Critères d'inclusion des participants

- Âgé de 18 ans et plus (auto déclaration) ;
- Consentement éclairé fourni.

De plus, les critères spécifiques ont été convenus pour un ou plusieurs des domaines d'évaluation :

##### **Environnement juridique**

- Affecté par la tuberculose en [une période limitée, par ex. cinq ans], et/ou ;
- Travaille ou s'intéresse aux aspects liés aux droits de l'homme et/ou à l'environnement juridique de la riposte à la tuberculose.

##### **Stigmatisation**

- Cohorte (cohorte 2023 ou 2024) ;
- Membres de la famille de la cohorte ;
- Les membres de la communauté (par exemple, les dirigeants) dans la communauté de la cohorte ;
- Fournisseurs de soins de santé de la cohorte précédente.

##### **Genre**

- Affecté par la tuberculose en [une période limitée, de cinq ans],

et/ou ;

- A un intérêt ou travaille dans les aspects liés au genre de la riposte à la tuberculose.

##### **Populations clés et vulnérables**

- Affecté par la tuberculose en [une période limitée, de cinq ans], et/ou ;
- S'identifie comme appartenant à l'un des groupes de population clés décrits ci-dessus, et/ou ;
- Travaille avec ou s'intéresse à l'une des populations clés et vulnérables sélectionnées et à la riposte à la tuberculose.

#### 4.5 Échantillonnage

- Cohorte de patients de l'année 2023 ou 2024 ;
- Les agents de santé en tant que prestataires de soins et les patients atteints de tuberculose en général seront accessibles via un centre de traitement de la tuberculose sélectionné par l'Investigateur principal et le co-investigateur ;
- Les membres des populations clés et vulnérables sélectionnées seront échantillonnés par le biais d'organisations locales de plaidoyer et/ou de prestation de programmes ;
- Les informateurs clés seront sélectionnés par le biais des institutions gouvernementales locales et des organisations de la société civile.

##### 4.5.1 Populations concernées

- **Population A** : Les patients âgés d'au moins dix-huit (18) ans et diagnostiqués TPB+ en 2023 ou 2024 dans les CTA, CDT ou CT sélectionnés.

- **Population B** : Les membres de la famille des patients âgés d’au moins dix-huit (18) ans et diagnostiqués TPB+ en 2023 ou 2024 dans les CDT, CT ou CTA sélectionnés.
- **Population C** : La Communauté (ménages voisins, autorités coutumières ou religieuses, chef de quartier...) des patients âgés d’au moins dix-huit (18) ans et diagnostiqués TPB+ en 2023 ou 2024 dans les CTA, CDT ou CT sélectionnés.
- **Population D** : Les professionnels de la santé intervenants dans le domaine de la tuberculose âgés de 18 ans et plus.

## 4.5.2 Taille des différents échantillons

### 4.5.2.1 Taille de l’échantillon de la population A

Afin de garantir la représentativité nationale des résultats, la taille minimale de l’échantillon des patients âgés d’au moins dix-huit (18), a été calculée en utilisant la formule ci-dessous. En l’absence de toutes informations sur la proportion de patients TPB+ âgés d’au moins 18 ans stigmatisés, la théorie d’échantillonnage a suggéré que l’on utilise 50%. On a donc obtenu :

$$n = \frac{Npq}{(N-1)(D)+P(1-P)} * deff \text{ avec } D = \frac{i^2}{Z^2_{1-\alpha}}$$

n : taille minimale de l'échantillon

i : précision (3%) ;

Z: quantile d’ordre  $1-\alpha/2$  de la loi normale égale à 1,96

p : proportion de patients stigmatisés égale à 0,5;

q = 1-p

**deff** = effet de plan de sondage est supposé égale à 0.8N= Nombre total de patients TB toutes formes notifiées en 2022 de valeur 6451

Tableau 3 : Echantillonnage des patients TB+ âgés de 18+

La taille minimale de l’échantillon de la population A est donc été n= 641

### 4.5.2.2 Taille de l’échantillon des populations B, C et D

*L’échantillon considéré a assez été représentatif dans les zones considérées, en termes de nombre de*

	Effectif	Patients TB+ (Base 2022)	Pourcentage	Nombre de patients dans l'échantillon	Nombre de grappes
<b>CT</b>	33	1613	25%	160	20
<b>CTA</b>	10	645	10%	64	4
<b>CDT</b>	16	4193	65%	417	10
<b>Total</b>	59	6451	100%	641	34

populations par strate, par milieu de résidence. Ainsi, pour déterminer la taille de l’échantillon des populations, on s’est fixé un seuil de confiance à 95%. Sous l’hypothèse que les populations des zones côtières ont une bonne connaissance de la tuberculose, alors on s’est donné :

P = Proportion des ménages qui ont une bonne connaissance des liens ;

Q = (1-P) = Proportion des ménages qui ont une mauvaise connaissance des liens.

On a alors considéré qu’il y a équiprobabilité entre les ménages qui connaissent (P=0,50) et ceux qui ne connaissent pas (Q = (1-P) = 0,50). Ainsi, par la formule de l’erreur relative, on a eu : Taille de l’échantillon : N=P. (1-

P)  $\frac{1}{(\text{Erreur})^2}$ . En se fixant une erreur relative à 3% point près, alors  $N = \frac{(0,5 \times 0,5)}{(0,1 \times 0,1)} = 25$  populations. En appliquant le taux de réponses global qui est de 97% en moyenne dans les enquêtes antérieures réalisées au Gabon, on a obtenu un échantillon de l'ordre de  $N = 30$  populations. (NB : l'application du taux de réponses permet d'augmenter la taille de l'échantillon pour compenser les refus des ménages). La taille d'échantillon pour chacune des trois autres populations a alors été fixée à 30 personnes.

N°	Province	Population B	Population C	Population D	Total
1	Estuaire	10	10	10	30
2	Haut Ogooué	5	5	5	15
3	Ogooué Maritime	5	5	5	15
4	Moyen Ogooué	5	5	5	15
5	Nyanga	5	5	5	15
<b>Total</b>		30	30	30	90

**Tableau 4: Taille de l'échantillon pour chacune des 3 populations B, C et D**

Dans chaque province sélectionnée au premier degré, les populations B, C et D ont été sélectionnées avec un tirage systématique à probabilités égales, à partir des listes nouvellement établies au moment de cette phase de collecte.

#### 4.6 Le choix des CDT, CT et CTA par province

Les CDT, CT et CTA par province ont été choisis en appliquant trois principaux critères : (i) les structures ayant le plus faible nombre de cas notifiés, (ii) les structures avec le plus grand nombre de cas notifiés et, (iii)

les structures avec un nombre de cas notifiés moyen par rapport à l'ensemble des cas notifiés du type de structure sanitaire.



Le tableau suivant présente le nombre de CT et CDT retenus dans chaque région. Etant donné que les patients TB+ sont regroupés dans les établissements où ils sont diagnostiqués et/ou traités, l'échantillonnage par grappe a été le mieux indiqué. Par ailleurs, cela a permis de réduire les coûts de collecte.

PROVINCES	VILLES	CDT	CT	CTA	TOTAL
<b>Estuaire</b>	Libreville- Owendo- Ouest	HIAOBO CHUL NKEMBO CHR MELEN	Nzeng-Ayong Cabinet VOLANE CHUMEJ CM KANGO	CHUL	<b>10</b>
<b>Ogooué Maritime</b>	Port-Gentil- Gamba	CHR DE POG	CSU Prison de Port Gentil CM Gamba	CTA de Port Gentil	<b>05</b>
<b>Haut-Ogooué</b>	Franceville- Moanda- Mounana	CHR de Franceville	CM Moanda CM de Mounana Prison provinciale de FCV	CTA de Franceville	<b>05</b>
<b>Moyen Ogooué</b>	Lambarene	CERMEL	CHR Georges RAWIRI Hop Albert Prison provinciale de Lambarene	CTA de Lambaréné	<b>05</b>
<b>Nyanga</b>	Tchibanga	CHR BENJAMIN NGOUBOU	CSU de Tchibanga : Prison de Tchibanga : BELE :	CTA de Nyanga	<b>05</b>
<b>Total</b>					<b>30</b>



***Tableau 5 : Choix des CDT, CT et CTA par province***

#### 4.7 Outils et technique de collecte des données

Dix-huit (18) outils de collectes de données couvrant les principaux domaines de l'étude CRG ont été utilisés. Il s'agit notamment de :

- **Environnement juridique** : Un (1) guide d'entretien sur l'environnement juridique et politique – population générale (entretien) avec les informateurs clés de la communauté.
- **Genre** : Un (1) Groupe de discussion (FGD) avec des parties prenantes – Genre ; Un (1) Groupe de Discussion (FGD) avec des professionnels de la santé – Genre ; Un (1) Groupe de Discussion (FGD) avec des personnes affectées par la tuberculose – Genre.
- **Populations clés et vulnérables** : Un (1) Groupe de discussion (FGD) avec les parties prenantes - Populations clés et vulnérables ; Un (1) Groupe de Discussion (FGD) avec des personnes affectées par la tuberculose - Populations clés et vulnérables.
- **Populations clés et Droits Humains** : Un (1) Groupe de Discussion (FGD) avec des professionnels de la santé – Populations clés et vulnérables et Droits humains.
- **Populations clés et vulnérables et genre** : Un outil commun a été élaboré qui est un (1) guide d'entrevue (entretien) avec les informateurs clés - Genre ou Populations clés et vulnérables.
- **Maladie et accès au traitement, vulnérabilité et parcours de vie** : Cinq (5) outils ont été élaborés. Une (1) fiche d'observation de la PEC TB avec Professionnels de santé ; Une (1) entrevue narrative

sur la maladie et le traitement (entretien) avec des anciens malades TB ; Un (1) Groupe de Discussion (FGD) avec des anciens malades sur cartographie de l'accès au traitement ; Un (1) Groupe de Discussion (FGD) avec anciens malades sur l'évaluation de la vulnérabilité à la tuberculose et de l'accès au traitement ; Un (1) Groupe de Discussion (FGD) avec anciens malades sur la cartographie du parcours de vie.

- **Stigmatisation** : Quatre (4) questionnaires standardisés ont été élaborés et déployés sur l'application Kobocollect pour la collecte des données. Un (1) Groupe de Discussion (FGD) dirigé sera réalisé avec des responsables politiques et d'autres décideurs qui connaissent bien les lois et les politiques relatives à la tuberculose et aux droits de l'homme. Ce FGD a abouti à l'élaboration des matrices de notation des lois et des politiques.

#### 4.8 Collecte, sécurité et analyse des données

L'équipe de collecte, composée de 24 personnes (5 superviseurs, 5 coordonnateurs et 14 agents collecteurs) ont mener l'évaluation en français et dans certains cas en langue locale selon le choix des enquêtés. Les données ont été enregistrées au moyen d'une combinaison d'enregistrements sur Tablette, d'audio, de feuilles de calcul Excel, de notes écrites et d'images dessinées par les participants. L'équipe de collecte a été subdivisée en 5 groupes (provinces).

	Libreville	Haut-Ogooué	Ogooué Maritime	Moyen Ogooué	Nyanga	TOTAL
<b>Nbre Enqueteur</b>	6	2	2	2	2	14
<b>Superviseur</b>	1	1	1	1	1	5
<b>Coordonnateur</b>	1	1	1	1	1	5
<b>Nbre de Jour</b>	6	5	5	5	5	

**Tableau 6 : Répartition de l'Equipe de mission de terrain par région**

Le personnel d'évaluation a pris les précautions suivantes pour maintenir la sécurité des données :

- Les enregistreurs vocaux ont été stockés en toute sécurité sur des Tablettes ou données numériques.
- Les cahiers d'évaluation et les dessins des participants ont été stockés en toute sécurité sur les sites d'évaluation. Ils ont été retirés des sites d'évaluation par le personnel d'évaluation et stockés en toute sécurité hors site.
- Toutes les données saisies et stockées sur les ordinateurs ont été protégées par un mot de passe.

Toutes les données ont codé et analysées dans NVivo. Lorsque des transcriptions et des traductions été nécessaires, elles ont été être effectuées par du personnel supplémentaire qui a au préalable signé des accords de confidentialité spécifiques à l'étude. Les cadres de codage ont été développés indépendamment par au moins deux membres du

personnel d'évaluation à des fins de comparaison avant que le cadre de codage ne soit finalisé.

#### 4.9 Considérations Ethique

Un protocole de recherche a été rédigé et soumis au comité Ethique qui a délivré l'avis favorable N° **0007/2024/** CNERS pour l'exécution, par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose du protocole de recherche intitulé “ **Evaluation de l'environnement juridique, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'Homme dans la riposte à la tuberculose au Gabon.**”

Les considérations éthiques suivantes ont été prises en compte :

- **Consentement éclairé obligatoire avant le début des entretiens.**
- **Participation volontaire.**
- **Intimité et confidentialité.** Un éventail de protections a été mis en pour protéger la vie privée et la confidentialité des participants. Ceux-ci ont inclus :
  - Une gestion rigoureuse des données ;
  - Utilisation de pseudonymes et d'identifiants numériques dans toutes les données saisies (kobotool et fiches d'enquêtes diverses).
  - Utilisation d'espaces privés pour des entrevues et des séances de groupe (groupes de discussion et activités facilitées).
  - Utilisation de sites sûrs, accessibles et conviviaux
  - Tous les membres du personnel d'évaluation ont signé un accord de confidentialité spécifique à l'étude.

Les personnes atteintes de tuberculose ont reçu une rémunération (2 000 Francs CFA) pour couvrir les coûts essentiels de leur participation. Les parties prenantes et les informateurs clés interrogés n'ont reçu aucune

rémunération sauf dans les cas, ou ils auraient engagé des frais de déplacement pour se rendre aux sites d'entretien ou de groupe de discussion. Il a été clairement indiqué à tous les participants que leurs informations seront utiles pour façonner la riposte internationale et nationale à la tuberculose.

Tous les efforts ont été faits pour perturber le moins possible les processus quotidiens de prestation de soins de santé. Les établissements de santé ont été sélectionnés en collaboration avec le PNLT et les Directions régionales de la Santé, en fonction de leur emplacement, du fardeau des patients et de la tuberculose, et du fait qu'ils n'ont pas été surévalués. Le personnel d'évaluation et les participants à l'évaluation ont suivi rigoureusement les processus de contrôle des infections des établissements de santé. Les masques de protection étaient disponibles pour tous les participants dans les formations sanitaires. **Les enquêteurs ont été formés dans la gestion des émotions négatives résultant de souvenirs d'événements désagréables.** Le personnel d'évaluation a écouté avec empathie et orienté les participants vers des conseillers formés si nécessaire. Les contacts desdits professionnels (Psychologues, assistants sociaux, etc.) ont été mis à la disposition des enquêteurs.

#### 4.10 Limites

**Du point de vue des personnes touchées par la tuberculose :** bien que la recherche qualitative ait impliqué des entretiens avec des informateurs clés, elle s'est principalement concentrée sur les opinions et les perspectives des personnes touchées par la tuberculose. Ainsi, dans ce rapport, nous avons mis l'accent sur les expériences et la compréhension de la tuberculose du point de vue de ces personnes. En conséquence, nos observations sur les systèmes de santé sont très superficielles et nous ne

mettons pas l'accent sur les questions liées aux processus de prestation de soins.

**Ciblage des populations clés :** la recherche qualitative menée s'est concentrée exclusivement sur cinq populations clés, y compris les contacts de patients tuberculeux. Cependant, comme l'indique clairement l'analyse de la littérature, de nombreuses autres populations clés de tuberculose méritent une attention particulière au Gabon. Élargir la portée pour inclure davantage de populations clés dépassait le cadre de ce travail.

**Exploration limitée des minorités de genre due aux contraintes liées à la législation nationale :** Ces personnes toutefois existent et sont tous accessibles via un réseau social, même s'ils sont très réticents à s'identifier comme personnes transgenres ou LGBTQI+ de peur d'être stigmatisés et discriminés.



## V. PRIORISATION DES POPULATIONS CLÉS



Les données actuelles sur les populations clés de la tuberculose sont limitées, et des efforts pour combler ces lacunes - y compris les facteurs de risque et d'exposition, la taille estimée de la population touchée et la prévalence de la tuberculose - sont nécessaires dans le cadre de la stratégie END TB.

Pour aider à atteindre ces objectifs, le Partenariat Stop TB a développé des outils de priorisation des populations clés. Plusieurs étapes ont conduit à la priorisation des populations clés au Gabon :

**a) Revue documentaire par l'équipe de consultants :** Une liste de 33 populations a été préétablie en se basant sur les données du PNLT et sur les directives et guides de l'OMS et du Partenariat Stop TB.

**b) Revue du groupe restreint :** Lors d'un deuxième atelier, le groupe restreint a réalisé une analyse de priorisation pour aboutir à une pré-identification de 16 groupes prioritaires.

Les scores sont calculés sur la base du : (i) Risques d'exposition (Exposition à des personnes infectées/ bacilles concentrés) ; (ii) Risques biologiques (Probabilité d'immunosuppression/possibilité de développer une tuberculose active) ; (iii) Barrières à l'accès aux soins (Barrières sexospécifiques, juridiques, sociales et structurelles) ; (iv) Barrières à l'achèvement du traitement (Stigmatisation, conditions de vie, problèmes de continuité d'accès) ; (v) Probabilité de nouvelles perspectives (Dynamiques sociales insuffisamment comprises) ; (vi) Contribution estimée (et/ou issue de données officielles, le cas échéant) à la charge de morbidité de la tuberculose dans le pays (Cas de tuberculose active de toutes les formes).

le Partenariat Stop TB a développé des outils de priorisation des populations clés.

Populations clés à prendre en considération	Note 1	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5	Note 6	Résultats combinés pour faciliter l'estimation des priorités
	<b>Risques d'exposition</b>	<b>Risques Biologiques</b>	<b>Risques comportementaux</b>	<b>Obstacles à l'accès aux soins</b>	<b>Droits de l'homme et obstacles sexospécifiques à l'accès aux services</b>	<b>Estimation de la contribution apportée au fardeau de la tuberculose du pays</b>	<b>Total Note( Somme des notes 1-6, Max 10)</b>
	Exposition à des personnes infectueuses / bacilles concentrées	Probabilité d'ummino-suppression / possibilité de développer une tuberculose active	(Inspirant/expirant dans/de la bouche de l'autre, partageant le matériel utilisé pour fumer)	Obstacles juridiques, sociaux et culturels	(Stigmatisation, discrimination)	(toutes les formes des cas de tuberculose active)	
	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>1 - Très faible</b>
	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>3 - Moyen</b>
	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>4 - Elevé</b>
							<b>5 - Très élevé</b>
PVVIH	1	1	1	0,5	0,5	1	5
Malnutris	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	4
Enfants	1	0,5	1	0,5	0	1	4
Toxicomanes	1	0,5	1	0,5	0	1	4
Détenus	1	0	1	0	0,5	1	3,5
Les Sujets contacts	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	3,5
Miniers	1	1	1	0	0	0,5	3,5
Professionnels du sexe	1	0	1	0,5	0,5	0	3
Diabétiques	0,5	1	1	0	0	1	3,5
Personnels de Santé	1	0	0,5	0	0	0,5	2
Peuples Autochtones	0	0,5	0	1	0,5	0	2
LGBTQ+	0	0	0	1	1	0	2
Peuples lagunaires	0	0	0	1	0	0,5	1,5
Sans-Abris	0	0	0	1	0,5	0	1,5
Personnes handicapées	0	0	0	0,5	0,5	0	1
Hypertendus	0	0,5	0	0	0	0	0,5

**Tableau 7 : Priorisation des Populations Clé et vulnérables.**

Validation des populations clés : Au cours de l'atelier multipartite, l'ensemble des parties prenantes ont procédé à la validation de 7 populations clés qui serviront également de base pour l'évaluation

Populations clés à prendre en considération	Note 1	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5	Note 6	Résultats combinés pour faciliter l'estimation des priorités
	<b>Risques d'exposition</b>	<b>Risques Biologiques</b>	<b>Risques comportementaux</b>	<b>Obstacles à l'accès aux soins</b>	<b>Droits de l'homme et obstacles sexospécifiques à l'accès aux services</b>	<b>Estimation de la contribution apportée au fardeau de la tuberculose du pays</b>	<b>Total Note (Somme des notes 1-6, Max 10)</b>
	Exposition à des personnes infectueuses / bacilles concentrées	Probabilité d'ummino-suppression / possibilité de développer une tuberculose active	(Inspirant/expirant dans/de la bouche de l'autre, partageant le matériel utilisé pour fumer)	Obstacles juridiques, sociaux et culturels	(Stigmatisation, discrimination)	(toutes les formes des cas de tuberculose active)	
	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>0 - Faible</b>	<b>1 - Très faible</b>
	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>0,5 - Moyen</b>	<b>3 - Moyen</b> <b>4 - Elevé</b>
	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>1 - Elevé</b>	<b>5 - Très élevé</b>
PVVIH	1	1	1	0,5	0,5	1	5
Malnutris	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	4
Toxicomanes	1	0,5	1	0,5	0	1	4
Détenus	1	0	1	0	0,5	1	3,5
Sujets contacts	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	3,5
Miniers	1	1	1	0	0	0,5	3,5
Diabétiques	0,5	1	1	0	0	1	3,5

**Tableau 8 : Liste Restreinte des Populations Clés et Vulnérables**

## VI. RÉSULTATS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE



### VI.1 Normes, lois internationales, régionales et nationales

Le Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030 (Plan mondial) de Stop TB Partnership, positionne les droits humains universels en tant que fondement de la riposte à la tuberculose. La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose de septembre 2023 recommande d'intensifier les efforts nationaux pour créer des cadres juridiques et politiques sociaux propices à la lutte contre les inégalités et progresser vers un accès universel à des services de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins et de sensibilisation de qualité, abordables, inclusifs, équitables et rapides en matière de tuberculose, et s'attaquer à ses déterminants économiques et sociaux. La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la TB d'ici 2030 a parmi ses principes la protection et promotion des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité.

Un nombre considérable de facteurs associés à la position des individus ou à leur capacité à réaliser leurs droits humains, accroissent la vulnérabilité à la TB, en réduisant l'accès aux services de détection, de prévention et de prise en charge de la tuberculose.

La tuberculose a persisté, à travers l'histoire, parce que ses racines sont étroitement liées aux inégalités économiques et sociales. Les violations des droits de l'Homme ou les situations dans lesquelles les possibilités de réaliser les droits sont limitées, favorisent des conditions économiques, sociales et environnementales propices à la propagation de la maladie. De ce point de vue, un cadre juridique et institutionnel favorable, articulé autour de la promotion et du respect des droits fondamentaux de la personne humaine, devrait constituer un mécanisme pertinent dans la stratégie nationale de lutte contre la TB. Mais l'atteinte de cet objectif dans des contextes étatiques africains généralement caractérisés par un vide normatif, passe certainement, en autres, par la domestication des instruments internationaux des Droits de l'Homme. L'internalisation de cet arsenal normatif international de protection à la fois générale et catégorielle, devrait mettre un point d'honneur à la jouissance effective des Droits de l'Homme tels que l'égalité, la non-discrimination et la participation. Toutes choses de nature à permettre l'égal accès de tous à des services de qualité.

La promotion et la protection des droits de l'homme des personnes affectées par la tuberculose constituent un impératif juridique, éthique, moral et revêtent une importance cruciale pour l'efficacité de la réponse à l'épidémie et le soulagement de la souffrance des personnes et des communautés affectées. Les personnes affectées par la tuberculose ont été et continuent d'être victimes de violations des droits de l'homme, notamment dans le cadre de la lutte contre la tuberculose elle-même. Et ces violations récurrentes entravent l'éradication de la tuberculose, aggravent les souffrances causées par la maladie et détruisent la confiance que les personnes affectées par la tuberculose ont en leurs systèmes de santé.



Intensifier les efforts nationaux pour créer des cadres juridiques et politiques sociaux propices

<sup>8</sup>Keimigrasian UUN 6 T 2011 tentang. No Title p. Phys Rev E. 2011;24

<sup>9</sup>Smelyanskaya M, Daniels C, Cortez C, Konstantinov B. Legal Environment Assessments for Tuberculosis. An Operational Guide. 2017.

<sup>10</sup>FXB Center for Health and Human Rights, Open Society Foundations. Health and Human Rights Resource Guide. 2013.

## VI.1.1 Traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme ratifiés par le Gabon

Nature de l'instrument	Date de signature, de ratification ou d'adhésion
➤ la Charte des Nations Unies 1945,	➤ Ratification en 1960
➤ la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948,	➤ Ratification en 1960 ;
➤ la Convention sur les droits politiques de la femme 1953	➤ Ratification le 19 avril 1967
➤ la Convention de l'OUA régissant tous les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique 1969,	➤ Ratification en août 1975
➤ le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels	➤ Adhésion le 21 janvier 1983
➤ le Pacte International relatif aux droits civils et politiques 1966,	➤ Adhésion le 21 janvier 1983
➤ la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes 1979,	➤ Ratification le 21 janvier 1983
➤ la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples 1981,	➤ Ratification le 20 février 1986
➤ la Convention relative aux droits de l'enfant 1989	➤ Ratification le 9 février 1994
➤ le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs à la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples 1998	➤ Ratification le 14 Août 2000
➤ le Statut de Rome de la Cour pénale internationale 1998	➤ Ratification le 20 septembre 2000
➤ la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1984	➤ Adhésion le 8 septembre 2000
le Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979	➤ Adhésion le 5 novembre 2004
➤ le Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, 2000	➤ Ratification le 10 septembre 2007
➤ la Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2006	➤ Adhésion le 1 <sup>er</sup> octobre 2007
➤ la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. En tant qu'État partie auxdits instruments internationaux, le Gabon s'engage, non seulement à respecter, mais aussi à faire respecter les droits basiques qui y sont contenus, 1990	➤ Ratification le 18 mai 2007
➤ Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants	➤ Ratification le 22 septembre 2010
➤ Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples ➤ relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo)	➤ Ratification le 10 janvier 2011
➤ Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant	➤ Ratification le 25 septembre 2012
➤ Protocole facultatif à la Convention relative aux droits des personnes handicapées	➤ Ratification le 1 juillet 2014

**Tableau 1: Traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme ratifiés par le Gabon**

## VI.1.2 Aperçu des conventions majeures ratifiées par la République Gabonaise

### VI.1.2.1 Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) est un traité multilatéral qui engage les nations à respecter les droits civils et politiques des individus, notamment le droit à la vie, la liberté de religion, la liberté d'expression, la liberté de réunion, les droits électoraux et les droits à une procédure régulière et à un procès équitable. Il a été adopté par la résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966 et est entré en vigueur le 23 mars 1976 après sa trente-cinquième ratification ou adhésion. En juin 2024, le Pacte comptait 174 parties et six autres signataires sans ratification, notamment la République populaire de Chine et Cuba. La Corée du Nord est le seul État à avoir tenté de se retirer.

Le PIDCP est considéré comme un document fondateur dans l'histoire du droit international et des droits de l'homme, faisant partie de la Charte internationale des droits de l'homme, avec le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH). Le respect du Pacte est surveillé par le Comité des droits de l'homme des Nations Unies [B], qui examine régulièrement les rapports des États parties sur la manière dont les droits sont mis en œuvre. Les États doivent présenter un rapport un an après avoir adhéré au Pacte, puis chaque fois que le Comité le demande (généralement tous les quatre ans). Le Comité se réunit normalement à l'Office des Nations Unies à Genève, en Suisse, et tient généralement trois sessions par an.

### VI.1.2.2 Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) est un traité multilatéral adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies (AG) le 16 décembre 1966 par la résolution 2200A (XXI) et entré en vigueur le 3 janvier 1976. Il engage ses parties à œuvrer pour l'octroi de droits économiques, sociaux et culturels (DESC) à tous les individus, y compris ceux vivant dans les territoires non autonomes et sous tutelle. Ces droits comprennent les droits du travail, le droit à la santé, le droit à l'éducation et le droit à un niveau de vie suffisant. En février 2024, le Pacte comptait 172 parties. Quatre autres pays, dont les États-Unis, ont signé mais n'ont pas ratifié le Pacte. Le PIDESC (et son Protocole facultatif) fait partie de la Charte internationale des droits de l'homme, au même titre que la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), y compris les premier et deuxième Protocoles facultatifs de ce dernier. Le Pacte est surveillé par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies.

### VI.1.2.3 Charte africaine des droits de l'homme et des peuples

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (également connue sous le nom de Charte de Banjul) est un instrument international des droits de l'homme qui vise à promouvoir et à protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales sur le continent africain.

Elle a été créée sous l'égide de l'Organisation de l'Unité Africaine (remplacée depuis par l'Union Africaine) qui, lors de sa Conférence des Chefs d'État et de Gouvernement en 1979, a adopté une résolution appelant à la création d'un comité d'experts chargé de rédiger un instrument des droits de l'homme à l'échelle du continent, similaire à ceux qui existaient déjà en Europe (Convention européenne des droits de l'homme) et dans les Amériques (Convention américaine des droits de l'homme). Ce comité a été dûment mis en place et produit un projet qui a été approuvé à l'unanimité lors de la 18ème Assemblée de l'OUA tenue en juin 1981, à Nairobi, au Kenya. Conformément à son article 63 (qui stipule qu'elle doit « entrer en vigueur trois mois après la réception par le Secrétaire

l'homme à l'échelle du continent, similaire à ceux qui existaient déjà en Europe (Convention européenne des droits de l'homme) et dans les Amériques (Convention américaine des droits de l'homme). Ce comité a été dûment mis en place et produit un projet qui a été approuvé à l'unanimité lors de la 18ème Assemblée de l'OUA tenue en juin 1981, à Nairobi, au Kenya. Conformément à son article 63 (qui stipule qu'elle doit « entrer en vigueur trois mois après la réception par le Secrétaire général des instruments de ratification ou d'adhésion d'une majorité simple » des États-membres de l'OUA, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples est entrée en vigueur le 21 octobre 1986, date à laquelle le 21 octobre a été déclaré « Journée africaine des droits de l'homme ». La surveillance et l'interprétation de la Charte sont la tâche de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, qui a été créée le 2 novembre 1987 à Addis-Abeba, en Éthiopie, et dont le siège se trouve aujourd'hui à Banjul, en Gambie. Un protocole à la Charte a ensuite été adopté en 1998, en vertu duquel une Cour africaine des droits de l'homme et des peuples devait être créée. Le protocole est entré en vigueur le 25 janvier 2004.

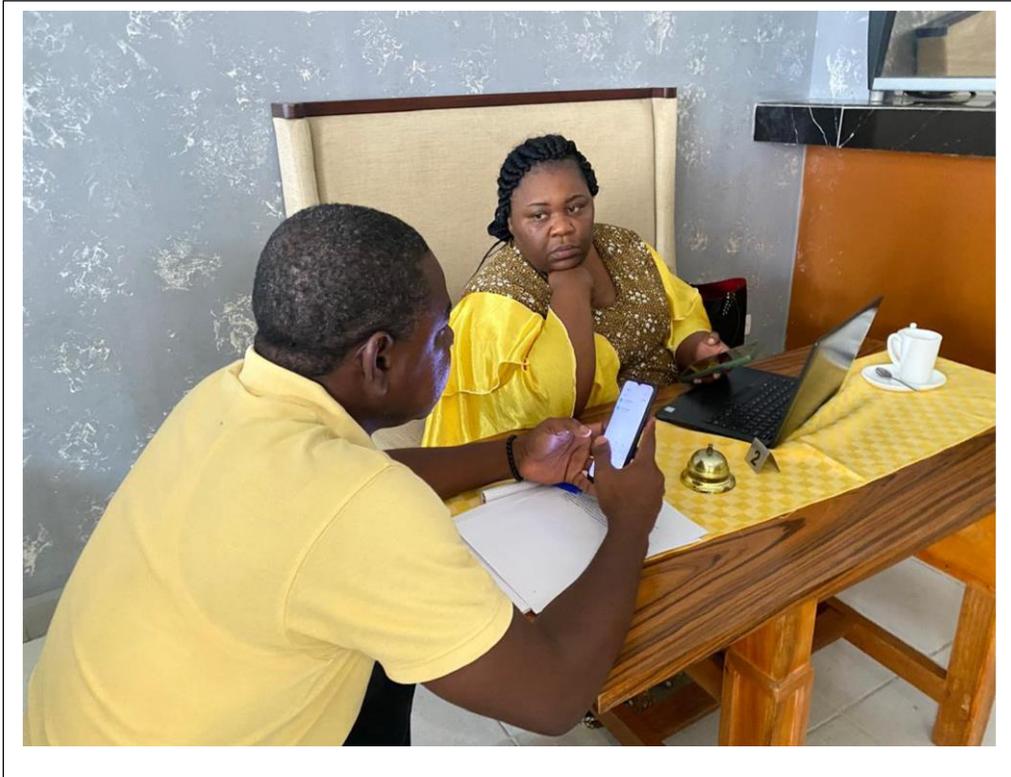
En juillet 2004, l'Assemblée de l'UA a décidé que la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples serait intégrée à la Cour africaine de justice. En juillet 2005, la Conférence de l'UA a décidé que la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples devait être opérationnelle, bien que le protocole portant création de la Cour africaine de justice n'ait pas encore pris effet. En conséquence, la huitième session ordinaire du Conseil exécutif de l'Union africaine, réunie à Khartoum, au Soudan, le 22 janvier 2006, a élu les premiers juges de la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples. La relation entre la Cour nouvellement créée et la commission reste à déterminer. En 2019, 53 États ont ratifié la Charte. Le Gabon a ratifié la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples le 20 février 1986. Le Gabon a signé la charte le 26 février 1982.

### VI.1.2.4 La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels,

La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (communément appelée Convention des Nations Unies contre la torture (UNCAT) est un traité international relatif aux droits de l'homme, soumis à l'examen des Nations Unies, qui vise à prévenir la torture et autres actes de traitement ou de peine cruels, inhumains ou dégradants dans le monde. La Convention exige des États-membres qu'ils prennent des mesures efficaces pour prévenir la torture sur tout territoire relevant de leur juridiction et interdit aux États membres de transporter des personnes vers tout pays où il y a des raisons de croire qu'elles seront torturées. Le texte de la convention a été adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1984 et, après ratification par le 20ème État partie, il est entré en vigueur le 26 juin 1987. La Convention suit la structure de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), avec un préambule et 33 articles, divisés en trois parties :

La partie I (articles 1 à 16) contient une définition de la torture (article 1) et engage les parties à prendre des mesures efficaces pour empêcher tout acte de torture sur tout territoire sous leur juridiction. La partie II (articles 17 à 24) régit l'établissement de rapports et le suivi de la convention et les mesures prises par les parties pour la mettre en œuvre. La partie III (articles 25 à 33) régit la ratification, l'entrée en vigueur et l'amendement de la convention.

Le PIDESC (et son Protocole facultatif) fait partie de la Charte internationale des droits de l'homme



### VI.1.3. Tableau d'analyse de la compliance nationale des Traités internationaux et régionaux

DROIT À LA VIE		
Traités internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 (PIDCP) 6 (1) : Tout être humain a le droit inhérent à la vie. Ce droit doit être protégé par la loi. Nul ne peut être arbitrairement privé de la vie.</b></li>   <li>➤ <b>Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (4) Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité de sa personne. Nul ne peut être arbitrairement privé de ce droit.</b></li> </ul>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose ont le droit d'être protégées contre les maladies et d'avoir accès à des diagnostics et traitements vitaux. Les populations clés, à l'instar des détenus, professionnels de santé et consommateurs de drogues, doivent bénéficier de diagnostics et de traitements, et non se voir refuser un traitement.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, dans son Titre 2, Chapitre 1 sur les libertés fondamentales, Article 11 soutient le droit inhérent à la vie : « <i>Chaque citoyen a le droit à la vie, au libre développement de sa personnalité, au respect de sa dignité et de son intégrité physique et morale. Toutes formes de tortures, de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants sont interdits.</i> ».</p> <p>La vision de la Politique Nationale de Santé est de doter la Nation, à l'horizon 2025, d'un système de santé cohérent et performant mettant l'individu au centre des soins de santé accessibles à tous les citoyens et reposant sur la Stratégie des soins de santé primaires, telle que recommandée par la Déclaration de Ouagadougou d'avril 2008. Cette stratégie assure le respect des Droits Humains, notamment le droit à la santé et porte les valeurs d'équité dans l'accès aux soins et de justice sociale. Elle garantit des prestations de qualité sur toute l'étendue du territoire national et permet ainsi aux populations de jouir d'un bon état de santé, gage de développement durable du pays.</p> <p>La tuberculose fait partie des problèmes de santé prioritaires dans la Politique Nationale de Santé 2023-2034 et le Plan National de Développement Sanitaire 2024-2028. Le PNLT assure convenablement la fourniture des diagnostics et traitements à toutes les personnes sans discriminations. Aucun refus de traitement documenté. Cependant, des ruptures de traitements sont parfois observés, en raison des retards de la contribution de l'État.</p>

--	--	--

## DROIT AU MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE POSSIBLE

Traités internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) de 1966 : 12(1) : Toute personne a le droit de jouir d'un meilleur état de santé physique et mentale possible, y compris les obligations de l'État pour :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• améliorer l'hygiène environnementale et industrielle ;</li> <li>• prévenir, traiter et contrôler les maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres ;</li> <li>• créer des conditions qui assurent à tous des services médicaux et des soins médicaux en cas de maladie.</li> </ul> </li>   <li>➤ <b>Charte africaine des droits de l'homme et des peuples 16(1). Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.</b></li>   <li>➤ <b>16(2) Les États parties à la présente Charte prennent les mesures nécessaires pour protéger la santé de leur population et pour</b></li> </ul>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose ont droit à des diagnostics et traitements de qualité, disponibles, accessibles et acceptables, sans discrimination aucune. Le refus d'accès à un traitement antituberculeux de qualité et sans discrimination – par exemple en prison, pour les personnes atteintes de tuberculose multi résistante ou pour les populations marginalisées – constitue une violation flagrante de ce droit.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, dans son Titre 2, Chapitre 2 sur les devoirs, soutient en son Article 37, le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible  <i>« L'État garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux personnes vivant avec un handicap, aux retraités et aux personnes âgées, la protection de la santé, la protection sociale, un environnement naturel préservé, le repos et les loisirs. »</i></p> <p>L'ordonnance n°0022/ PR/2007 du 21 août 2007 a institué un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale en République gabonaise. Ce régime d'assurance maladie est géré par un établissement public dénommé la « Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale », en abrégé la « CNAMGS » ; structure créée par le gouvernement dans le dessein d'assurer une meilleure couverture sociale au profit des couches les plus défavorisées, des éléments les plus fragiles et d'autres pans de la société gabonaise. À propos des offres de soin, des conventions ont été signées avec des hôpitaux publics et privés, des centres de santé, des pharmacies et des dépôts pharmaceutiques sur l'ensemble du territoire national. Pour ce qui est du VIH, les tests de dépistage, les bilans biologiques et le traitement des infections opportunistes des personnes atteintes du VIH et SIDA font partie des prestations de santé prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. Conformément aux textes régissant le fonctionnement de la CNAMGS, le gabonais immatriculé à la CNAMGS vivant avec le VIH, bénéficie de la prise en charge des examens à hauteur de 80% et de la réduction à 80% du coût d'achat</p>

<p>veiller à ce qu'elle reçoive des soins médicaux en cas de maladie.</p>		<p>de certains de ses médicaments. Aucune desdites prestations n'est valable dans le cadre de la tuberculose.</p>
---	--	---

DROIT DE BÉNÉFICIER DES AVANTAGES DU PROGRÈS SCIENTIFIQUE		
Traité international et régional	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) de 1966 : 15(1)(b) : Toute personne a le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications.</b></p>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose ont le droit d'accéder aux mesures de diagnostic et de traitement les plus efficaces. Dans les contextes de ressources limitées, certaines personnes peuvent avoir un accès limité à des services de diagnostic de haute qualité et à des médicaments de première et de deuxième intention pour le traitement ; les régimes restrictifs de propriété intellectuelle peuvent également limiter l'accès à des médicaments antituberculeux de qualité et abordables.</p>	<p>Le Ministère de la Santé est responsable de garantir l'accès universel et l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels, dispositifs médicaux de qualité, vaccins, produits sanguins et services de diagnostic (biologie et imagerie médicales). Pour cela, il organise l'approvisionnement des structures sanitaires en produits et équipements nécessaires et met en œuvre un programme de contrôle qualité des médicaments et autres produits de santé (MAPS). A titre des réformes et réalisations récentes : En 2019, le ministère a élaboré une nouvelle politique pharmaceutique nationale, un plan national d'approvisionnement en médicaments et une liste nationale de médicaments et dispositifs médicaux essentiels. Depuis 2022, le Gabon participe au programme mondial de pharmacovigilance de l'OMS. La Direction du Médicament et de la Pharmacie est devenue une Agence du Médicament, et l'Office Pharmaceutique National (OPN) est passé d'un statut d'EPIC à une société d'État pour renforcer ses capacités financières. Une entreprise de fabrication de médicaments s'est implantée à Nkok et la CNAMGS, ainsi que les</p>

		<p>assurances privées disposent de listes de médicaments remboursables.</p> <p>Malgré ces progrès, plusieurs défis persistent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Approvisionnement insuffisant : Des ruptures fréquentes de stocks, notamment pour les ARV et les antituberculeux, compliquent la prise en charge des affections prioritaires (VIH, tuberculose, paludisme, IRA, maladies diarrhéiques).</li> <li>(ii) Manque de coordination : Faible synergie entre acteurs, absence de comités nationaux de quantification et suivi des intrants.</li> <li>(iii) Problèmes logistiques : Locaux inadéquats, manque d'équipements et de formation continue, faiblesse des systèmes d'information logistique.</li> <li>(iv) Procédures lourdes : La complexité administrative entrave l'efficacité des acquisitions.</li> </ul> <p><i>Extrait Politique Nationale de développement sanitaire (PNDS 2024-2028)</i></p>
--	--	--

## DROIT À LA NON-DISCRIMINATION ET À L'ÉGALITÉ

Traités internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
-------------------------------------	---	--

<p>➤ <b>Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 (PIDCP) (26) : Toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi. À cet égard, la loi doit interdire toute discrimination et garantir à toutes les personnes une protection égale et efficace contre toute discrimination fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation</b></p> <p>➤ <b>Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (2) : Toute personne a le droit de jouir des droits et libertés reconnus et garantis dans la présente Charte, sans distinction aucune, notamment de race, d'ethnie, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. Les cadres juridiques devraient interdire la discrimination à l'égard des personnes atteintes de tuberculose dans les milieux publics et privés, y compris, mais sans s'y limiter, dans les domaines des soins de santé, de l'emploi, de l'éducation et de l'accès aux services sociaux.</b></p>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose ne devraient pas se voir refuser un traitement médical encore moins se voir refuser un emploi et être licenciées, en raison de leur statut sérologique.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, en son Titre 1, Chapitre 1 sur les Principes, soutien dans son Article Premier affirme l'égalité de tou(te)s devant la loi ; « <i>Le Gabon est une République organisée sous la forme d'un État unitaire décentralisé. La République gabonaise est une, indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle affirme la séparation de l'État et des religions. La République gabonaise assure l'égalité de tous les citoyens devant la loi, sans distinction d'origine, de race, d'ethnie, de sexe, d'opinion, de religion, de croyances et de rites. Tout acte de discrimination raciale, ethnique ou religieuse, de même que toute propagande régionaliste pouvant porter atteinte à l'unité nationale, à la sécurité intérieure ou extérieure de l'État ou à l'intégrité de la République sont punis par la loi.</i> »</p> <p>Adoption de plusieurs lois et règlements visant à promouvoir l'équité, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes : (i) Loi n° 87/98 du 20 juillet 1999 portant code de la nationalité, qui favorise l'acquisition réciproque de la nationalité gabonaise par le mariage et la double nationalité pour les femmes gabonaises ; (ii) L'adoption en février 2010 du document de la Stratégie nationale pour l'égalité et l'équité entre les femmes et les hommes (SNEEG) ; (iii) La création par l'arrêté n° 00080 du 6 février 2007 d'une cellule d'écoute au sein du ministère chargé de la famille, dont la mission est d'accueillir, d'écouter, de conseiller et d'orienter les femmes en détresse ; (iv) L'adoption de la loi n° 0038/2008 du 29 janvier 2009 relative à la lutte et à la prévention des mutilations génitales féminines ; (v) Loi n° 09/2004 du 21 septembre 2004 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des enfants en République gabonaise ; (vi) Plan décennal d'autonomisation de la femme gabonaise (23 février 2016) ; (vii) Lancement du programme pour l'égalité des chances (février 2016).</p> <p>Le PNLT assure convenablement la fourniture des diagnostics et traitements à toutes les personnes, sans discrimination aucune. Aucun refus de traitement documenté. Cependant, des ruptures de</p>
---	---	---

		<p>traitements sont parfois observées, en raison des retards de la contribution de l'État.</p> <p>La revue n'a identifié aucun refus d'un emploi ou licenciement, en raison du statut sérologique au cours de cinq dernières années.</p>
--	--	--

DROIT À LA VIE PRIVÉE		
Traités internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 (PIDCP) 17(1) : Nul ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.</b></p>	<p>Les informations relatives au statut de tuberculose et au traitement d'un individu doivent rester confidentielles et ne doivent être divulguées à aucune partie, sauf autorisation des professionnels de santé compétents dans des circonstances strictement et expressément énumérées dans la loi, notamment pour protéger les tiers qui courent un risque grave et imminent d'infection et pour partager des informations médicales essentielles avec les professionnels de santé qui soignent le patient.</p> <p>Les informations relatives au statut de migrant, à la consommation de drogues anti-VIH ou à tout autre statut d'un patient, doivent également rester confidentielles.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, en son Titre 2, Chapitre 1 sur les droits et libertés fondamentaux, Article 18 :</p> <p><i>« Chacun a droit au respect de sa vie privée. Le domicile est inviolable. Il ne peut être ordonné de perquisition que par le juge ou par les autres autorités désignées par la loi. Les perquisitions ne peuvent être exécutées que dans les formes prescrites par celles-ci. Les mesures portant atteinte à l'inviolabilité du domicile ou la restreignant, ne peuvent être prises que pour parer aux dangers collectifs ou protéger l'ordre public de menaces imminentes, notamment pour lutter contre les risques d'épidémies ou pour protéger les personnes en danger. Il ne peut être ordonné de restriction à cette inviolabilité qu'en application de la loi, pour des raisons d'ordre public et de sécurité nationale ».</i></p> <p>L'Arrêté n°0018/MJGS/CAB du 15 juillet 2014 portant Règlement intérieur des établissements pénitenciers au Gabon, en son Chapitre 8 traitant de la réglementation des questions de santé en milieu carcéral garantit le droit au secret médical et au secret de la consultation médicale de la personne détenue.</p>

		<p><i>Le secret professionnel est également protégé dans d'autres textes pour tous les détenteurs d'un secret dont ils ont eu connaissance dans le cadre de leurs fonctions, notamment :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 289 nouveau Code pénal ;</li> <li>- Art. 14, 23 à 25 et 69 Code de déontologie de la fonction publique (« obligation de confidentialité ») ;</li> <li>- Art. 45 et 46 Statut général de la fonction publique (obligations de discrétion et de secret professionnel) ;</li> <li>- Art. 5 Code de déontologie pharmaceutique référencé dans l'article 15 de la loi n°12/2006 portant création et organisation de l'ordre des pharmaciens du Gabon ;</li> </ul>
--	--	---

DROIT AU TRAVAIL		
Traité internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) de 1966 : 7(1) Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne de bénéficier de conditions de travail justes et favorables qui assurent notamment (a) (i) Un salaire équitable et une rémunération égale pour un travail de valeur égale sans distinction aucune, les femmes se voyant notamment garantir des conditions de travail qui ne soient pas inférieures à celles des hommes, un salaire égal pour un travail égal ; (ii) Une existence décente pour elles-mêmes et leur famille conformément aux</b></p>	<p>Les employés ont droit à des conditions de travail sûres qui les protègent de l'exposition à la tuberculose ; les employés atteints de tuberculose ont également droit à un traitement équitable au travail, à ne pas être licenciés ou à ne pas se voir refuser un emploi simplement, en raison de leur statut ou de leurs antécédents de tuberculose.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, en son Titre 2, Chapitre 1 sur les droits et libertés fondamentaux, Article 23 :</p> <p><i>« Chaque citoyen a le droit de travailler et celui d'obtenir un emploi et un salaire équitable. Nul ne peut être lésé dans son travail en raison de ses origines, de son sexe, de sa race, de sa religion ou de ses opinions ».</i></p> <p>Le Code du travail se fondant sur la loi n°3/94 du 21 novembre 1994 modifiée par la loi n°12/2000 du 12 octobre 2000 et de la loi n°021/2010 du 27 juillet 2010, définit le travailleur comme tout individu, quels que soient son sexe et sa nationalité qui s'est engagé à</p>

**dispositions du présent Pacte ; (b) Des conditions de travail sûres et saines ; (c)**

**L'égalité des chances pour chacun d'être promu dans son emploi à un niveau supérieur approprié, sans autres considérations que celles d'ancienneté et de compétence ; (d) Le repos, les loisirs et une limitation raisonnable de la durée du travail et des congés payés périodiques, ainsi qu'une rémunération pour les jours fériés**

**Charte africaine des droits de l'homme et des peuples**

**(15) Toute personne a le droit de travailler dans des conditions équitables et satisfaisantes et de recevoir un salaire égal pour un travail égal.**

mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une personne physique ou morale, publique ou privée, appelée employeur. Le dispositif législatif et réglementaire du travail au Gabon s'articule autour des normes internationales et nationales. En effet, le Gabon a ratifié trente-huit (38) Conventions, dont huit (8) Conventions fondamentales de l'OIT, qui constituent l'une des principales sources du droit du travail gabonais. Il s'agit entre autres de la convention n°111 concernant la discrimination au travail, la convention n°29 sur le travail forcé, la convention n°100 sur l'égalité de rémunération.

L'article 2 du Code du travail se conformant à l'alinéa 1 de l'article 6 du Pacte relatif aux droits économiques sociaux culturels de 1966, précise que toute personne, y compris la personne handicapée, a droit au travail.

*Selon les données de l'OIT, en 2019, la participation des femmes au marché du travail au Gabon s'élevait à 45 %, contre 64 % pour les hommes, avec un taux d'emploi encore plus faible dans l'industrie, à 2,72 % pour les femmes contre 14,1 % pour les hommes. Le chômage était de 28 % pour les femmes contre 14,1 % pour les hommes.*

*Décret 01494/PR/MTEPS déterminant les règles générales d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail (29 décembre 2011). L'article 4 de ce texte dispose que « [I]es chefs d'établissement visés par le présent décret ou les responsables désignés sont chargés, dans la limite de leurs attributions et dans le cadre des délégations qui leur sont consenties, de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des personnels placés sous leur autorité ».*

**DROIT DE NE PAS SUBIR DE TORTURE OU DE PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DÉGRADANTS**

Traité internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Convention des Nations Unies contre la torture : CAT 16(1) : ...prévenir d'autres actes de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants qui ne constituent pas de la torture telle que définie à l'article I [de la CAT], lorsque de tels actes sont commis par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite.</b></p>	<p>Les détenus atteints de tuberculose et ceux qui risquent de contracter la maladie en prison, doivent bénéficier de tests et de traitements appropriés contre la tuberculose pendant leur détention et de conditions de détention appropriées pour éviter la transmission de la maladie.</p> <p>Les personnes atteintes de tuberculose qui consomment des drogues doivent avoir accès à un traitement de substitution ou à une autre forme de traitement médicamenteux si elles sont hospitalisées pour un traitement contre la tuberculose, afin de ne pas être contraintes au sevrage.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, en son Titre 2, Chapitre 1 sur les droits et libertés fondamentaux, Article 11 : <i>« Chaque citoyen a le droit à la vie, au libre développement de sa personnalité, au respect de sa dignité et de son intégrité physique et morale. Le clonage des êtres humains est interdit. Toutes formes de tortures, de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants sont interdits ».</i></p> <p>Régie par la Loi numéro 19/2005 du 03 Janvier 2006, la Commission Nationale des Droits de l'Homme (CNDH) est une autorité indépendante dotée de la personnalité juridique et chargée de la protection et de la promotion des Droits de l'Homme en République gabonaise. À cet effet, la Commission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veille au respect des Droits de l'Homme en s'assurant de la conformité du droit gabonais et de son application aux engagements internationaux relatifs aux droits de l'Homme ;</li> <li>• Propose et pilote des programmes de sensibilisation et de recherche dans le domaine des droits de l'Homme ;</li> <li>• Examine les recommandations, les propositions et les requêtes dont elle est saisie, en matière de droits de l'Homme.</li> <li>• Coopère avec les agences du système des Nations Unies et les institutions nationales impliquées dans la protection et la promotion des droits de l'Homme.</li> </ul>

## DROIT AU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Traité internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Le droit au consentement éclairé est défini par le Rapporteur spécial comme le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, en tant qu'élément essentiel de l'obligation nationale de respecter, de protéger et de réaliser le droit de l'individu à la santé.</b></p>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose ont le droit de donner leur consentement éclairé avant tout dépistage et traitement contre la tuberculose et le droit de ne pas subir de dépistage et/ou de traitement obligatoires et non consentuels, y compris un traitement avec des schémas médicamenteux non approuvés, en toutes circonstances.</p>	<p>Le Code gabonais de déontologie pharmaceutique en son article 5 dispose que le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi.</p> <p>Le secret professionnel est également protégé dans d'autres textes pour tous les détenteurs d'un secret dont ils ont eu connaissance dans le cadre de leurs fonctions, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 289 nouveau Code pénal ;</li> <li>- Art. 14, 23 à 25 et 69 Code de déontologie de la fonction publique (« obligation de confidentialité ») ;</li> <li>- Art. 45 et 46 Statut général de la fonction publique (obligations de discrétion et de secret professionnel) ;</li> <li>- Art. 5 Code de déontologie pharmaceutique référencé dans l'article 15 de la loi n°12/2006 portant création et organisation de l'ordre des pharmaciens du Gabon ;</li> </ul> <p>Art. 8 Arrêté n° 0018/MJGS/CAB du 15 juillet 2014 Portant Règlement intérieur des établissements pénitentiaires au Gabon.</p> <p>Des dispositions spécifiques pour la tuberculose ont été introuvables dans le cadre de la revue.</p>

## DROIT À LA LIBERTÉ DE CIRCULATION

Traité internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 (PIDCP) 12(1) : Toute personne se trouvant légalement sur le territoire d'un État a le droit de circuler librement et d'y choisir librement sa résidence ; 12(2) : Toute personne est libre de quitter tout pays, y compris le sien ; 12(4) : Nul ne peut être arbitrairement privé du droit d'entrer dans son propre pays.</b></p> <p><b>Charte africaine des droits de l'homme et des peuples 12(1) Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur des frontières d'un État, sous réserve de se conformer à la loi. 12(2) Toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays.</b></p>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose doivent pouvoir circuler librement à l'intérieur et à l'extérieur du pays et bénéficier d'un traitement gratuit là où elles résident. Elles ne doivent pas être inutilement isolées, mises en quarantaine ou détenues, ni se voir refuser un traitement parce qu'elles ne se trouvent pas dans un lieu précis ou parce qu'elles n'ont pas de documents d'identité dans un pays.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, en son Titre 2, Chapitre 1 sur les droits et libertés fondamentaux, Article 17</p> <p><i>« Tout citoyen a le droit d'aller et venir librement à l'intérieur du territoire de la République gabonaise, d'en sortir et d'y revenir, le droit de fixer librement son domicile et sa résidence en un lieu quelconque du territoire national et le droit de bénéficier de la protection et de l'assistance de l'État s'il réside ou séjourne à l'étranger. Tout étranger qui se trouve régulièrement sur le territoire national jouit, pour sa personne, sa famille et ses biens, de la protection de la loi. Il est tenu de se conformer aux lois et règlements de la République. Aucun Gabonais ne peut être extradé si ce n'est en vertu des accords internationaux bilatéraux ou multilatéraux et des lois nationales ».</i></p> <p><i>La loi n°05/98 du 5 mars 1998 portant protection des réfugiés en République gabonaise. Le Gabon a respectivement ratifié la Convention de Genève de 1951/92, son Protocole additionnel de 1967 relatif au statut des réfugiés et la Convention de l'O.U.A. de 1969 régissant les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique.</i></p> <p>Parallèlement, le Gabon a adopté une législation nationale spécifique à l'asile, consacrée par la loi n°05/98 du 5 mars 1998 portant protection des réfugiés en République gabonaise. Cette loi, en son article 10 alinéa 2, dispose que tout bénéficiaire du statut de réfugié en République gabonaise « bénéficie du même traitement que les nationaux en ce qui concerne l'accès à l'éducation, les droits d'inscription scolaire et universitaire, les frais des centres des œuvres universitaires, ainsi que des avantages sociaux liés à l'exercice d'une activité professionnelle salariée ou non ».</p>

## DROIT À L'INFORMATION

Traité internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 (PIDCP) 19(2) : Toute personne a droit à la liberté d'expression ; ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen de son choix.</b></p> <p><b>Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (9) Toute personne a le droit de recevoir des informations. Toute personne a le droit d'exprimer et de diffuser ses opinions dans le cadre des lois.</b></p>	<p>Les personnes qui se soumettent à un test de dépistage de la tuberculose doivent recevoir des informations de base sur la nature de la tuberculose et sur les raisons pour lesquelles elles se font tester. Les personnes à qui l'on propose un traitement contre la tuberculose doivent être informées des risques et des avantages des interventions proposées (pour le patient et pour les autres membres de la communauté), de l'importance de suivre le traitement jusqu'au bout et des mesures de contrôle de l'infection, ainsi que du soutien disponible pour aider les patients à suivre le traitement jusqu'au bout.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, dans son Titre 2, Chapitre 1 sur les droits et libertés fondamentaux</p> <p>Article 14 : « <i>L'État garantit aux citoyens l'égal accès à l'information.</i></p> <p><i>Toute personne a droit à la liberté d'opinion, d'expression, de communication et de presse. Elle exerce son droit à l'accès et à la diffusion de l'information quel qu'en soit le support. L'accès aux documents administratifs est ouvert à tout citoyen. Tous les citoyens ont le droit de prendre connaissance des renseignements figurant dans les fichiers, les archives ou les registres informatiques les concernant, d'être informés des fins auxquelles ils sont destinés et d'exiger que ces données soient rectifiées ou mises à jour, dans les conditions fixées par la loi. La loi encadre l'usage de l'informatique et des technologies de l'information et de la communication pour sauvegarder l'humanité, l'intimité personnelle et familiale des personnes ainsi que le plein exercice de leurs droits ».</i></p>

## DROIT À LA LIBERTÉ DE TOUTE ARRESTATION ET DÉTENTION ARBITRAIRES

Traité internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 (PIDCP) 9(1) : Toute personne a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne. Nul ne peut être arbitrairement arrêté ou détenu. Nul ne peut être privé de sa liberté, si ce n'est pour des motifs et conformément à la procédure prévue par la loi.</b></p>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose ont droit à la liberté et à ne pas être soumises à une détention arbitraire, y compris à la détention ou à l'isolement involontaires des personnes contagieuses, sauf dans des circonstances exceptionnelles énumérées par la loi et proportionnées à ce qui est strictement nécessaire, en utilisant les moyens les moins restrictifs et les moins intrusifs disponibles pour</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, en son Titre 2, Chapitre 1 sur les droits et libertés fondamentaux ; Article 16 : « <i>Nul ne peut être arbitrairement détenu. Nul ne peut être gardé à vue ou placé sous mandat de dépôt s'il présente des garanties suffisantes de représentation, sous réserve des nécessités de sécurité et de procédure....</i> ».</p>

<p><b>Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (6)</b>  <b>Toute personne a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne. Nul ne peut être privé de sa liberté, si ce n'est pour des motifs et dans des conditions préalablement prévues par la loi. En particulier, nul ne peut être arbitrairement arrêté ou détenu.</b></p>	<p>atteindre des objectifs légitimes de santé publique. Les personnes atteintes de tuberculose ne doivent pas être détenues ou emprisonnées dans des établissements non médicaux pour non-observance du traitement.</p>	
---	---	--

DROIT À UN PROCÈS ÉQUITABLE ET À UNE PROCÉDURE RÉGULIÈRE		
Traités internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 (PIDCP) 14(1) : Toutes les personnes sont égales devant les tribunaux et les cours de justice. Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement et publiquement par un tribunal compétent, indépendant et impartial, établi par la loi.</b></p> <p><b>Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 (PIDCP) 14(3) : Toute personne a droit, en pleine égalité, au minimum de garanties lors de la décision sur toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.</b></p>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose dont le droit à la liberté a été restreint par une détention ou un isolement involontaire ont droit à une procédure régulière, y compris le droit d'être entendues par une autorité indépendante, le droit de faire appel de la décision de détention ou d'isolement, et le droit d'avoir un avocat pendant la procédure.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, en son Titre 2, Chapitre 1 sur les droits et libertés fondamentaux ; Article 16 : « ... <i>Tout prévenu est présumé innocent jusqu'à l'établissement de sa culpabilité à la suite d'un procès régulier, offrant les garanties indispensables à sa défense. La détention préventive ne doit pas excéder le temps prévu par la loi. Les droits de la défense, dans le cadre de tout procès, sont garantis à tous</i> ».</p>

## DROIT DE PARTICIPATION

Traité internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>La participation est un principe clé des approches de la santé fondées sur les droits de l'homme</b></p>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose et les anciens patients atteints de tuberculose ont le droit de participer aux processus décisionnels affectant leur santé, y compris la conception, le développement et la mise en œuvre des services de santé.</p> <p>La participation communautaire est un processus par lequel les personnes, individuellement ou en groupe, exercent leur droit de jouer un rôle actif et direct dans le développement et la pérennité des services qui leurs sont offerts, de manière à garantir une amélioration durable de leur état de santé et qualité de vie. La participation communautaire consacre l'octroi aux collectivités du pouvoir d'intervention dans l'organisation et le développement global de l'offre de soins.</p>	<p>Le Gabon a adhéré à l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 par le biais des Soins de Santé Primaires (SSP). Le premier texte fondateur en faveur des SSP et donc de la santé communautaire, a été le décret n° 365/PR/MSPP du 10 avril 1981 portant création du Conseil National de Santé dont l'une des missions était de promouvoir la politique des SSP afin de réaliser l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Le décret n° 0142/PR/MSPS du 2 mars 2015 portant réorganisation des régions et départements sanitaires vient clarifier le dispositif institutionnel pour la participation communautaire.</p> <p>Quelques défis persistent pour la participation : (i) Absence d'une stratégie de développement de la santé communautaire ; (ii) Inexistence d'organes de gouvernance de la santé communautaire aussi bien au niveau central qu'au niveau déconcentré du Ministère de la santé ; (iii) Faible opérationnalisation des organes de participation communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (iv) Insuffisance de formation et d'appropriation de la santé communautaire par les professionnels de santé ; (v) Faible prise en compte du niveau communautaire dans le système de santé ; (vi) Faible représentativité ou prise en compte insuffisante du niveau communautaire dans la pyramide sanitaire ; (vi) Insuffisance ou manque d'encouragement de l'interaction entre les communautés et les services de santé pour une offre de soins adaptée aux besoins locaux ;</p> <p><i>Extrait Politique Nationale de santé communautaire 2022</i></p>

**DROIT D'ACCÈS À UN RECOURS ADÉQUAT, EFFICACE ET RAPIDE**

Traité internationaux et régionaux	Signification de droit dans le contexte de la tuberculose	Revue de la littérature dans le contexte national au Gabon
<p><b>Ce droit est essentiel pour assurer réparation aux personnes dont les droits ont été violés ; il fait partie intégrante du respect, de la protection et de l'exécution des obligations.</b></p>	<p>Les personnes atteintes de tuberculose doivent avoir accès à un recours adéquat, efficace et rapide, conformément à la loi, en cas d'atteinte ou de violation de leurs droits. Cela est particulièrement important pour les populations marginalisées qui ne peuvent pas se permettre de bénéficier de services d'assistance juridique.</p>	<p>La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, en son Titre 2, Chapitre 2 sur les devoirs, soutient dans son Article 37, le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible « <i>L'État garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux personnes vivant avec un handicap, aux retraités et aux personnes âgées, la protection de la santé, la protection sociale, un environnement naturel préservé, le repos et les loisirs. L'Etat a le devoir de promouvoir la qualité de la vie et de protéger l'environnement</i> ».</p> <p>Malgré la mise en place d'un cadre institutionnel en faveur de la santé communautaire au Gabon, les problèmes et défis suivants analysés dans le cadre de la Politique Nationale de Santé Communautaire 2022, soulignent quelques points, pouvant entraver le droit d'accès à un recours adéquat, efficace et rapide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Absence de mécanismes formalisés de collaboration entre le Ministère de la Santé et les organisations communautaires ;</li> <li>(ii) Manque de stratégie officielle pour responsabiliser les populations bénéficiaires, en vue d'une plus grande participation de celles-ci à la résolution de leurs problèmes de santé ; et</li> <li>(iii) Manque de mécanisme spécifique de contrôle, de suivi et d'évaluation des différentes stratégies, approches, méthodes et activités relevant de la santé communautaire ;</li> </ul>

## VI.2 LE GENRE



Le Gabon affiche un Indice d'inégalité de genre (IIG) de 0.525 qui le place au 128<sup>ème</sup> rang sur 162 pays dans l'indice 2019. L'IIG fait ressortir les inégalités fondées sur le sexe dans trois dimensions : la santé procréative, l'autonomisation et l'activité économique. À titre de comparaison, le Botswana et la Namibie occupent, respectivement, les 116<sup>ème</sup> et 106<sup>ème</sup> places dans cet indice. Au cours de la même année, l'Indice de développement humain (IDH) du Gabon est de 0.670 pour les femmes, contre 0.731 pour les hommes ; ce qui donne un Indice de développement de genre (IDG) de 0.916 et place le pays dans le groupe 4 (le groupe 4 comprend les pays où le niveau d'égalité femmes-hommes dans l'IDH va de moyen à bas -écart absolu, compris entre 7,5 et 10 %). L'IDG mesure les inégalités de genre dans trois dimensions fondamentales du développement humain : la santé (mesurée par l'espérance de vie des femmes et des hommes à la naissance), l'éducation (mesurée par la durée attendue de scolarisation des garçons et des filles et le nombre moyen d'années d'études pour les adultes âgés de 25 ans et plus) et le contrôle des ressources économiques.

La revue documentaire n'a observé aucune analyse de la matrice genre dans la réponse tuberculose. L'analyse du genre est la base de l'intégration du genre. Elle est la première étape du processus. Cette matrice d'analyse aurait dû explorer comment les relations de pouvoir entre les sexes peuvent créer des inégalités entre et parmi les différents groupes de genre. Cependant, des analyses complémentaires réalisées dans le cadre de certaines initiatives nationales d'envergure peuvent se rapprocher des indicateurs d'une matrice d'analyse genre. Il s'agit entre autre de : (i) l'Évaluation de l'égalité entre les hommes et les femmes et plan d'action Projet GEF-7 - Terre durable, Accélérer les solutions de financement durable pour parvenir à une conservation durable (Gabon) encadré par le Ministère des Eaux et Forêts, de la Mer et de l'Environnement ; (ii) la Stratégie Nationale d'Égalité et Équité du Genre et (iii) l'Enquête Démographique et de Santé 2019-2021.

La revue s'est référée à boîte à outils pour l'analyse de genre dans les systèmes de santé développé par Jhpiego et le Programme de survie de la mère et de l'enfant de l'USAID. L'analyse s'est concentrée sur les cinq domaines décrits dans le Système automatisé de directives 205 (ADS) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), notamment: 1) les lois, les règlements et les pratiques institutionnelles; 2) les normes et les croyances culturelles; 3) les rôles et responsabilités liés au genre, et les différences entre les sexes en termes de répartition du temps; 4)

responsabilités liés au genre, et les différences entre les sexes en termes de répartition du temps; 4) l'accès aux, et le contrôle des, actifs et des ressources; et 5) les modèles de pouvoir et de prise de décision.

### VI.2.1 Les Lois, les règlements et les pratiques institutionnelles :

Cette dimension se concentre sur les informations concernant les droits formels et informels des hommes et des femmes, et la façon dont ils sont touchés différemment par les politiques et les règles régissant les institutions.

Avec un score de 95.5 sur 100, le Gabon est selon le classement « les femmes l'entreprise et le droit 2023 », publié par la Banque mondiale, le premier pays Africain en matière de promotion des droits de la femme. Une position que le pays doit à l'ensemble des réformes entreprises dans le cadre du programme Gabon Égalité. Ce rapport « Les Femmes, l'Entreprise et le Droit 2023 » passe au crible les lois et règlements de 190 pays dans huit domaines qui influent sur la participation des femmes à la vie économique : mobilité, travail, rémunération, mariage, parentalité, entrepreneuriat, actifs et retraite. En effet, le pays a initié dans le cadre du programme Gabon Égalité, de vastes réformes, en vue de supprimer les inégalités basées sur le genre. Dès 2015, le gouvernement, a décrété « la décennie de la femme ». En 8 ans, le Gabon a obtenu des résultats qui font école sur le continent. Réforme institutionnelle, réforme judiciaire, création d'un centre entièrement dédié à la cause, le pays a pris un ensemble de mesures qui pourraient permettre aux femmes de pleinement s'épanouir.

Historiquement parlant, les femmes gabonaises faisaient déjà l'objet d'un traitement institutionnel différencié au lendemain de l'indépendance en 1960. Le "féminisme d'État" y trouve ses premières manifestations, avec la création du Conseil national des femmes gabonaises (CNFG) en 1961. Cependant, l'égalité entre les hommes et les femmes est encore loin d'être acquise. Depuis 2009, il n'existe plus de Ministère de la Promotion de la Femme. Ceci remet en cause l'engagement pris par le gouvernement gabonais auprès du Comité CEDAW de mettre en place des services du Ministère de la Famille et de la Promotion de la Femme dans les neuf provinces gabonaises. En l'absence d'un ministère de la promotion de la femme, certaines dispositions institutionnelles touchant au traitement des droits des femmes et à la cause des femmes ont été mises en place et confiées à plusieurs entités administratives qui travaillent en synergie, en fonction de leur existence, entre autres. Il s'agit notamment de (i) la Direction générale de la protection des veuves et des orphelins ; (ii) la Direction générale de la famille ; (iii) la Direction générale de l'aide sociale ; (iv) la Direction générale des affaires sociales ; (v) la Direction nationale de la santé maternelle et infantile ; (vi) les Centres d'accueil pour les enfants en difficulté sociale.

En dépit de leur présence numérique de plus en plus importante, et de l'engagement de l'État gabonais à réduire les inégalités femmes-hommes, la participation des femmes à la vie politique reste encore minime. Leur représentativité au parlement, pour la législature 2012-2017 était de 15% contre 19,2% en 2021. S'agissant de la représentativité des femmes au sein du gouvernement gabonais, elle est passée de 29% en 2015 à 33% en 2021. La quasi-absence des Gabonaises dans la vie politique s'explique par plusieurs facteurs : machisme, patriarcat et autres valeurs traditionnelles reçues en héritage. Malgré les progrès accomplis dans la reconnaissance et la mise en œuvre effective des droits des femmes, les

<sup>12</sup> PNUD. Rapport sur le développement humain 2021/2022 du Programme des Nations Unies pour le Développement. Temps incertains, vies bouleversées : façonner notre avenir dans un monde en mutation [Internet]. 2021. 352 p. Available from: <http://hdr.undp.org>

<sup>13</sup> <http://gender.jhpiego.org/analysis toolkit>  
<sup>14</sup> Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). 2013. ADS Chapter 205: Integrating Gender Equality and Female Empowerment in USAID's Program Cycle. Washington, DC

<sup>15</sup> <https://medias241.com/egalite-de-genres-gabon-premier-pays-en-afrique-et-25e-mondial/>.

de tous les citoyens devant la loi, sans distinction d'origine, de race, d'ethnie, de sexe, d'opinion, de religion, de croyances et de rites ». Néanmoins, l'application effective de ce principe, déjà présent dans la précédente constitution, reste problématique dans de nombreux domaines.

Afin d'harmoniser la législation gabonaise avec les instruments internationaux ratifiés, le Gabon déploie des efforts considérables pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. D'où l'adoption des textes suivants :

☒ L'adoption de la loi n° 87/98 du 20 juillet 1999 portant code de la nationalité, qui favorise l'acquisition réciproque de la nationalité gabonaise par le mariage et la double nationalité pour les femmes gabonaises.

☒ L'adoption en février 2010 du document de la Stratégie nationale pour l'égalité et l'équité entre les femmes et les hommes (SNEEG).

☒ Depuis 1998, le gouvernement gabonais a mis en place le Grand Prix du Président de la République (Concours pour la promotion des activités socio-économiques des femmes, en vue d'une meilleure implication des femmes dans le développement économique du pays et en vue de leur autonomisation).

☒ La création par l'arrêté n° 00080 du 6 février 2007 d'une cellule d'écoute au sein du ministère chargé de la famille, dont la mission est d'accueillir, d'écouter, de conseiller et d'orienter les femmes en détresse.

☒ L'adoption de la loi n° 0038/2008 du 29 janvier 2009 relative à la lutte et à la prévention des mutilations génitales féminines.

☒ Loi n° 09/2004 du 21 septembre 2004 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des enfants en République gabonaise.

☒ Plan décennal d'autonomisation de la femme gabonaise (23 février 2016).

☒ Lancement du programme pour l'égalité des chances (février 2016).

Malgré ce dispositif juridique et institutionnel, ainsi que la disponibilité d'indicateurs de genre dans le cadre du SNEEG (Stratégie Nationale d'Égalité et Équité du Genre) ; les progrès sont lents et peu visibles. Dans le domaine de la santé par exemple, les 3 types d'indicateurs préconisés dans le schéma de mise en œuvre du SNEEG sont inefficace, à savoir :

☒ Indicateurs généraux pour le suivi et l'évaluation de l'intégration de la dimension de genre ;

☒ Indicateurs généraux pour le suivi et l'évaluation de la promotion des femmes ;

☒ Indicateurs spécifiques pour évaluer les progrès réalisés dans différents secteurs, formulés par le ministère de la promotion de la femme et du genre.

L'intégration du genre se réfère aux stratégies appliquées lors de l'analyse, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes pour pouvoir prendre en compte les normes liées au genre et répondre aux inégalités entre les sexes. Ce processus manque cruciallement au programme tuberculose.

### VI.2.2 Les normes et les croyances culturelles :

Elles proviennent des normes ou des croyances culturelles concernant ce que signifie le fait d'être un homme ou une femme dans une société spécifique. Ces croyances affectent le comportement, la tenue vestimentaire, la participation et la capacité de prise de décision des hommes et des femmes. Elles facilitent ou limitent également l'accès des femmes et des hommes à l'éducation, aux services, et aux opportunités économiques.

Le Gabon a ratifié de nombreux accords au niveau international et régional qui promeuvent les droits des femmes et l'égalité des sexes. Cependant, la conciliation avec la législation nationale est difficile, en raison de l'enracinement des valeurs traditionnelles et du manque d'information de la population sur ces différents textes. Des contradictions existent dans le corpus juridique gabonais et de nombreuses dispositions discriminatoires sont encore présentes dans les lois nationales (Par exemple, le cas de l'article 264 qui stipule que le mariage se dissout par le décès de l'un des époux



mais en même temps, il oblige la veuve à se marier dans la famille de son défunt mari si elle veut bénéficier de l'usufruit. De plus, si la veuve refuse, elle doit être exclue de sa famille, c'est-à-dire expulsée de son domicile, alors que le même code stipule également que le domicile est inviolable).

L'accès à la justice est également plus difficile pour les femmes, en raison de croyances socioculturelles qui entravent l'accès et favorisent la violation des droits des femmes. La méconnaissance des textes par les victimes et la pression sociale limitent le recours aux services judiciaires. Sur le plan socioculturel et humain, les femmes rencontrent des difficultés dans tous les secteurs : éducation, émancipation économique, santé, accès à l'emploi.

### VI.2.3 Les rôles et responsabilités liés au genre, et les différences entre les sexes en termes de répartition du temps

Il s'agit des normes qui influencent le comportement des hommes et des femmes influencent également le type d'activités auxquels ils participent, ainsi que leurs rôles et leurs responsabilités. Cette dimension du cadre résume les informations sur les différents rôles des hommes et des femmes, le moment et le lieu où leurs activités se produisent, leur capacité à participer à différents types d'activités économiques, politiques et sociales, et leur prise de décision.

Au Gabon, des écarts importants entre les sexes subsistent dans le monde de l'emploi. Selon les données de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) de 2019, la participation des femmes sur le marché du travail s'élevait à 45% contre 64% pour les hommes. Le taux du chômage était de 28% comparé à 14,1% pour les hommes. Malgré les efforts du gouvernement pour promouvoir l'égalité des sexes, les femmes se heurtent à divers obstacles.

Cette vulnérabilité vis-à-vis du marché du travail est principalement la conséquence des écarts observés au niveau des enseignements secondaires et supérieurs. Alors que le ratio fille/garçon est proche de 1 au niveau primaire, les écarts importants de niveau d'instruction en défaveur des femmes sont observés pour les niveaux secondaires et supérieurs avec respectivement 21% contre 16% et 8% contre 6.

Un rapport du réseau Panafricain Afro Barometer indique que 8 Gabonais sur 10 perçoivent les

L'accès à la justice est également plus difficile pour les femmes, en raison de croyances socioculturelles qui entravent l'accès et favorisent la violation des droits des femmes.

hommes et femmes comme égaux en matière d'accès à un emploi. Cependant, la moitié des citoyens constatent que, dans la réalité, les hommes sont souvent prioritaires à l'embauche lorsque la concurrence est forte pour des postes dans le secteur privé. Cela reflète une "forme de discrimination" approuvée par 43% des sondés, selon le rapport. Ces affirmations laissent penser que les mentalités traditionnelles n'ont pas encore suffisamment évolué, présentant les femmes comme inférieures et réservées aux tâches domestiques.

Dans la sphère de la famille et du travail domestique, les rôles et les responsabilités des hommes et des femmes diffèrent dans le domaine de l'analyse de genre. Les femmes sont responsables de l'éducation des enfants, de la préparation des repas et des activités domestiques. Mais en ce qui concerne le travail de production, les hommes et les femmes sont tous deux dans l'agriculture et la pêche. La culture des fermes familiales sont des tâches essentiellement féminines, tandis que la préparation des champs est la responsabilité des hommes.

Selon la loi n°022/2021 du 19 novembre 2021 portant sur le Code du travail en République Gabonaise en son article 9 alinéa 1 dispose que : « Tous les travailleurs sont égaux devant la loi et bénéficient de la même protection et des mêmes garanties ». L'alinéa 2 du même article interdit « Toute discrimination en matière d'offre d'emploi, de sélection, de recrutement, de conditions de travail, de rémunération, de gestion de la carrière professionnelle et de licenciement fondé notamment sur la race, la couleur, le sexe ; l'état de grossesse, la religion, l'opinion politique, l'affiliation et /ou l'activité syndical, l'ascendance nationale, l'origine social ou l'état de santé supposé ou réel ». Cependant, la persistance de toute forme de discrimination à l'égard des femmes sur l'accès à l'emploi témoigne du maintien de mentalités ancrées dans d'anciennes traditions, sans tenir compte de l'évolution constante de notre société en plein essor démocratique. D'importantes disparités entre les sexes existent en matière d'emploi. Selon les données de l'OIT, en 2019, la participation des femmes au marché du travail au Gabon s'élevait à 45 %, contre 64 % pour les hommes, avec un taux d'emploi encore plus faible dans l'industrie, à 2,72 % pour les femmes contre 14,1 % pour les hommes. Le chômage était de 28 % pour les femmes contre 14,1 % pour les hommes.

Ainsi, il est impératif de sensibiliser et de former les citoyennes gabonaises à l'égalité des sexes en milieu professionnel. Il convient également de renforcer l'application stricte de la loi et de mettre en place un suivi réglementé, tant sur le lieu de travail que dans les postes de responsabilité autrefois réservés aux hommes. Cela permettre aux femmes d'exercer librement les métiers de leur choix et de bénéficier des mêmes droits et traitements que les hommes .

#### VI.2.4 L'accès, le contrôle des, actifs et des ressources :

Il s'agit de la manière dont les relations de genre affectent l'accès aux ressources nécessaires pour qu'une personne soit un membre productif de la société. Cela comprend les actifs tangibles (la terre, le capital et les outils) et les actifs intangibles (les connaissances, l'éducation et l'information). Des analyses d'intérêt ont été réalisées dans le cadre de l'EDSG-III 2019. Ceci concerne particulièrement le contrôle de gains de la femme ; la possession de maisons ou de terres, et la possession d'un compte bancaire et d'un téléphone portable.

Le contrôle de gains de la femme et le pouvoir de décision y afférent concernant l'utilisation du revenu du travail de la femme, est considéré comme l'un des indicateurs directs du statut de la femme. En effet, il permet de mesurer son niveau d'autonomie financière. Plus le nombre de décisions auxquelles la femme est impliquée est élevé, plus on considère que son niveau d'autonomie est élevé. Par rapport aux données de l'EDSG-II 2012, le pourcentage de femmes décidant principalement de l'utilisation de leurs gains a diminué, passant de 63 % à 50 % en 2019-21. Par contre, on constate une augmentation du pourcentage de femmes qui décident de façon concertée avec leur conjoint de l'utilisation de leurs gains a diminué, passant de 63 % à 50 % en 2019-21. Par

contre, on constate une augmentation du pourcentage de femmes qui décident de façon concertée avec leur conjoint de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent, le pourcentage étant passé de 28 % en 2012 à 41 % en 2019-21. C'est dans les provinces de l'Ogooué-Lolo (68 %), du Woleu-Ntem (53 %) et de la ville de Port-Gentil (66 %) que les proportions de femme décidant elles-mêmes de l'utilisation de leurs revenus sont les plus élevées. À l'opposé, c'est à l'Estuaire (sans Libreville) que ce pourcentage est le plus faible (31 %). C'est dans le Haut-Ogooué que le pourcentage de femmes dont le mari/partenaire décide principalement de l'utilisation de leurs gains est le plus élevé (14 %). C'est parmi les femmes ayant le niveau supérieur que le pourcentage de celles qui décident en concertation avec leur mari/partenaire est le plus élevé (56 %). Par contre, c'est parmi les femmes sans niveau d'instruction que le rôle du mari/partenaire dans la décision d'utilisation des gains de la femme est le plus important (19 % contre moins de 9 % dans chacune des autres catégories).

La possession de maisons ou de terres peut conférer une certaine autonomie financière, sociale et contribuer à l'amélioration des conditions de vie du ménage. Pour les femmes, être propriétaires de ces biens peut renforcer leur autonomie, leur niveau de revenus et leur pouvoir d'achat, et aussi leur permettre de participer à la prise de décision dans leur ménage et dans la communauté. Elle peut également les protéger en cas de décès du mari/partenaire ou de rupture d'union. Au Gabon, 14 % seulement de femmes ont déclaré posséder une maison (5 % seule, 6 % conjointement et 3 % seule et conjointement). Le pourcentage d'hommes de 15-49 ans possédant une maison est légèrement plus élevé 16 % (11 % seul, 4 % conjointement et 1 % seul et conjointement). Cinq pour cent (5 %) des femmes et 11 % des hommes ont déclaré posséder de terres. Tendances : Par rapport à 2012, le pourcentage de femmes possédant une maison seule ou avec quelqu'un d'autre a diminué, passant de 23 % à 14 %. On note la même tendance pour la possession de terres, le pourcentage étant passé de 20 % à 5 %. La possession de maison, seul, conjointement ou seul et conjointement, augmente avec l'âge quel que soit le sexe. La possession de maisons est plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain. Une femme sur cinq (20 %) en milieu rural possède une maison contre 13 % des femmes en milieu urbain. Chez les hommes, ces pourcentages sont respectivement de 23 % et 16 %. Il en est de même pour la possession de terres. Les pourcentages des femmes possédant une maison sont plus élevés dans le Moyen-Ogooué (20 %), le Woleu-Ntem (19 %) et l'Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil) (19 %). Ils sont plus faibles à Libreville (13 %), Port-Gentil (9 %), dans le Haut-Ogooué (13 %) et la Ngounié (13 %).

La possession d'un compte bancaire et d'un téléphone portable peut contribuer à renforcer l'autonomie et l'indépendance financière. Au Gabon, la possession et l'utilisation d'un compte bancaire ne sont pas courantes, aussi bien, chez les femmes que chez les hommes de 15-49 ans : moins d'une femme sur cinq (18 %) et un quart des hommes disposent d'un compte bancaire et l'utilisent. Par contre, la possession d'un téléphone portable est très largement répandue, autant chez les femmes que chez les hommes (89 % pour les deux sexes), et un pourcentage un peu plus élevé de femmes que d'hommes (75 % contre 73 %) l'ont utilisé pour effectuer des transactions financières. Dans toutes les provinces, chez les femmes comme chez les hommes, la possession d'un téléphone portable est largement répandue, son utilisation dans les transactions financières également. Par contre, les pourcentages possédants et utilisant un compte bancaire sont très faibles dans la Nyanga (6 %), l'Ogooué-Ivindo (5 %) et l'Ogooué-Lolo (5 %) pour les femmes et, dans l'Ogooué-Ivindo (10 %) pour les hommes. Du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé, les pourcentages de femmes et d'hommes possédant et utilisant un compte bancaire, ainsi que les pourcentages de ceux possédant et utilisant leur téléphone pour des transactions financières augmentent de manière importante.

La possession d'un compte bancaire et d'un téléphone portable peut contribuer à renforcer l'autonomie et l'indépendance financière.

### VI.2.5 Les modèles de pouvoir et de prise de décision :

Il imprègne tous les domaines et détermine qui possède, qui peut acquérir et qui peut utiliser des actifs, et qui peut prendre des décisions sur son corps et sur ses enfants. Il détermine si une personne peut tirer parti des opportunités, exercer ses droits, se déplacer et s'associer avec d'autres, conclure des contrats juridiques, et se présenter aux élections et exercer ses fonctions. Le pouvoir détermine également la façon dont les hommes et les femmes sont traités par différents types d'institutions, de politiques et de lois. Les attitudes discriminatoires des prestataires, par exemple, renforcent les inégalités. Les prestataires, en particulier les prestataires de sexe féminin qui travaillent aux niveaux inférieurs, peuvent également être victimes de discrimination et de maltraitements sur le lieu de travail en raison des hiérarchies liées au genre.

Au niveau constitutionnel, la loi fondamentale reconnaît le principe d'égalité et le gouvernement gabonais a ratifié la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en 1983. La loi visant à assurer une représentation de 30% des femmes dans les fonctions électives et dans la haute administration qui attendait depuis longtemps d'être promulguée a été supplantée par la réforme constitutionnelle de janvier 2018 qui intègre la parité. L'adoption d'une loi instaurant un quota de 30% de femmes dans les fonctions électives, qui n'a pas encore été expérimentée, est un pas vers l'amélioration de la présence politique des femmes. Le pouvoir local est de moins en moins masculin depuis les élections municipales de 2013, qui ont vu les femmes accéder ou se renforcer à la tête des exécutifs locaux.

Des analyses d'intérêts ont été réalisées dans le cadre de l'EDSG-III 2019. Ceux-ci concernent particulièrement la participation dans les décisions importantes du ménage ; l'opinion concernant le fait de battre son épouse/partenaire, la négociation de rapports sexuels et la violence domestique.

On considère que les femmes participent dans les prises de décision du ménage si elles décident seules ou ensemble avec leur conjoint sur les trois sujets suivants : (1) les propres soins de santé de la femme, (2) les achats importants du ménage et (3) les visites de la femme à sa famille ou à ses parents. La proportion de femmes impliquées dans la prise des trois décisions augmente avec le niveau d'instruction, passant de 38% chez celles sans niveau d'instruction à 68% chez celles ayant le niveau secondaire 2nd cycle et à 72% chez celles ayant le niveau supérieur. C'est dans les provinces du Woleu-Ntem (23%), de la Nyanga (21%) et le Haut-Ogooué (15%) que le pourcentage des femmes qui ne sont impliquées dans la prise d'aucune des trois décisions est le plus élevé. Le pourcentage d'hommes ayant participé à la prise des deux décisions est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (79% contre 69%). Le pourcentage d'hommes qui ne sont impliqués dans la prise d'aucune des deux décisions est plus élevé dans la Ngounié (20%) et la ville de Port-Gentil (16%) que dans les autres provinces.

Le pourcentage de femmes qui justifient le recours à la violence conjugale, pour au moins une des raisons suivantes « elle brûle la nourriture, elle argumente avec lui, elle sort sans le lui dire, elle néglige les enfants, et elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui », est plus élevé en milieu rural (36%) qu'en milieu urbain (29%). On retrouve ce même écart parmi les hommes (36% contre 33%). La justification de la violence conjugale, pour au moins une des cinq raisons citées est une opinion plus fréquemment répandue chez les femmes du Moyen-Ogooué (43%), de l'Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil) (39%), de l'Ogooué-Lolo (38%) que parmi celles du Haut-Ogooué (23%). Le pourcentage de femmes justifiant la violence conjugale est nettement plus faible parmi celles ayant le niveau supérieur que parmi les autres, en particulier par rapport à celles ayant le niveau primaire (14% contre 38%). Du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé, le pourcentage de femmes justifiant le recours à la violence conjugale diminue, passant de 36% à 20%.

Plus de trois femmes de 15-49 ans sur cinq (62%) et sept hommes de 15-49 ans sur dix (70%)

pensent qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire si elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes. De même, 82% des femmes et 90% des hommes pensent qu'il est justifié qu'une femme demande à utiliser un condom au cours des rapports sexuels, si elle sait que son mari/partenaire a une IST. Pour près des trois quarts des femmes (73%), il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire si elle sait qu'il a une IST.

La violence basée sur le genre à l'encontre des femmes est reconnue dans le monde entier comme une violation des droits humains fondamentaux. Des recherches en nombre de plus en plus important ont mis en évidence les conséquences sur la santé, les effets intergénérationnels et les conséquences démographiques et sociales de ce type de violence. Le phénomène de la violence basée sur le genre est un problème qui se pose actuellement avec beaucoup d'acuité au Gabon et cela en dépit de tous les instruments internationaux relatifs aux Droits de l'Homme ratifiés en matière de genre. Au Gabon, 48% des femmes de 15-49 ans ont subi des actes de violence physique ou sexuelle. Un peu plus de deux femmes de 15-49 ans non célibataires sur cinq (42%) a déjà subi au moins 3 comportements de contrôle de la part de son mari/partenaire. Plus d'une femme de 15-49 ans sur trois (34%) a déjà subi, à un moment quelconque, n'importe quel acte de violence physique commis par son mari/partenaire actuel ou le plus récent. **Parmi les femmes de 15-49 ans ayant subi, à un moment quelconque, des violences physiques ou sexuelles commises par leur mari/partenaire actuel ou le plus récent, plus d'une sur trois (34%) a été blessée à la suite de ces actes de violence conjugale. Parmi les femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles, 61% n'ont pas recherché d'aide et n'ont parlé à personne de ce qui leur est arrivé. Dans 11% des cas, les femmes n'ont pas recherché d'aide, mais ont parlé à quelqu'un et, 28% des femmes victimes de violences ont recherché de l'aide pour mettre fin à cette situation.**



### VI.3 Les populations vulnérables

Le Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030 (Plan mondial) de Stop TB Partnership, souhaite prioriser, atteindre et impliquer les populations clés et vulnérables. La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose de septembre 2023 recommande de renforcer la prise en charge globale de toutes les personnes atteintes de tuberculose, en accordant une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité ou vulnérables à la tuberculose. Les Soins et prévention intégrés et centrés sur le patient sont parmi les piliers de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la TB d'ici 2030. Ceci intègre le traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose, y compris de tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients.

<sup>17</sup> <https://citoyennes-engagees.org/uploads/pdf/egalite-d-acces-a-l-emploi.pdf>

La violence basée sur le genre à l'encontre des femmes est reconnue dans le monde entier comme une violation des droits humains fondamentaux.

Le Plan mondial décrit les populations clés de la tuberculose comme des personnes qui sont de plus en plus exposées, en raison de leur lieu de résidence ou de travail ; les personnes qui ont un accès limité à des services antituberculeux de qualité ; et les personnes à risque accru en raison de facteurs biologiques ou comportementaux qui compromettent la fonction immunitaire. Le Plan identifie ces personnes comme ayant besoin de services différenciés. Les populations clés sur lesquelles porte une attention particulière incluses dans le plan sont les enfants, les agents de santé, les mineurs, les prisonniers, les personnes touchées par la tuberculose zoonotique, les migrants, les consommateurs de drogues injectables, les personnes âgées, les personnes vivant avec le VIH et le Sida, les personnes atteintes de diabète, les personnes qui fument ou sont exposés à la fumée et les personnes souffrant de malnutrition.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les principaux groupes de population touchés par la tuberculose sont : 1) les personnes pour lesquelles le risque de contracter la maladie est renforcé par la présence d'autres maladies, par exemple les PVVIH ; 2) les personnes vulnérables du fait de leur situation sociale, de leurs comportements ou d'un environnement de travail insalubre, par exemple les détenus, les migrants, les réfugiés et les travailleurs et travailleuses du sexe ; 3) les personnes mal prises en charge du fait de la stigmatisation ou de la discrimination dont elles font l'objet ou à cause d'autres obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins, par exemple les consommateurs de drogues et les sans-abris .

Au Gabon, les populations vulnérables de la tuberculose sont décrites dans le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2023-2027. Il s'agit entre autres :

✓ **des PVVIH** : La proportion des malades co-infectés TB/VIH est élevée, située au-dessus de 25%. Cependant, la couverture en traitement antirétroviral chez les patients co-infectés TB-VIH est encore insuffisante. La plateforme de collaboration entre les deux programmes TB et VIH a été mise en place formellement depuis 2017, mais fonctionne mieux au niveau opérationnel qu'au niveau central. Chaque programme a inscrit des prestations de gestion de la co-infection dans son plan . Les deux programmes ont collaboré ensemble pour élaborer le guide national de gestion de la co-infection TB-VIH et organiser le premier forum national sur la co-infection TB-VIH en 2019. Cependant, le plan conjoint de gestion de la co-infection TB-VIH n'a encore jamais été élaboré. Selon les résultats d'une étude menée à Libreville sur le profil épidémiologique et évolutif de la tuberculose sous l'influence de l'infection par le VIH dans un centre de prise en charge ambulatoire, la co-infection TB/VIH reste élevée et impacte négativement la prise en charge de la TB en ambulatoire .

✓ **des Enfants de moins de cinq ans** : La proportion des enfants atteints de tuberculose a baissé depuis 2015 et stagne autour de 5% avec des variations selon les régions sanitaires. Cette variation régionale serait liée d'une part à une différence de capacités de diagnostic de la TB chez l'enfant entre les Régions et, d'autre part, à une différence d'accessibilité aux soins. Cependant, la proportion des enfants parmi les cas de TB reste faible, voire très faible dans la tranche d'âge de 0 à 04 ans, liée à une insuffisance du dépistage et du diagnostic de la TB chez ce groupe d'âge.

✓ **des Populations carcérales** : La promiscuité, l'absence de mesures d'hygiène des mains et une mauvaise gestion des déchets favorisent la contamination en milieu carcéral. Les issues thérapeutiques des détenus tuberculeux ne sont pas rapportées, le personnel médical n'étant pas informé par l'administration pénitentiaire des dates de sortie de prison de ces malades. Il demeure difficile d'organiser la poursuite du traitement après la sortie de prison, d'où un taux élevé de perdus de vue avec risque de résistance.

✓ **des Populations des zones d'accès difficile ou mal desservies** : La prise en charge de la Tuberculose au Gabon est très centralisée. Les structures de prise en charge sont inégalement réparties sur le territoire national. La Région Sanitaire de Libreville-Owendo contribue pour plus de 50% des cas notifiés, dont la majorité est prise en charge par le seul CDT de Nkembo . Dans sept Régions sanitaires et certaines zones enclavées du pays, telles que les lacs et lagunes des Régions sanitaires Maritime, Centre et Sud, les populations doivent parcourir en moyenne 200 kilomètres pour accéder aux services de prévention et de prise en charge de la Tuberculose. Certaines populations rurales, en raison de leur éloignement, ont un accès difficile aux services de santé, y compris ceux de la tuberculose. Il est admis qu'un nombre non négligeable de patients appartenant à ces populations ne peuvent bénéficier de services du PNL. Ceci entraîne un problème d'accessibilité géographique aux services de lutte contre la TB pour les populations vivant loin des chefs-lieux de provinces, engendrant des retards au diagnostic, au traitement, ainsi qu'un nombre élevé de perdus de vue, voire de décès.

✓ **des Co-morbidités** : Bien que n'étant pas documentée au Gabon, la prévalence ou l'incidence des Co-morbidités de la tuberculose avec le diabète, l'hypertension artérielle et la COVID 19 représente pour la personne atteinte de Tuberculose un risque supplémentaire de morbidité et de mortalité.

Les résultats d'une étude de prévalence et facteurs de risque associés à la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques à Conakry montrent une prévalence remarquablement élevée de la tuberculose chez les patients diabétiques en Guinée, soulignant la nécessité d'une action urgente pour mieux comprendre et traiter le double fardeau de la tuberculose et du diabète . Une autre étude réalisée en Tunisie sur les effets du diabète sur la tuberculose pulmonaire montre que le diabète modifie la présentation clinique et radiologique de la tuberculose pulmonaire. Il est associé à la fois à la résistance au traitement et à l'échec thérapeutique .

#### VI.4 La stigmatisation

Le Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030 (Plan mondial) de Stop TB Partnership, recommande l'élimination de la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose. La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose de septembre 2023 recommande d'intensifier les efforts nationaux pour lutter contre les inégalités, afin d'éliminer toutes les formes de stigmatisation, de discrimination, d'inégalité et autres obstacles liés à la tuberculose. Les politiques audacieuses et systèmes de soutien sont parmi les piliers de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la TB d'ici 2030. Ceci intègre la protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose.

La stigmatisation liée à la TB et ses manifestations sont des obstacles à l'accès à des services de soins et de soutien antituberculeux de qualité. Ces obstacles entraînent également des retards dans la recherche de soins de santé, impactent sur l'observance du traitement et la qualité de vie des personnes atteintes de TB. À ce titre, l'élimination de la stigmatisation liée à la tuberculose est essentielle pour remédier aux disparités en matière de santé rencontrées par les personnes atteintes de tuberculose, y compris les populations clés de la tuberculose. Lorsqu'il s'agit de comprendre la stigmatisation par rapport à une maladie sociale telle que la tuberculose, les dimensions de la stigmatisation ne sont pas non plus exhaustives ou mutuellement exclusives . Au contraire, elles sont indistinctement liées à de nombreux aspects de la vie.

Les stigmates de renforcement doubles ou multiples associés à la tuberculose comprennent le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité (par exemple, personne qui consomme de la drogue), la citoyenneté/le statut juridique (par exemple, les personnes ayant le statut de réfugié), la situation financière (par exemple, les pauvres en milieu urbain), la profession (par exemple, les mineurs, les agents de santé, les soignants) et la présence d'autres maladies (par exemple, le VIH). Par conséquent, les personnes considérées comme des populations clés dans la tuberculose sont souvent confrontées à des stigmates de renforcement doubles ou multiples associés à la tuberculose.<sup>25</sup>

<sup>18</sup>WHO. Guidance on engagement of communities and civil society to end tuberculosis. 2023.

<sup>19</sup>Kombila UD, Ibinga LD, MOUNGUENGUI D, Manomba Boulingui C, Boguikouma JB. Profil épidémiologique et évolutif de la tuberculose sous l'influence de l'infection par le VIH dans un centre de prise en charge ambulatoire au Gabon. Rev Mal Respir. 2022;39

<sup>20</sup>Prise GDE, Charge EN. République Gabonaise Ministère de la Santé Direction Générale de la Santé CHEZ L' ENFANT AU GABON. 2021

Au Gabon, la stigmatisation est très fréquente à tel point qu'elle a accentué le phénomène de « perdus de vue ». Cette disparition des personnes vivant avec le VIH/Tuberculose du circuit de prise en charge, que ce soit en termes de dépistage, ou d'accès au traitement, pour celles qui ont déjà connaissance de leur statut a pour conséquence, l'exposition des malades à des pathologies opportunistes. Des données sont manquantes toutefois sur la problématique pour avoir plus de précisions. **Des données plus factuelles sont présentées dans le prochain chapitre (Résultats).**



Des données plus factuelles sont présentées dans le prochain chapitre (Résultats).

<sup>21</sup>Sante MDELA, Generale D, Sante DELA, Lutte PNDE, Tuberculose CLA. GUIDE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE PHARMACO-SENSIBLE CHEZ L' ADULTE. 2022

<sup>22</sup>Baldé NM, Camara A, Camara LM, Diallo MM, Kaké A, Bah-Sow OY. Tuberculose et diabète à Conakry, Guinée : prévalence et caractéristiques cliniques de l'association. Vol. 10, INT J TUBERC LUNG DIS. 2006

<sup>23</sup>Bouzarrou L, Omrane A, Jelassi O, Harrathi C, Yahyaoui T, Chaari N, et al. La tuberculose pleuropulmonaire chez les professionnels de santé du secteur public. Rev des Mal Respir Actual.

## VII. RESULTATS



Cette section présente les résultats généraux des recherches qualitatives et quantitatives et aborde les résultats spécifiques liés aux genres et aux populations clés et vulnérables.

### VII.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

✓ La figure1 décrit le genre et les tranches d'âge des personnes interviewées. On constate que 64% des personnes interviewées sont des hommes, contre 35% de femmes et 1% de personnes transgenres. La tranche d'âge majoritaire est celle de 25-44 ans (60%), suivie de 45-64ans (22%), puis on a la tranche d'âge 18-24ans et celle de 65ans et plus.

✓ La figure2 indique que 61% des interviewés sont actuellement sous traitement, 21% ont achevé le traitement il y a plus d'un an et 18% l'ont achevé il y a un an.

✓ Dans la figure 3, 22% sont des co-infectés TB-VIH, 6% des mineurs, 7% des travailleurs de santé, 1% de réfugiés, 16% des personnes vivant dans les bidons villes urbains, 7% des pauvres ruraux, 11% des personnes qui consomment des drogues, 2% des handicapés et 19% des personnes n'ayant aucun des profils définis.

✓ La figure 4 indique que 75% des personnes interviewées n'ont pas de Baccalauréat, c'est-à-dire que leur niveau d'études varie entre n'ayant jamais été à l'école et niveau Terminale du lycée.

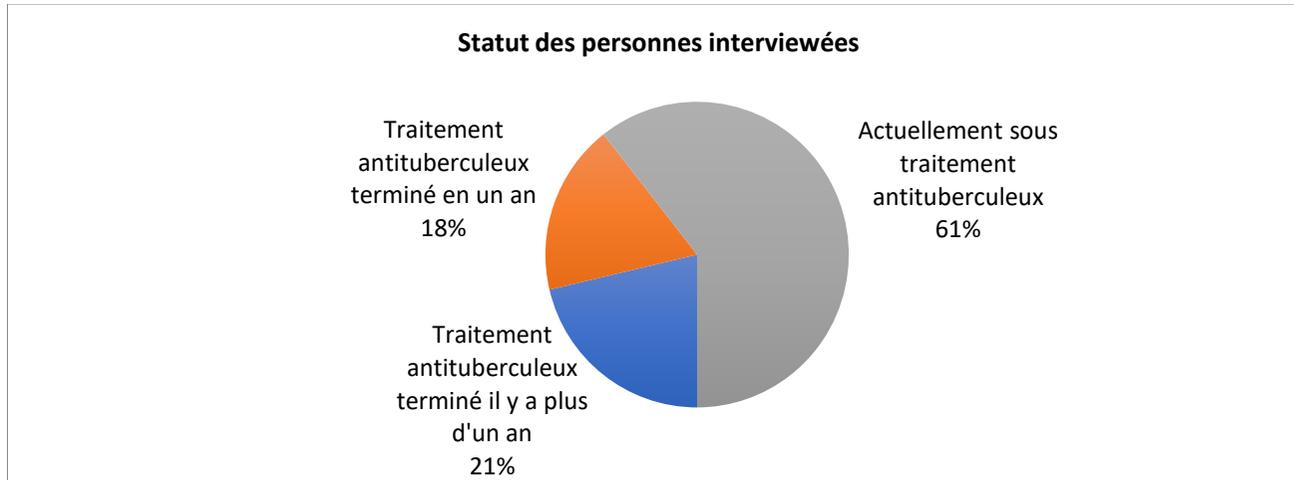
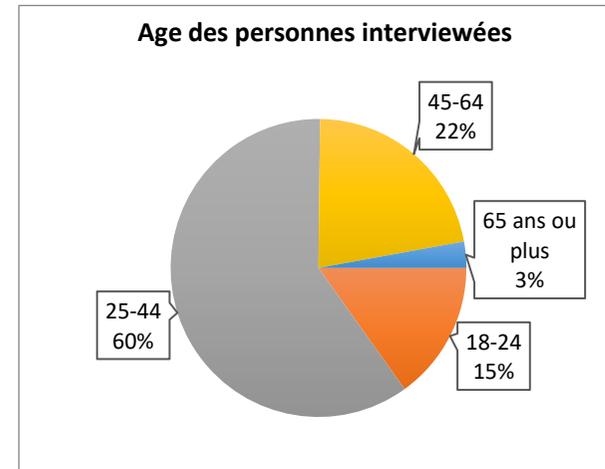
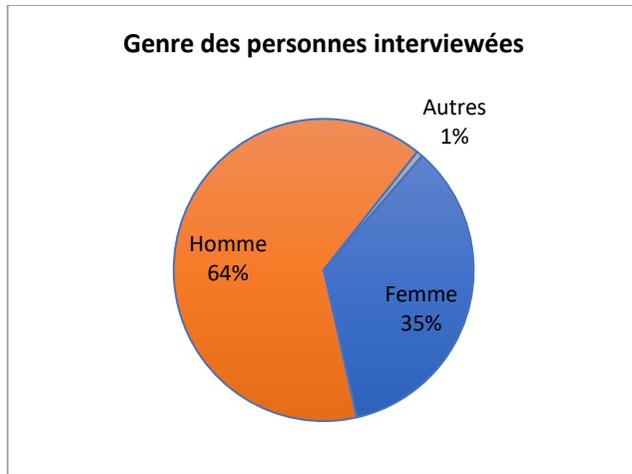
✓ La figure 5 nous donne des informations sur la situation d'activités des interviewés, on peut constater que 63% sont sans emploi ; ce qui renforce le sentiment que la TB est une maladie des pauvres.



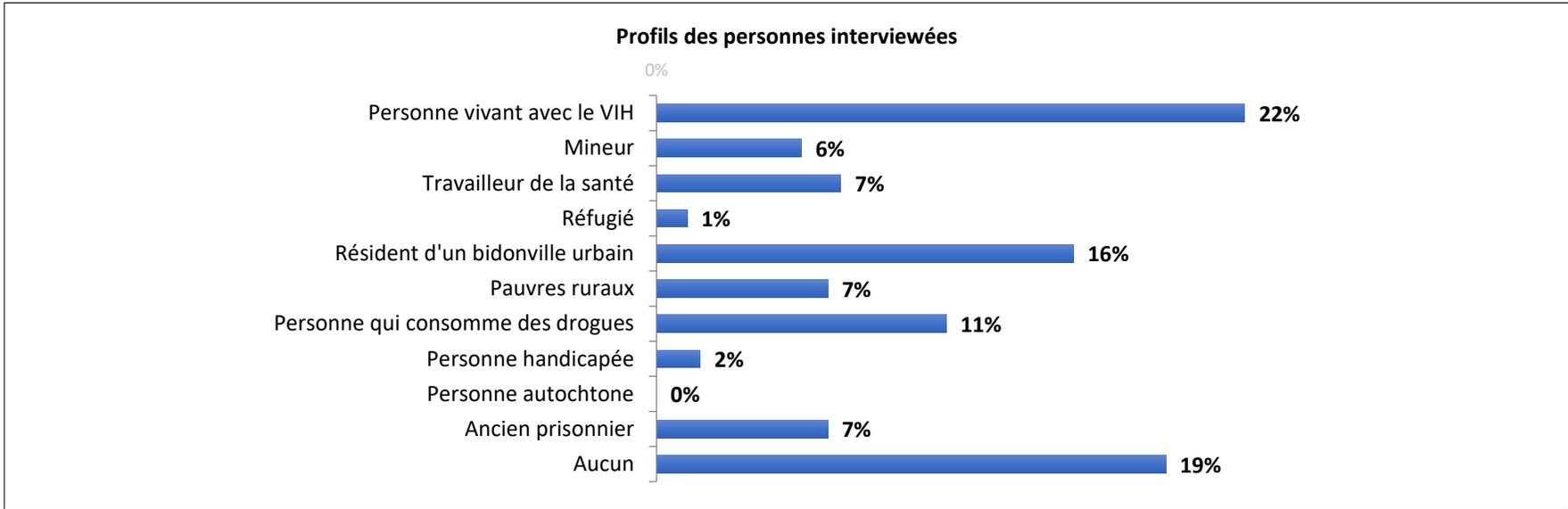
<sup>24</sup>Chiang SS, Chiang SS, Roche S, Contreras C, Alarcón V, Del Castillo H, et al. Entraves au diagnostic de la tuberculose de l'enfant : étude qualitative. INT J TUBERC LUNG DIS. 2015;19).

<sup>25</sup>Julien Z, Michel G. Social context of premarital fertility in rural South-Africa : original research article. Afr J Reprod Health. 2008;

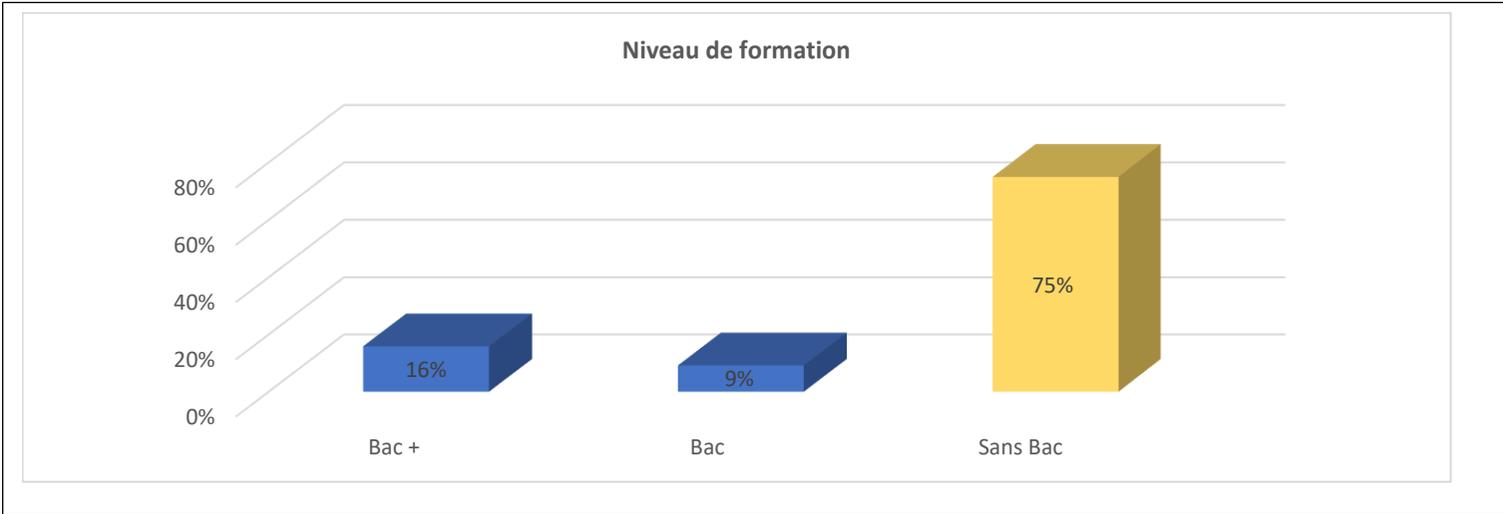
**Figure 1 : Genre et Tranche d'âge**



**Figure 2 : Statut des personnes interviewées**



***Figure 3 : Niveau de Formation***



***Figure 4 : Situation d'activité.***

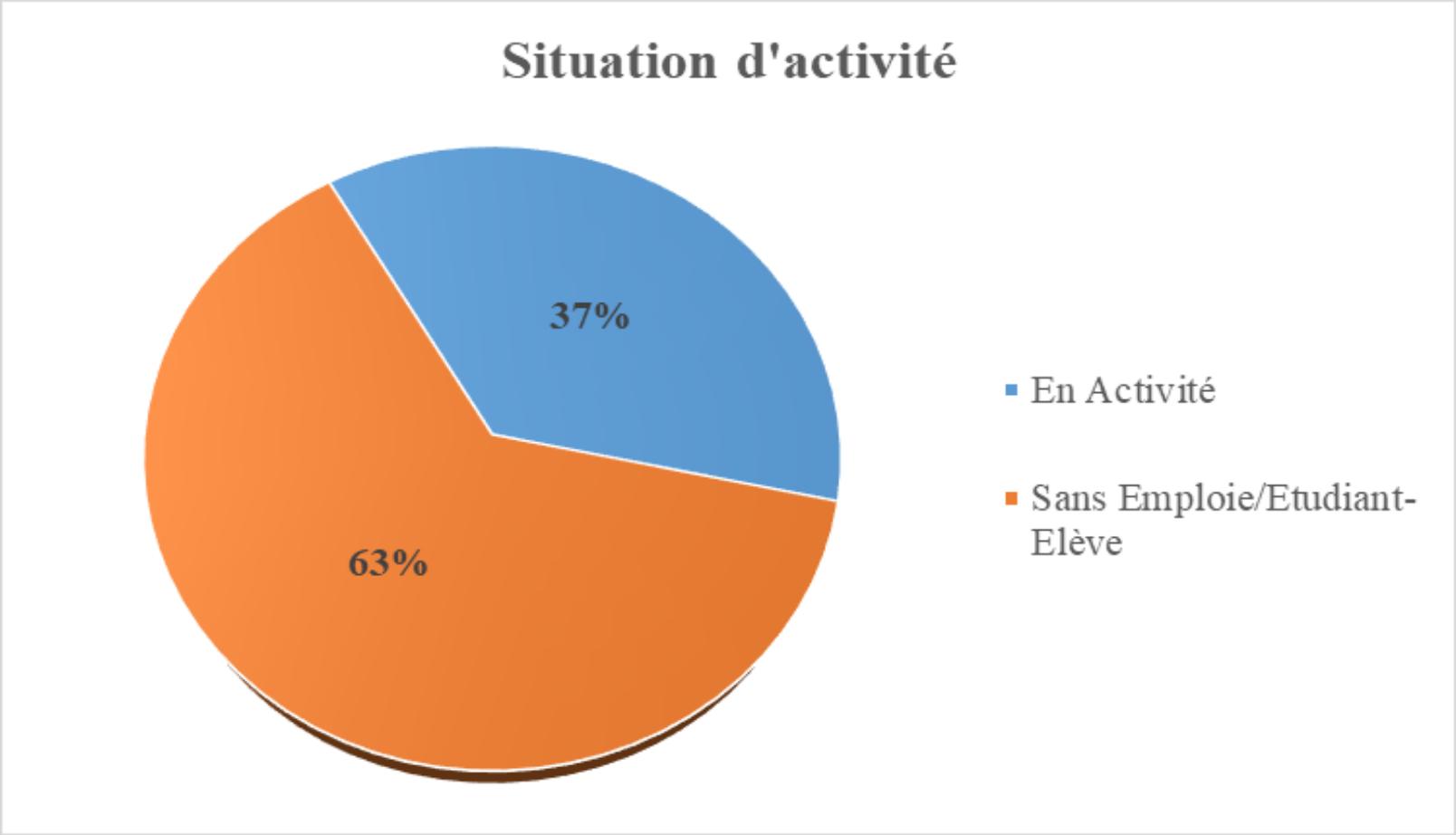


Figure 5 : Niveau de compréhension de la TB par les personnes touchées par la TB

## VII.2 CONSTATATIONS GENERALES



En général, les mots « maladie, cigarette, tabac, crachat, salive » reviennent. Cela marque le niveau de compréhension de la maladie ; la TB est le plus souvent définie comme une maladie causée par la cigarette. Et que c'est à cause de leur proximité avec les fumeurs de tabac qu'ils ont été contaminés.

Dans cette enquête, nous n'avons pas étudié toutes les causes de vulnérabilité à l'infection et à la maladie tuberculeuse, mais nous avons pu rechercher et analyser les obstacles et les facteurs facilitant le traitement de la tuberculose. Une concentration particulière a été faite sur les aspects en lien direct avec le genre et les populations clés sélectionnées. Malgré cette orientation spécifique, des conclusions cohérentes sont ressorties dans les divers domaines de recherche.

Quatre conclusions générales clés sont mises en avant : le mauvais accueil et le manque de confidentialité dans les structures de prise en charge démotiveraient les patients pour les prochains rendez-vous, les connaissances sur la tuberculose sont limitées chez les personnes touchées, la stigmatisation associée à la TB est omniprésente, le manque d'appui social prenant en compte l'assistance psychologique et soutien financier pour le malade TB. Ces conclusions sont soulignées en raison de leur importance dans le contexte de l'épidémie de tuberculose et fournissent une base pour la compréhension des résultats.

En premier lieu, **le mauvais accueil et le manque de confidentialité dans les structures de prise en charge démotiveraient les patients pour les prochains rendez-vous**, comme le démontre la récurrence des réponses données par le panel d'interviewés.

En deuxième lieu, **les connaissances sur la tuberculose sont limitées chez les personnes touchées**, cela pourrait s'expliquer par une faible communication et éducation (75% des interviewés n'ont pas de Baccalauréat). En effet, les personnes touchées ne reconnaissent pas les signes de la maladie ou ne comprennent pas sa gravité, cela retarde le diagnostic et le traitement, ce qui aggrave

souvent les résultats pour les patients. Les informations sur la tuberculose peuvent ne pas être disponibles dans les langues parlées par les populations touchées ou elles peuvent ne pas être présentées de manière culturellement appropriée. Cela pourrait retarder le diagnostic et le traitement.

En troisième lieu, la stigmatisation associée à la TB est omniprésente, la stigmatisation liée à la tuberculose touche tout le monde. Même si l'ampleur de l'impact de la stigmatisation sur les individus variait, aucun individu atteint de tuberculose n'a clairement déclaré que la tuberculose n'était pas une maladie stigmatisant. La stigmatisation liée à la tuberculose était liée à :

- La stigmatisation liée au VIH et l'hypothèse (vraie ou non) selon laquelle la tuberculose les personnes touchées par le VIH ;
- L'idée fausse selon laquelle la tuberculose est le signe d'une mauvaise hygiène personnelle :

Enfin, **le manque d'appui social prenant en compte l'assistance psychologique et soutien financier pour le malade TB**. En effet, le traitement de la tuberculose est souvent long et exigeant, nécessitant la prise quotidienne de médicaments pendant plusieurs mois. Le manque de soutien social peut entraîner un stress émotionnel pour les patients, ce qui peut affecter leur capacité à suivre rigoureusement le traitement prescrit. Cela peut conduire à un non-respect du traitement, à des interruptions de médicaments ou à un abandon prématuré du traitement, ce qui favorise la persistance de l'infection et le développement de souches résistantes de la bactérie.

Être diagnostiqué avec la tuberculose peut être une expérience émotionnellement difficile. Le manque de soutien psychologique peut aggraver les sentiments de peur, d'anxiété, de dépression et de stigmatisation associés à la maladie. Cela peut avoir un impact négatif sur la santé mentale des patients et influencer leur volonté de chercher un traitement et de suivre les recommandations médicales.

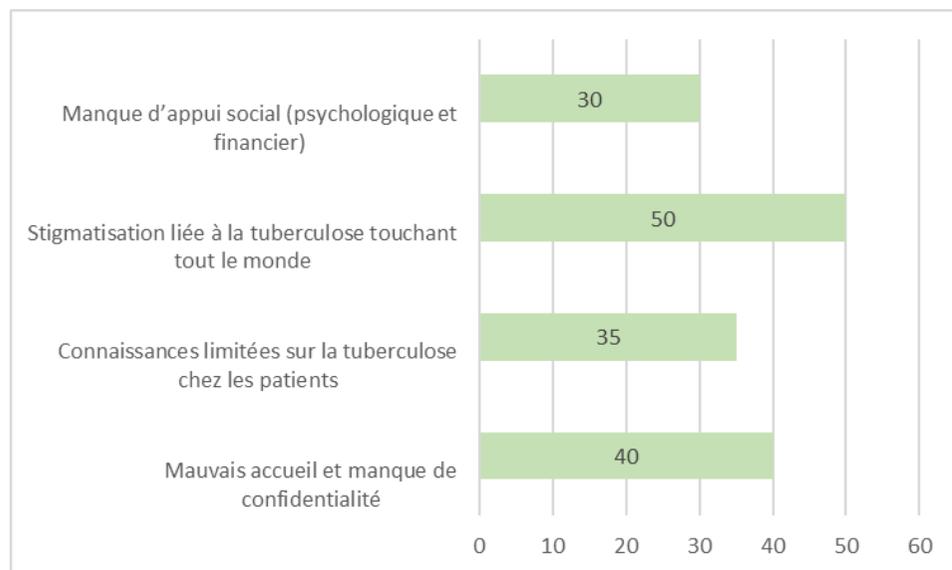


les connaissances sur la tuberculose sont limitées chez les personnes touchées

Thématiques majeures	Effectifs observés	Type de discrimination ou rejet
Mauvais accueil et manque de confidentialité	40 témoignages	Manque d'éthique, insécurité psychologique
Connaissances limitées sur la tuberculose chez les patients	35 témoignages	Ignorance, méconnaissance des droits et des pratiques médicales
Stigmatisation liée à la tuberculose touchant tout le monde	50 témoignages	Marginalisation, rejet social généralisé
Manque d'appui social (psychologique et financier)	30 témoignages	Absence de soutien social et économique

Les personnes touchées par la tuberculose peuvent être confrontées à des difficultés financières, en raison de l'incapacité de travailler pendant le traitement, des coûts directs et indirects liés aux soins de santé, ainsi que des dépenses liées aux transports et à l'alimentation. Le manque de soutien financier peut rendre difficile pour les patients de subvenir à leurs besoins de base, ce qui peut compromettre leur capacité à suivre le traitement et à maintenir un mode de vie sain ; ce qui peut contribuer à la persistance de la maladie.

*Tableau 10 : Tableau de fréquence des thématiques*



**Figure 6 : Graphique de fréquence par thématiques majeurs**

La tuberculose est souvent associée à la stigmatisation et à la peur de la transmission de la maladie. Le manque de soutien social peut conduire à l'isolement des patients, les privant du soutien émotionnel et pratique de leur famille, de leurs amis et de leur communauté. Cela peut rendre plus difficile pour les patients de gérer la maladie et de maintenir leur adhésion au traitement.

- « je veux que les autorités rendre disponibles des kits alimentaires et qu'on fasse le suivi des malades TB après guérison »
- « J'aimerais qu'il y ait des psychologues dans toutes les structures sanitaires pour bien conseiller les malades »
- « Juste dire que l'assistance sociale est le premier grand médicament au traitement de la TB »
- « J'aimerais avoir un soutien financier pour l'achat des médicaments sur ordonnance »

### VII.3 Les droits essentiels de la tuberculose

Les entretiens narratifs avec les leaders d'opinion et les membres des groupes d'associations de lutte contre la tuberculose ont produit les résultats suivants :

- Les leaders d'opinion et les acteurs de la société civile ont estimé à 91,2% la nécessité de respecter le droit des patients souffrant de la tuberculose.
- 79 % des interviewés affirment qu'il n'existe aucune loi concernant les personnes atteintes de la tuberculose ou si elle existe, elle n'est pas du tout appliquée.
- 81,1 % des enquêtés pense que les campagnes de sensibilisation sur la tuberculose sont très insuffisantes ou mal orientées. En effet, les rares informations sur la Tb mettent l'accent sur le traitement et non sur la prévention ou les mesures d'hygiène pour éviter de contaminer et de se faire contaminer.



	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Il doit exister un cadre juridique interdisant le traitement inégal des sujets malades de tuberculose.		
D'accord	27	84,6
Tout à fait d'accord	2	15,4
Le sujet malade de TBC doit avoir accès à l'information sur sa maladie		
D'accord	20	92,3
Tout à fait d'accord	7	7,7
Le sujet malade de TBC a le droit de bénéficier d'un diagnostic et un traitement de qualité		
D'accord	21	80,8
Tout à fait d'accord	5	19,2
Les informations sur le statut et le traitement du sujet avec TBC doivent rester confidentiels		
D'accord	22	73,0
Tout à fait d'accord	5	27,0
Les malades de TBC doivent donner leur consentement éclairé avant de recevoir le traitement contre la tuberculose		
Pas d'accord	5	15,9
D'accord	21	73,1
Tout à fait d'accord	4	11,5
Les malades de TBC ont le droit d'être libre et ne pas faire l'objet de l'isolement forcé		
Pas d'accord	2	7,7
D'accord	15	57,7
Tout à fait d'accord	6	23,1
Les employeurs doivent mettre des mesures de protection des travailleurs contre la TBC		
D'accord	16	59,5
Tout à fait d'accord	13	34,6

**Tableau 11. Réponses des enquêtés du groupe multipartite par rapport aux droits des personnes souffrant de la tuberculose.**

Perception des experts sur les Droits des personnes touchées par la tuberculose	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Toute personne a droit à ne pas être discriminé		
D'accord	21	70,0
Tout à fait d'accord	9	30,0
Toute personne a droit à l'information		
D'accord	15	69,2
Tout à fait d'accord	8	30,8
Toute personne a droit à l'emploi		
Pas d'accord	2	11,5
D'accord	17	55,7
Tout à fait d'accord	9	30,8
Toute personne a droit à la vie privée		
D'accord	21	53,8
Tout à fait d'accord	7	46,2
Toute personne a droit au consentement éclairé		
D'accord	11	53,8
Tout à fait d'accord	9	46,2
Toute personne a droit à ne pas faire objet d'arrestation arbitraire ou d'isolement involontaire		
D'accord	20	73,1
Tout à fait d'accord	9	26,9
Toute personne a droit à la sécurité au travail		
D'accord	19	61,5
Tout à fait d'accord	9	38,5

**Tableau 12 : Evaluation des droits essentiels de la tuberculose**

Les experts et les membres de la société civile interviewés sont globalement d'accord sur le respect des cinq droits essentiels à la tuberculose, notamment le droit à l'information, vie privée et confidentialité, à la liberté, à l'absence de discrimination et le droit à la santé.



## VII.4 LE GENRE



Les données analysées de la présente étude, fait constaté des disparités significatives entre les hommes et les femmes cisgenre au Gabon.

Le genre désigne les caractéristiques des femmes, des hommes, des filles et des garçons qui sont socialement construites. Cela inclut les normes, les comportements et les rôles associés au fait d'être une femme, un homme, une fille ou un garçon, ainsi que les relations entre les personnes. En tant que construction sociale, le genre varie d'une société à l'autre et peut évoluer au fil du temps.

L'identité de genre est l'expérience interne et individuelle du genre de chaque personne. C'est le sentiment d'être une femme, un homme, les deux, aucun des deux ou n'importe où sur le spectre du genre. L'identité de genre d'une personne peut être identique ou différente du sexe qui lui a été assigné à la naissance.

Cisgenre ou cis, est un terme qui décrit une personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance. L'identité de genre d'une personne cisgenre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance. Par exemple, une femme cisgenre est une personne à qui on a assigné le sexe féminin à la naissance et qui s'identifie comme une femme.

Le comité de pilotage a recommandé la priorisation des hommes et femmes cisgenre comme principale cible aux vues de la législation nationale (Constitution, Article 25 : « La famille est la cellule de base naturelle de la société. Le mariage, union entre deux personnes de sexe opposé, en est le support légitime ». Un peu plus de 2/3 des enquêtés étaient des hommes (64%) contre 35% des femmes. 1% de personnes ont évité de déclarer leurs sexes. Ceci pouvant confirmé des identités de genre non alignées à celle socialement construites. Quatre types de tranche d'âges (18-24 ans ; 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans ou plus) ont été structuré avec de tenir compte au maximum des perspectives des hommes et des garçons, ainsi que des femmes et des filles.

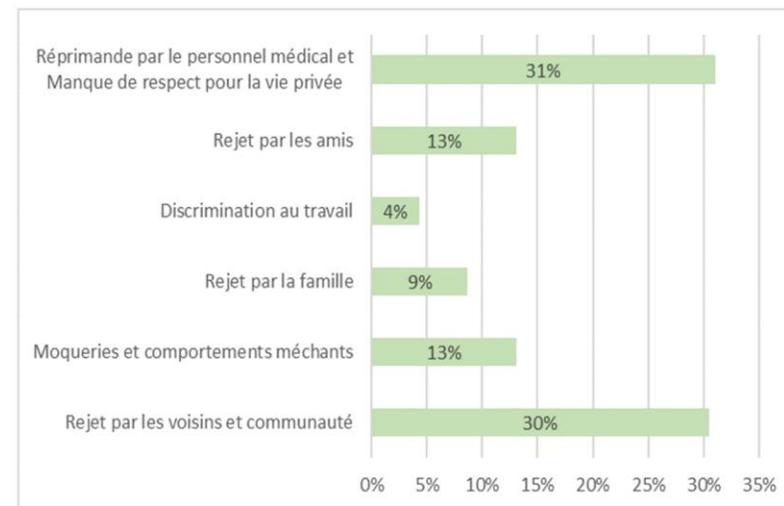
Dans l'ensemble, les données analysées de la présente étude, fait constaté des disparités significatives entre les hommes et les femmes cisgenre au Gabon. La recherche qualitative a mis en lumière des distinctions claires entre les sexes dans plusieurs aspects liés à la tuberculose : (i) la perception du risque de contracter la maladie, (ii) les réactions face à l'expérience de la maladie, (iii) l'accessibilité des services de santé, (iv) ainsi que l'appréciation de l'adéquation des services fournis dans les formations sanitaires.

La vulnérabilité est la qualité ou l'état d'être exposé à la possibilité d'être attaqué ou blessé, soit physiquement, soit émotionnellement.

### VII.4.1 Hommes cisgenre et vulnérabilités signalées

Les données ci-dessous sont présentées par tranche d'âge : (i) 18-24 ans ; (ii) 25-44 ans, (iii) 45-64 ans, (iv) 65 ans ou plus.

Figure 8 : Graphique des vulnérabilité signalées pour les Hommes de [18-24ans]



La figure 8, montre que chez les 18 – 24 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) réprimande par le personnel médical et manque de respect de la vie privée (31%), et (ii) rejet par les voisins et la communauté (30%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

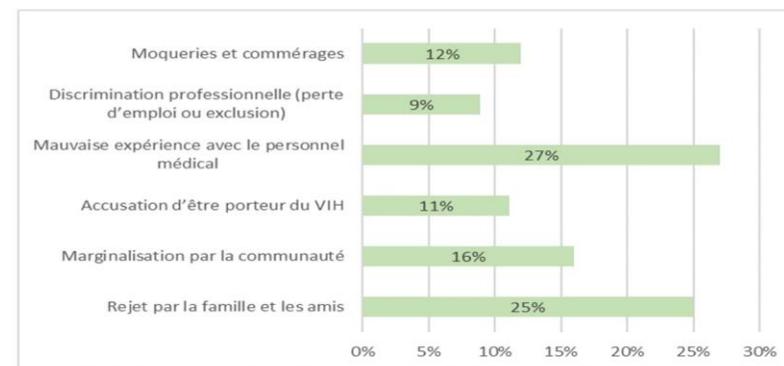
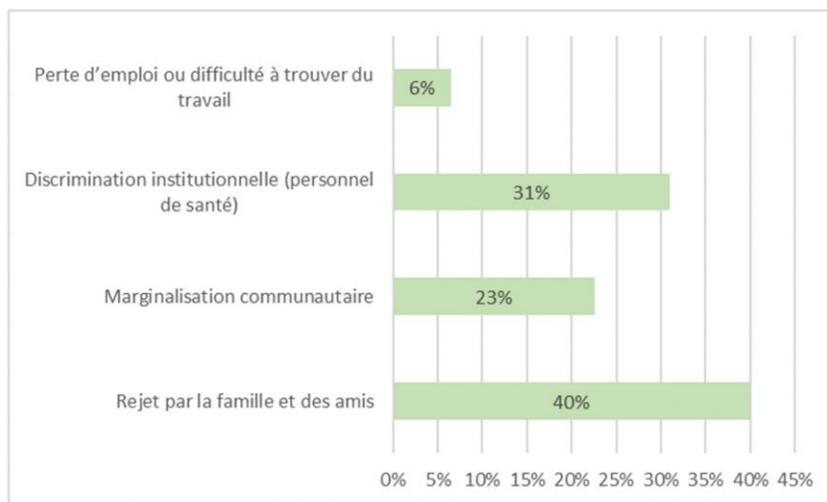


Figure 9 : Graphique des vulnérabilité signalées pour les Hommes de [25-44ans]

La figure 9, montre que chez les 25-44 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) mauvaise expérience avec le personnel médical (27%), et (ii) rejet par la famille et les amis (25%). D'autres situations d'intérêt ont également été signalées. Il s'agit respectivement de : (i) marginalisation par la communauté (16%), (ii) moqueries et commérages (12%), (iii) accusation d'être porteur du VIH (11%) ; (iv) discrimination professionnelle (9%).

Figure 10: Graphique des vulnérabilité signalées pour les Hommes de [45-64ans]



La figure 10, montre que chez les 45-64 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de trois principales situations. Il s'agit notamment de : (i) rejet par la famille et les amis (40%), (ii) discrimination par le personnel de santé (31%) et (iii) marginalisation communautaire (23%). Les trois évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

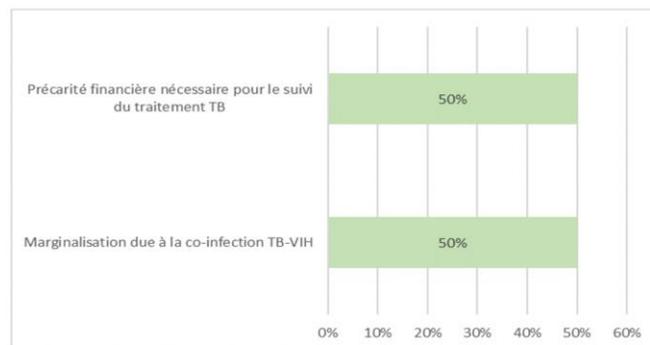


Figure 11: Graphique des vulnérabilité signalées pour les Hommes de 64ans et +

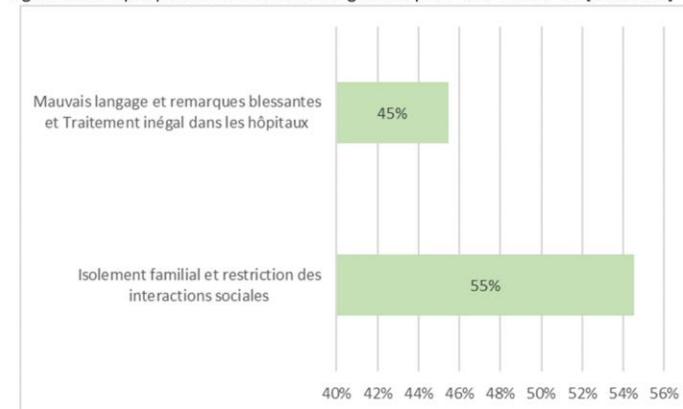
La figure 11 montre que chez sénior (65 ans +), les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) précarité financière (50%), et (ii) marginalisation dû à la co-infection TB/VIH (50%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Quel que soit la tranche d'âge, les discussions de groupe ont mis en exergue plusieurs informations d'intérêt concernant les hommes et qui peuvent être des barrières pour l'accès au diagnostic et traitement. Dans leur plus grand nombre, les hommes sont très réticents à fréquenter les établissements de santé plus souvent ou à accéder régulièrement aux services médicaux. Cela peut être due au fait que les prestataires de soins de santé sont en majorité des femmes, et ils craignent d'éventuelles violences verbales et des propos diffamants ou discriminants. Il ressort également des groupes de discussions que les formations sanitaires ne sont pas considérées ou perçues comme des espaces favorables aux hommes. Conformément à leur réticence à accéder aux établissements de soins de santé publics, le fait d'essayer des méthodes alternatives de guérison ou de tenter de s'auto-guérir (par exemple en se frottant la poitrine avec des « bombes », en utilisant des herbes médicinales ou des remèdes traditionnels) était plus fréquemment décrit comme la première option pour les hommes. Cela a été confirmé lors des entretiens avec plusieurs informateurs clés.

#### VII.4.2 FEMMES CISGENRE ET VULNÉRABILITÉS SIGNALÉES

Les données ci-dessous sont présentées par tranche d'âge : (i) 18-24 ans ; (ii) 25-44 ans, (iii) 45-64 ans. Chez les femmes, aucune femme de 65 ans ou plus, n'a été interviewée.

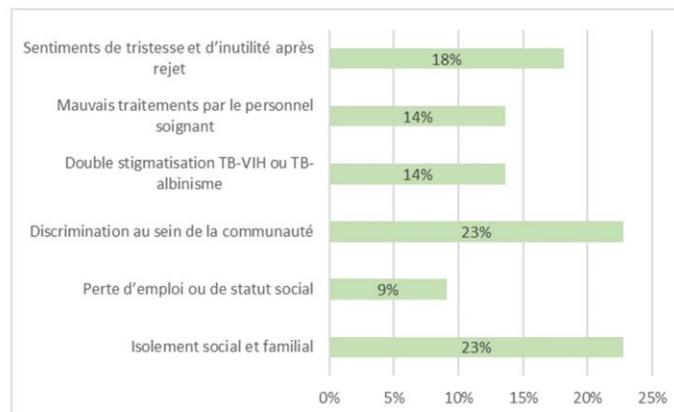
Figure 12: Graphique des vulnérabilités signalées pour les Femmes de [18-24ans]



La figure 12 montre que chez les 18-24 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) isolement familial et restrictions des interactions sociales (55%) et (ii) mauvais langage et traitement inégal dans les hôpitaux (45%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

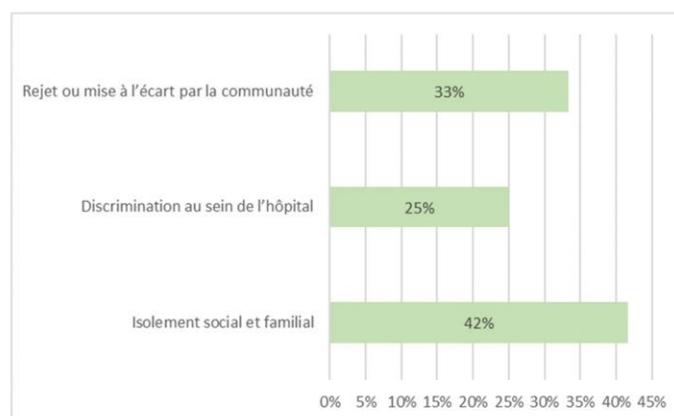
Il ressort également des groupes de discussions que les formations sanitaires ne sont pas considérées ou perçues comme des espaces favorables aux hommes.

Figure 13: Graphique des vulnérabilités signalées pour les Femmes de [25-44ans]



La figure 13 montre que chez les 25-44 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) isolement social et familial (23%), et (ii) discrimination au sein de la communauté (23%). D'autres situations d'intérêt ont également été signalées. Il s'agit respectivement de : (i) sentiments de tristesse (18%), (ii) mauvais traitement par le personnel de santé (14%), (iii) double stigmatisation TB/VIH (14%) ; (iv) perte d'emploi (9%).

Figure 14: Graphique des vulnérabilités signalées pour les Femmes de [45-64ans]



La figure 14, montre que chez les 45-65 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de trois principales situations. Il s'agit notamment de : (i) isolement familial (42%), (ii) rejet par la communauté (33%) et (iii) discrimination au sein des hôpitaux (25%).

Quel que soit la tranche d'âge, les discussions de groupe, ont mis en exergue plusieurs informations d'intérêt concernant les femmes et qui peuvent être des barrières pour l'accès au diagnostic et traitement. En effet, de nombreuses femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel de la santé dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Le retard dans l'accès aux soins chez les femmes était rare, et lorsqu'il se produisait, c'était généralement en raison de circonstances telles que la consommation de substances ou encore la garde des enfants pendant la phase intensive du traitement. Les femmes interviewées n'associent aucune barrière liée à leur identité de genre. Ceci peut être dû à la compréhension limitée de la dynamique de genre. À titre illustratif, « la garde des enfants » est une construction sociale ou ce rôle est réservé aux femmes. Il ressort également des groupes de discussions que les femmes recherchaient rapidement les soins, en raison de leur responsabilité envers leurs enfants et de leur besoin de rester en bonne santé pour pouvoir s'occuper d'eux.

#### VII.4.3 VULNÉRABILITÉ ET AUTRE IDENTITÉ DE GENRE

Les normes de genre rigides ont également des effets négatifs sur les personnes ayant des identités de genre diverses, qui sont souvent confrontées à la violence, à la stigmatisation et à la discrimination, y compris dans les formations sanitaires. Par conséquent, elles sont plus exposées aux problèmes de santé mentale, y compris au suicide. Dans nos observations dans les formations sanitaires, l'équipe de collecte des données a noté deux cas de traitement stigmatisant. Dans une formation sanitaire, une personne se décrivant comme une femme, était appelée à plusieurs reprises « il » au vu de ses attributs physiques ; alors qu'elle demandait à être appelée « elle ». Dans un autre établissement, le personnel (des prestataires de soins de santé et une femme de ménage) a tenté à plusieurs reprises de toucher les seins et les organes génitaux d'une patiente pour confirmer qu'elle était une femme. La patiente essayait toujours d'être polie quant à la manière dont ils violaient ses droits.

#### VII.5. POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABILITÉS SIGNALÉES

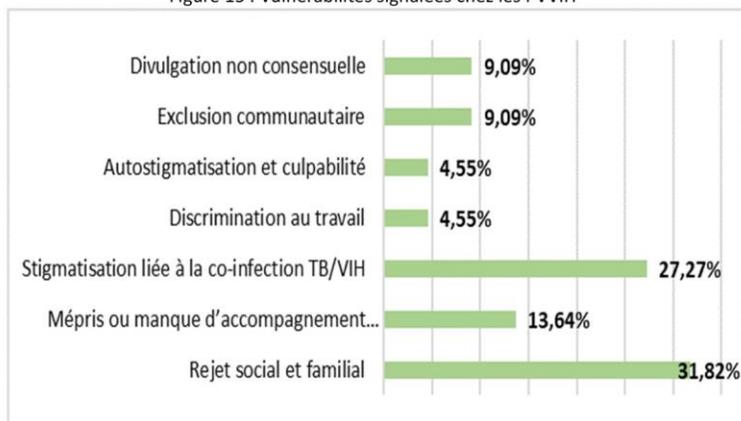
L'enquête qualitative a ciblé les populations clés priorisée à la section 5 « Priorisation des populations clés ». Il s'agit : des personnes vivant avec le VIH, les personnes malnutries, les toxicomanes, les détenus, les mineurs et les sujets contacts. Les données chez les diabétiques ont été très marginale.

Sept (07) thèmes ont été analysés pour faire ressortir les différentes vulnérabilités :

1. Rejet par la famille et les amis ;
2. Exclusion sociale et communautaire ;
3. Stigmatisation liée à l'association TB-VIH ;
4. Discrimination dans le milieu professionnel et éducatif ;
5. Traitement inégal ou méprisant par le personnel de santé ;
6. Auto stigmatisation ;
7. Divulgaration non consensuelle de l'état de santé.

### VII.5.1 LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) ET VULNÉRABILITÉS SIGNALÉES

Figure 15 : Vulnérabilités signalées chez les PVVIH



La figure 15 montre que chez les PVVIH, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) rejet social et familial (31,8%), et (ii) stigmatisation liée à la co-infection TB/VIH (27,7%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposées à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Des entretiens individuels ont également fait ressortir quelques données d'intérêt en particulier sur la réticente à se faire diagnostiquer en lien avec la manière par laquelle elles sont déjà reçues en tant que malade VIH, et la honte de se présenter en tant que nouveau malade TB « Toi avec ton VIH tu ne restes pas tranquille, tu vas encore ramasser une nouvelle maladie ». « Déjà que tu ne suis même pas bien le premier remède de VIH, tu viens encore ici avec la TB ». Les patients préféreraient donc changer de structure de prise en charge pour ne pas s'identifier comme patient VIH. En outre, il a également été noté que les PVVIH appartenant à des communautés linguistiques ou culturelles minoritaires peuvent rencontrer des difficultés à comprendre les instructions médicales et à suivre leur traitement correctement.

### VII.5.2 PERSONNES MALNUTRIS ET VULNÉRABILITÉS SIGNALÉES

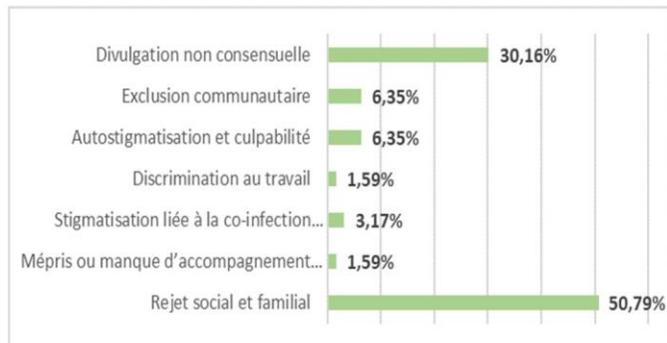


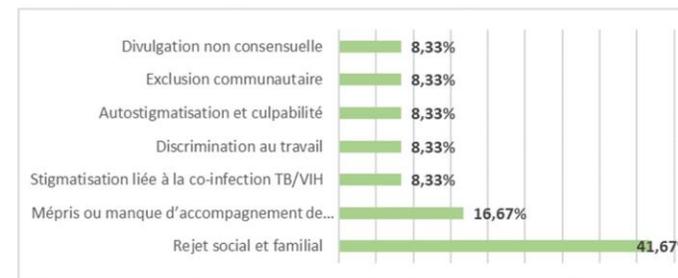
Figure 16 : Vulnérabilités signalées chez les personnes malnutris

La figure 16 montre que chez les personnes malnutris, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) rejet social et familial (50,79%), et (ii) divulgation non consensuelle (30,16%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposées à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Des entretiens individuels ont également fait ressortir quelques données d'intérêt, en particulier sur l'accès aux différents services de santé qui est souvent freiné par le fait de moyens financiers insuffisants ou très faibles, ne les permettant pas de se rendre dans une structure de prise en charge. En outre, il a également été noté qu'une grande majorité des personnes malnutries vivent dans des bidon ville urbain avec des conditions d'hygiène exécrables qui ne favorisent pas le suivi d'un traitement.

### VII.5.3 PERSONNES TOXICOMANES ET VULNÉRABILITÉS SIGNALÉES

Figure 17 : Vulnérabilités signalées chez les personnes toxicomanes



La figure 17 montre que chez les personnes toxicomanes, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) rejet social et familial (41,6%), et (ii) manque d'accompagnement (16,67%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposées à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Des entretiens individuels ont également fait ressortir quelques données d'intérêt en particulier sur les raisons pour lesquelles les personnes qui consomment des substances, n'accèdent pas au système de santé comme l'exige le diagnostic et le traitement de la tuberculose. Les participants, en particulier ceux qui consommaient de l'héroïne, ont signalé un accès retardé au traitement parce qu'ils ne reconnaissaient pas initialement les symptômes comme étant le signe d'une maladie. Ils ont plutôt supposé que les symptômes étaient le résultat de la consommation ou du sevrage de drogues.

Plusieurs personnes toxicomanes interviewées pensent que la consommation de substances est liée à l'infection et à la maladie tuberculeuse. Un facteur de risque fréquemment évoqué par les hommes était le partage de cigarettes, d'alcool (du même verre) et de drogues.

Dans nos observations dans les formations sanitaires, l'équipe de collecte des données a noté la faiblesse des systèmes d'orientation pouvant faciliter le circuit des soins pour les personnes qui consomment des drogues.

#### VII.5.4 LES DÉTENU·ES ET VULNÉRABILITÉS SIGNALÉES

Figure 18 : Vulnérabilités signalées chez les détenus



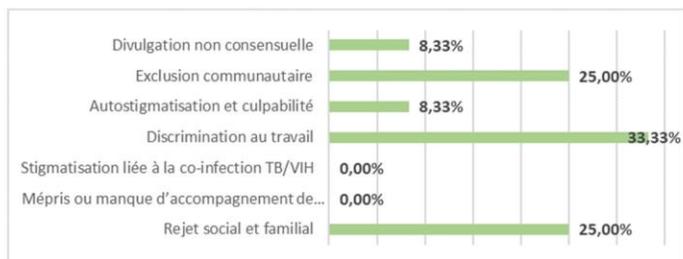
La figure 18 montre que chez les détenus, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) exclusion communautaire (58,3%), et (ii) rejet social et familial (16,6%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Le fait le plus marquant est « la discipline militaire de rigueur » pour tous les détenus diagnostiqués TB. L'un des prisonniers sous traitement a révélé que : « on nous appelle pour prendre nos comprimés à des heures fixes et on se met simplement en rang, celui qui n'est pas là est puni ».

Dans nos observations, l'équipe de collecte des données a noté une surpopulation dans presque toutes les prisons visitées, ainsi que l'appréciation des ressources limitées de l'administration pénitentiaire qui ne favorisent les situations idoines de prévention de la tuberculose avec des contextes pouvant être des risques de contamination. Plusieurs responsables de l'administration pénitentiaire ont effectivement reconnu l'inobservance des règles d'hygiène et le tabagisme en milieu carcéral. « C'est la promiscuité, ils sont serrés et certains ne pratiquent pas l'hygiène, il faut beaucoup forcer pour qu'ils se lavent. Il y a quelques-uns qui respectent, mais d'autres ne le font pas ».

#### VII.5.5 LES MINIERS ET VULNÉRABILITÉS SIGNALÉES

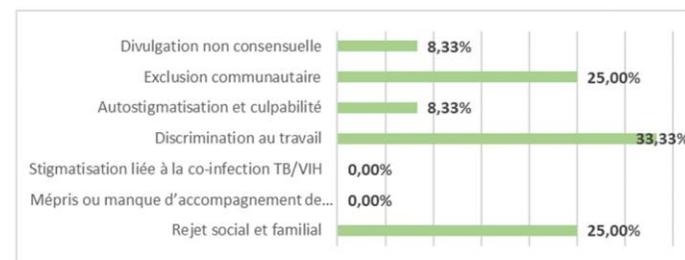
Figure 19 : Vulnérabilités signalées chez les miniers



La figure 19 montre que chez les miniers, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre trois principales situations. Il s'agit notamment de : (i) discrimination au travail (33,3%), (ii) exclusion communautaire (25 %) et rejet familiale (25%). Les trois contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

#### VII.5.6 PERSONNES CONTACTS ET VULNÉRABILITÉS SIGNALÉES

Figure 20 : Vulnérabilités signalées chez les personnes contacts



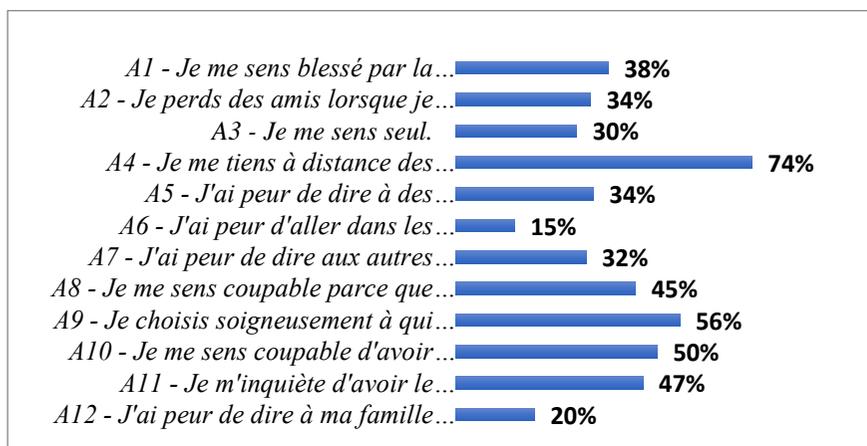
La figure 20 montre que chez les personnes contacts, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) manque d'accompagnement (52 %), et (ii) rejet communautaire (26 %). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement.

Dans nos observations, l'équipe de collecte des données a noté des adresses incorrectes des personnes contact, parce qu'ils ne souhaitent pas être vus en train de recevoir la visite d'un travailleur de la santé, car cela les marquerait comme malades. Il faut également noter que la compréhension de l'étiologie de la tuberculose est souvent erronée chez les personnes contacts en particulier en lien avec le traitement préventif et la nécessité de l'enquête d'entourage. Même si nombre de nos participants ont indiqué que les membres de leur foyer avaient subi un test de dépistage de la tuberculose, ils ne comprenaient souvent pas pourquoi il était important que les contacts étroits se fassent tester, y compris les objectifs du traitement préventif et en quoi il diffère du traitement classique.

#### VII.6 STIGMATISATION

La discrimination envers un patient tuberculeux peut prendre de nombreuses formes, allant de la stigmatisation sociale au refus d'accès aux services de santé. Les patients atteints de tuberculose sont souvent victimes de discrimination, en raison des idées fausses entourant la maladie, à l'instar de la croyance selon laquelle elle est très contagieuse et se propage facilement. Cela peut conduire à l'isolement et à l'ostracisme de la part des amis, de la famille et de la communauté dans son ensemble. De plus, certains patients peuvent être victimes de discrimination sur le lieu de travail ou dans le cadre éducatif, car les employeurs ou les écoles peuvent craindre une transmission potentielle de la maladie. La discrimination peut également se manifester dans les établissements de soins de santé où les patients tuberculeux peuvent être traités différemment ou carrément se voir refuser des soins. Il est essentiel de lutter contre ces attitudes discriminatoires par des campagnes d'éducation et de sensibilisation afin de garantir que toutes les personnes touchées par la tuberculose reçoivent le soutien et le traitement qu'elles méritent.

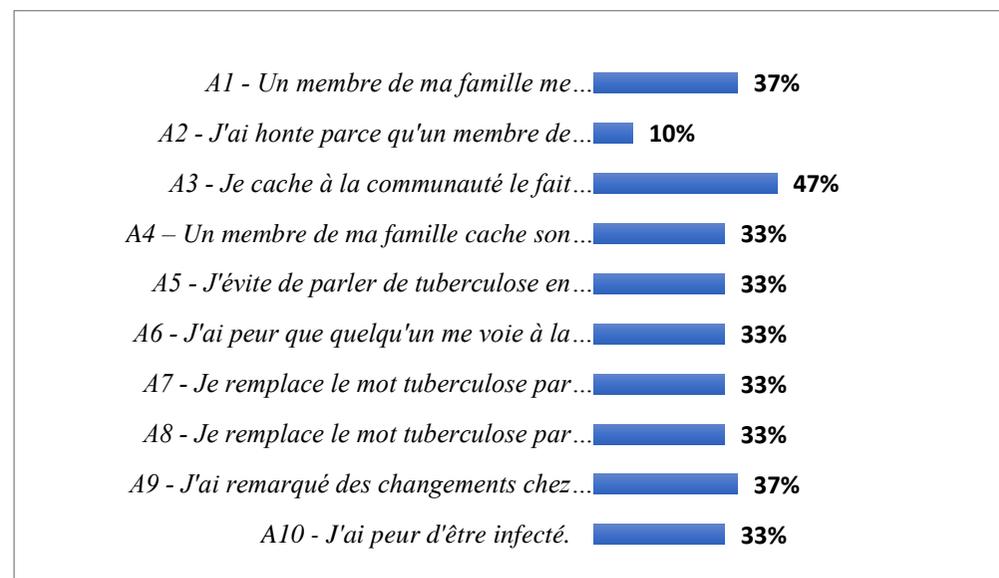
**Figure 21 : Auto stigmatisation.**



**Source : enquête CRG Gabon 2024**

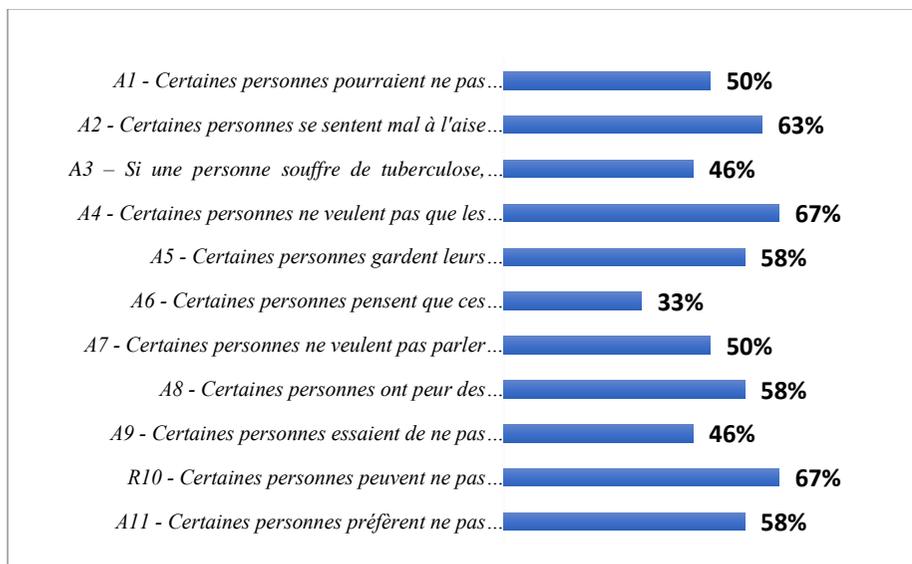
On constate que les personnes atteintes de tuberculose choisissent de se tenir à distance des autres pour éviter de les contaminer (74%) ; ils choisissent également à qui ils vont se confier (56%). On constate pareillement un sentiment de culpabilité auprès de personnes atteintes de TB (50%).

**Figure 22: Dimensions de la stigmatisation dans les familles**



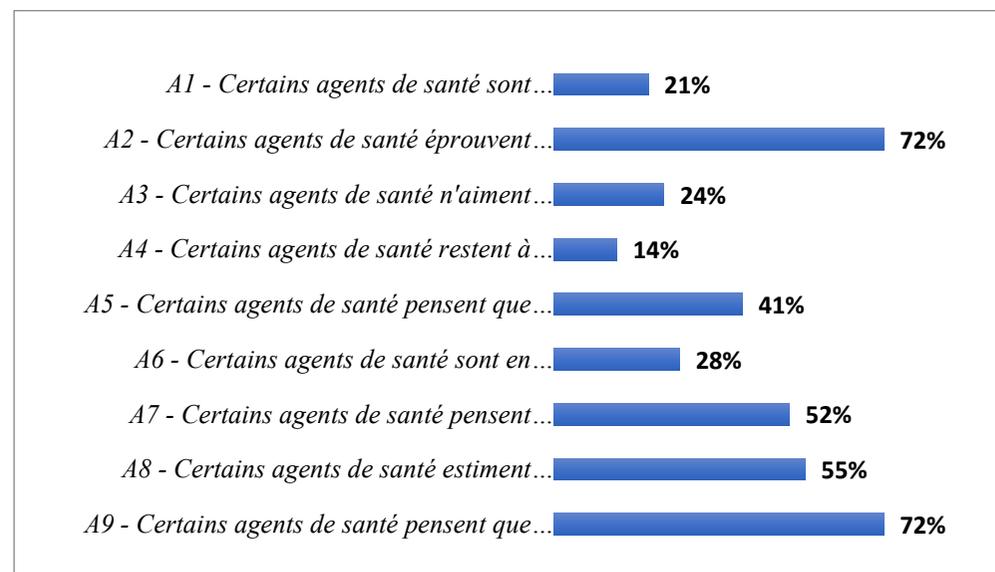
Au niveau de la famille, les dimensions de stigmatisations sont très homogènes, à l'exception de la dimension A3 qui est de cacher à la communauté/voisinage le statut d'un membre de sa famille.

**Figure 23: Dimensions de stigmatisation au niveau de la communauté.**



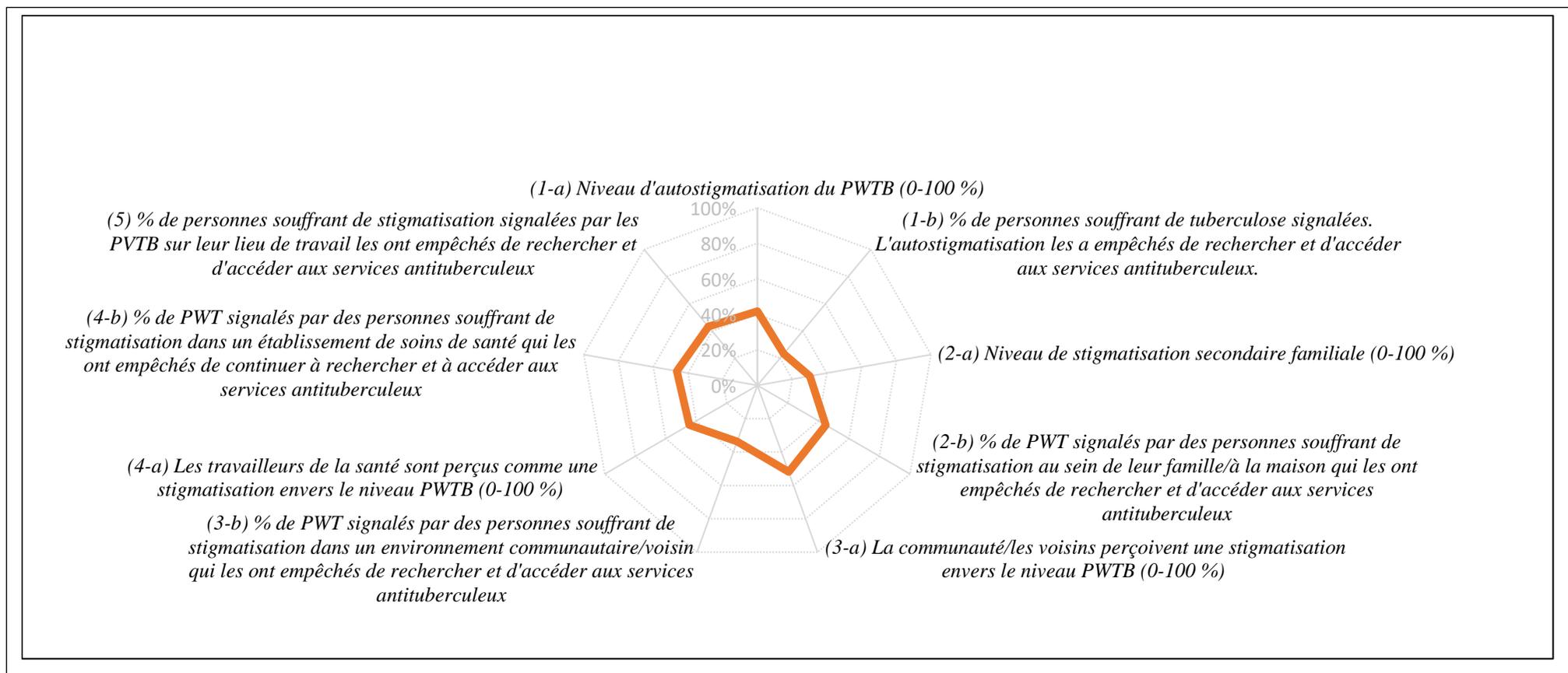
La stigmatisation envers les personnes atteintes de la TB est très présente au sein de la communauté. On peut par exemple noter que 67% des membres de la communauté/voisin affirme ne pas pouvoir boire ou manger avec des proches atteints de la tuberculose et ne veulent pas que les personnes atteintes de la tuberculose jouent avec leurs enfants.

**Figure 7: Dimensions de stigmatisation auprès des personnels de santé**



Les principales stigmatisations des personnels de santé envers les personnes atteintes de TB se regroupent principalement au niveau des dimension A2 et A9 où elles sont de 72%.

**Figure 25 : Radar de la Stigmatisation.**



Source : Enquête CRG Gabon 2024

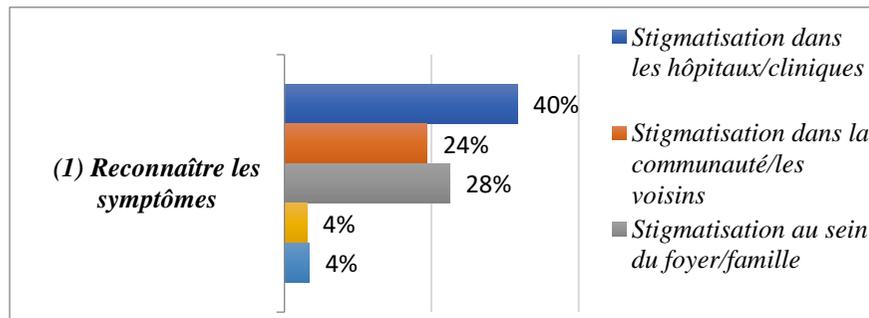
L'analyse du radar de la stigmatisation nous permet de constater que : La première forme de stigmatisation et discrimination provient de la communauté/les voisins (52%). Cependant, les personnes atteintes de la tuberculose se sentent peu discriminées par leur communauté/voisins (34%). Ensuite, les travailleurs de la santé représentent la deuxième forme de discrimination envers les personnes ayant eu la tuberculose (45%) ; cela est renforcé par les signalements des personnes souffrant de stigmatisation dans les établissements de santé (46%).

## VIII Principales barrières à l'accès

Cette section a analysé les obstacles observés sur les principales étapes du parcours de la prise en charge de la tuberculose.

### VIII.1 Etape 1 de la prise en charge de la TB : Reconnaissance des symptômes

Figure 26 : Proportion des personnes stigmatisées pendant que les symptômes étaient connus



Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 235 déclarent avoir été stigmatisés lorsque les symptômes de la tuberculose ont été reconnus (soit 39%). De ce total, 40% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 28% au sein du foyer/famille (ménage), 24% dans la communauté/voisins, 4% dans leur lieu de travail et 4 % à l'école ou à l'église.

Sur un total de 30 familles enquêtées, 8 déclarent avoir été stigmatisées lorsque les symptômes de la tuberculose ont été reconnus (soit 39%). De ce total, 57% au sein du foyer/famille (ménage), 29% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 14% dans la communauté/voisins.

Un patient atteint de tuberculose (TB) a souligné que la stigmatisation de la reconnaissance des symptômes de la maladie est notable non seulement dans le cadre hospitalier, où il peut se sentir jugé ou traité différemment en raison de sa condition, mais aussi au sein de sa propre famille et de ses voisins. Cette observation révèle l'impact profond de la stigmatisation sur la vie quotidienne du patient, affectant ses interactions sociales les plus proches et son soutien familial. De plus, le fait que les professionnels de santé confirment cette tendance met en lumière l'importance cruciale de sensibiliser et de former les acteurs de la santé à la lutte contre la stigmatisation associée à la tuberculose. En adressant cette réalité complexe, il est possible de promouvoir des environnements de soins plus inclusifs et respectueux, contribuant ainsi à améliorer l'expérience et les résultats des patients atteints de tuberculose. Quelque signe clinique qui ont poussé les patients à se rendre à l'hôpital :

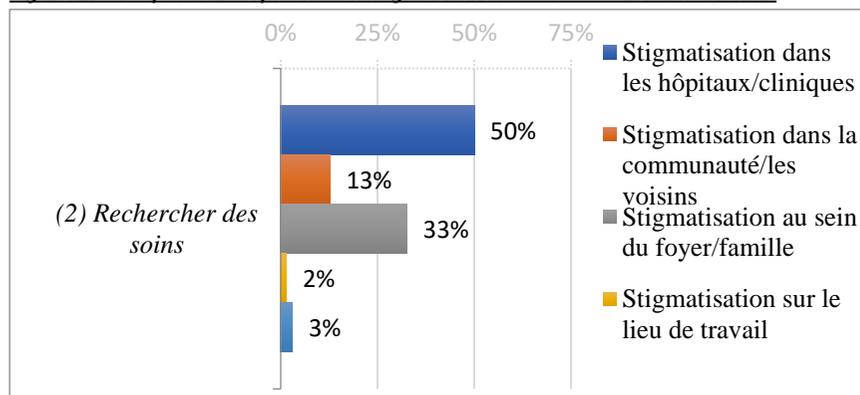
« Je perdais du poids et j'avais des douleurs abdominales. »

« J'ai commencé à me sentir faible ».

« C'est la toux persistante. C'est à cause de la toux et la poitrine qui me faisaient mal. »

## VIII.2 Etape 2 de la prise en charge de la TB : Recherche de soins

**Figure 27 : Proportion de personnes stigmatisées lors de la recherche de soins**



Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 196 déclarent avoir été stigmatisés lors de la recherche de soins (soit 33%). De ce total, 50% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 33% au sein du foyer/famille (ménage), 13% dans la communauté/voisins, 3% à l'école ou à l'église, 2% dans leur lieu de travail.

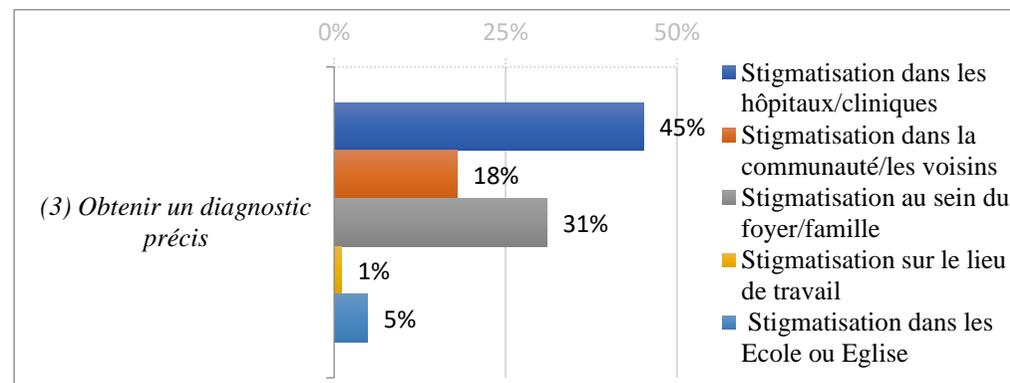
Un patient atteint de tuberculose (TB) a souligné que la stigmatisation est un défi majeur tout au long de sa recherche de soins. Il constate que cette stigmatisation se manifeste non seulement dans le milieu hospitalier, où il peut se sentir jugé ou mal compris en raison de sa maladie, mais aussi au sein de sa propre famille et de sa communauté. Cette observation met en lumière l'impact profond de la stigmatisation sur la vie quotidienne du patient, affectant ses relations sociales et son soutien familial. De plus, le fait que les professionnels de santé reconnaissent cette réalité souligne l'importance cruciale de sensibiliser et de former les acteurs de la santé à

la réduction de la stigmatisation liée à la tuberculose à toutes les étapes du parcours de soins. En abordant cette problématique complexe, il est possible de favoriser des environnements de soins plus inclusifs et respectueux, ce qui pourrait améliorer l'expérience et les résultats des patients atteints de tuberculose.

Les 60% des patients interviewés ont révélé qu'ils ont dû se faire accompagner par un membre de la famille ou par un ami très loyal en qui ils pouvaient avoir confiance pour garder leur secret.

## VIII.3 Etape 3 de la prise en charge de la TB : Obtention d'un diagnostic précis

**Figure 8: Proportion de personnes stigmatisées à l'obtention d'un diagnostic précis**

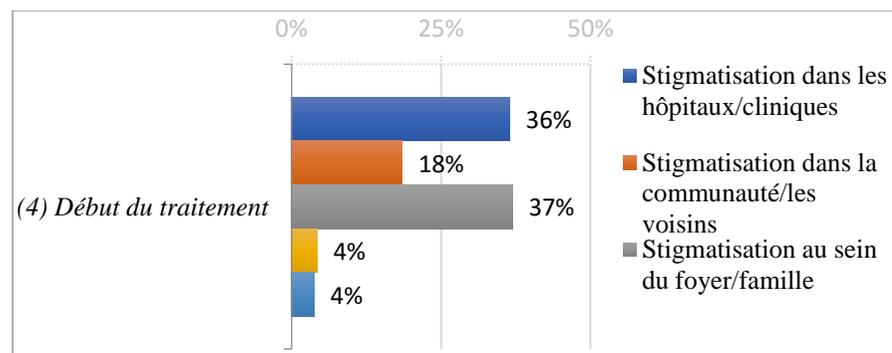


Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 184 ont déclaré avoir été stigmatisés à l'obtention d'un diagnostic précis (soit 31%). De ce total, 45% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 31% au sein du foyer/famille (ménage), 18% dans la communauté/voisins, 5% à l'école ou à l'église, 1 dans leur lieu de travail.

L'analyse des graphiques permet de faire le constat que les principaux obstacles lors de l'obtention du diagnostic à la TB restent les hôpitaux/cliniques suivi du foyer/famille et enfin de la communauté/voisins. Après le diagnostic et les conseils du médecins les patients ont tous déclaré avoir reçu des médicaments pour commencer leur traitement.

#### VIII.4 Etape 4 de la prise en charge de la TB : Début du traitement

Figure 29 : Proportion de personnes stigmatisées au début du traitement

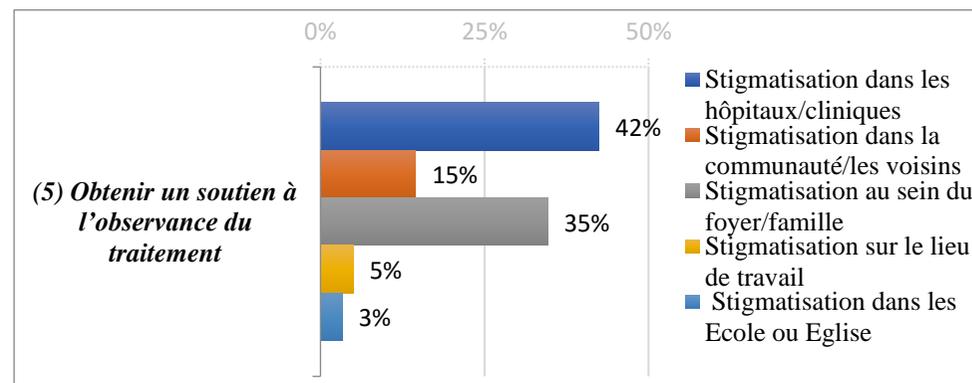


Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 221 ont déclaré avoir été stigmatisés au début du traitement (soit 37%). De ce total, 37% au sein du foyer/famille (ménage), 36% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 18% dans la communauté/voisins, 4% à l'école ou à l'église, 4% dans leur lieu de travail.

Les principaux obstacles sont au niveau des structures de prise en charge, puis des foyers/familles et de la communauté/voisins. Pendant les discussions de focus groupe, les participants ont révélé que le traitement était lors et assez contraignant, car après avoir bu les comprimés ils ressentaient le besoin de se reposer parfois durant de longues heures, les empêchant donc des fois de pouvoir faire des petites activités. Ce qui est un frein lorsqu'on agit seul à subvenir au besoin de la famille. Certains étaient obligés de prendre leur médicament seulement au moment de dormir et jamais pendant la journée.

#### VIII.5 Etape 5 de la prise en charge de la TB : Obtention d'un soutien à l'observance du traitement

Figure 30 : Proportion de personnes stigmatisées à l'obtention d'un soutien à l'observance du traitement



Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 179 ont déclaré avoir été stigmatisés à l'obtention d'un soutien

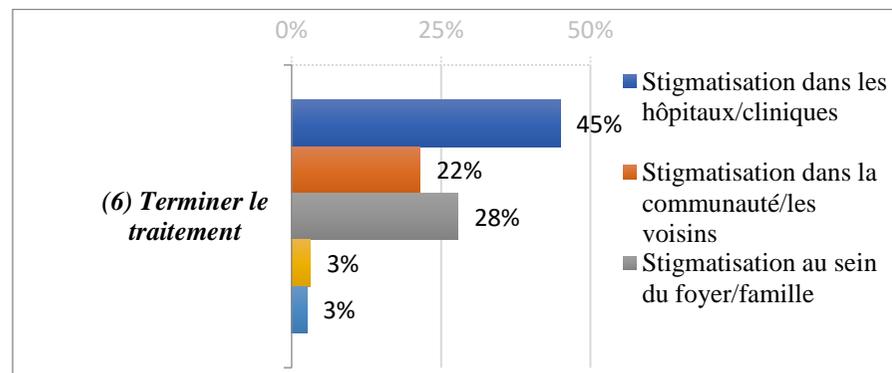
à l'observance du traitement (soit 30%). De ce total, 42% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 35% au sein du foyer/famille (ménage), 15% dans la communauté/voisins, 5% dans leur lieu de travail, 3% à l'école ou à l'église.

L'analyse des graphiques nous permet de mettre en lumière les observations suivantes :

- 1- l'hôpital ou clinique est un lieu de forte stigmatisation pour le patient TB lors de l'observance du traitement ;
- 2- la famille est également un obstacle stigmatisant ;
- 3- le regard de la communauté et les différents jugements discriminatoires et stigmatisants constituent également un obstacle.

#### VIII.6 Etape 6 de la prise en charge de la TB : Achèvement du traitement

**Figure 31: Proportion de personnes stigmatisées à l'achèvement du traitement**

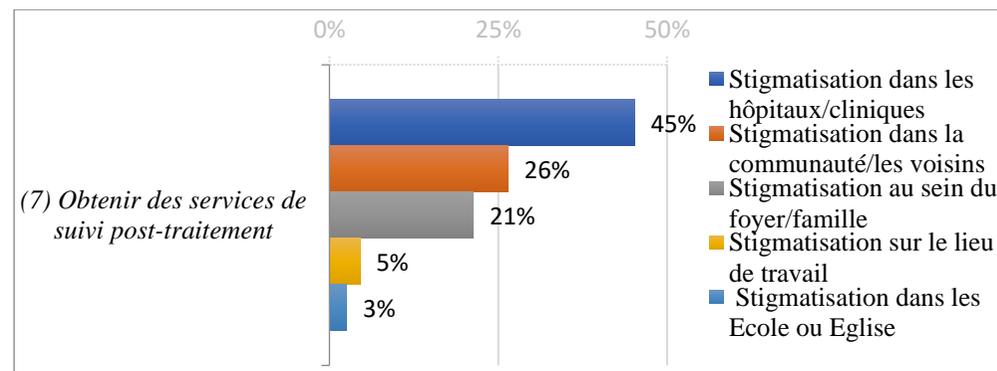


Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 158 ont déclaré avoir été stigmatisés à l'achèvement du traitement (soit 26%). De ce total, 45% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 28% au sein du foyer/famille (ménage), 22% dans la communauté/voisins, 3% dans leur lieu de travail, 3% à l'école ou à l'église.

À l'achèvement du traitement, les discriminations et les stigmatisations continuent, encore plus de la part des voisins qui ne sont pas toujours informés que la tuberculose se guérit et qu'après le traitement suivi avec rigueur, on n'est plus contagieux.

#### VIII.7 Etape 7 de la prise en charge de la TB : Services de suivi post-traitement

**Figure 32: Proportion de personnes stigmatisées après le traitement**



Sur un total de 599 patients atteints ou ayant eu la tuberculose enquêtés, 155 ont déclaré avoir été stigmatisés à l'achèvement du traitement (soit

26%). De ce total, 45% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 26% dans la communauté/voisins, 21% au sein du foyer/famille (ménage), 5% dans leur lieu de travail, 3% à l'école ou à l'église.

Après le traitement, les stigmatisations et discriminations restent très localisés au niveau de la communauté/voisins qui pense toujours que le patient a encore la TB et serait toujours très contagieux. Donc, les rejets et les exclusions sont toujours très présentes, d'où la nécessité d'avoir des campagnes de sensibilisation très ciblées pour mieux faire comprendre à tous les groupes de communauté que l'on peut guérir de la tuberculose et qu'après un traitement bien suivi, on n'est plus du tout contagieux.



## I. PRIORISATION AU COURS DE L'ATELIER DE VALIDATION DU GROUPE PLURI-ACTEURS

### IX.1 BARRIERES PRIORISEES PAR ETAPE DU PARCOURS DE LA TB

#### Principaux obstacles à la reconnaissance des symptômes (étape 1 du parcours de tuberculose)

Défis	Recommandation	Activités
Manque d'informations sur le mode de contamination et de prise en charge de la TB au niveau de la communauté, de la famille et du personnel soignant ; en partie due au financement limité des activités de communication.	Élaborer et mettre en œuvre des stratégies de communication publique pour sensibiliser le grand public à la tuberculose et promouvoir la recherche précoce de soins de santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Développer un plan de communication budgétisé ;</li> <li>✓ Produire et diffuser les messages de communication clés à travers divers canaux (radio, télévision, presse écrite, téléphonie mobile, réseaux sociaux, etc.)</li> </ul>
Peur d'être rejeté par la communauté, la famille ou même le personnel médical et la peur de perdre un emploi en cas de diagnostic positif .		

#### Principaux obstacles à la recherche de soins (étape 2 du parcours vers la tuberculose)

Défis	Recommandation	Activités
Conditions d'accessibilité	Intégrer le dépistage et le test de la tuberculose à d'autres services de santé, en mettant l'accent sur les services qui traitent des comorbidités courantes ou des groupes à risque.	Intégrer les CDT dans les structures sanitaires.
Coûts prohibitifs associés aux consultations médicales et aux tests diagnostiques (la CNAMGS ne couvre	Plaidoyer auprès de la CNAMGS pour la prise en charge intégrale des consultations et des examens liés à la tuberculose dans le paquet de service de la CNAMGS.	Développer une stratégie de plaidoyer auprès de la CNAMGS pour la prise en charge intégrale des consultations et des examens liés à la tuberculose.

pour l'instant qu'une partie des frais de consultation et d'hospitalisation).		
Méfiance envers le système de santé en partie due à l'accueil dans les CDT/CT/CTA	Améliorer l'accueil et être à l'écoute des patients et maintenir l'anonymat.	Mettre en œuvre le Suivi-Dirigé par la communauté dans toutes les formations sanitaires offrant la prise en charge de la tuberculose.
<b>Principaux obstacles à l'obtention d'un diagnostic précis (étape 3 du parcours vers la tuberculose)</b>		
Défis	Recommandation	Activités
Déni des symptômes, peur, honte et recherche d'un diagnostic précis.	Faible implication des anciens malades dans la prise en charge de la tuberculose.	Créer des clubs d'anciens patients dans les sites de prise en charge de la tuberculose.
Rupture de tests et diagnostic erroné.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Renforcer les systèmes et les chaînes d'approvisionnement.</li> <li>✓ Veiller à ce que les diagnostics moléculaires rapides (wRMD) approuvés par l'OMS soient utilisés comme test initial de détection de la tuberculose.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Organiser des plaidoyers pour le financement des intrants ;</li> <li>✓ Solliciter des assistances techniques pour la quantification et la gestion des approvisionnement.</li> </ul>
Respect de l'anonymat des patients	Promouvoir la Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose.	Confectionner des affiches sur « Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose » et les poster dans les CDT, CAT et CT.
Absence d'assurance maladie, en particulier les Gabonais Economique Faible (GEF) ne disposant pas d'acte de naissance.	Améliorer l'accès à l'état civil chez les GEF.	Faciliter l'accès à l'état civil chez les GEF.

Principaux obstacles au début du traitement (étape 4 du parcours de tuberculose)		
Défis	Recommandation	Activités
Durée limitée du conseil au cours de l'initiation au traitement.		

Perception de la longue durée du traitement, les effets secondaires et sous-alimentation.	Augmenter le besoin en ressources humaines (accompagnateurs psycho-sociaux) sur les sites de prise en charge.	Déployer en quantité et qualité les accompagnateurs psycho-sociaux sur les sites de prise en charge.
Peur du rejet de la Famille et de la Communauté.		
Difficultés financières pour rallier les structures de soins.	Soutenir les modèles communautaires et à domicile pour la prévention et les soins de la tuberculose.	Mener une recherche opérationnelle sur l'efficacité, l'efficience et l'acceptabilité de la dispensation communautaire des traitements TB.

#### Principaux obstacles à l'obtention d'un soutien à l'observance du traitement (étape 5 du parcours vers la tuberculose)

Défis	Recommandation	Activités
Mauvais traitement des patients et préjugés en milieu hospitalier.	Fournir une prestation de service centrée sur la personne.	Renforcer les capacités des prestataires sur l'approche centrée sur la personne.
Isolement social, manque de soutien familial et inobservance du traitement.	Etendre et maintenir des systèmes d'appuis comprenant un soutien psychosocial, des mesures incitatives et des facilitateurs, des technologies numériques de soutien au traitement.	Apporter un appui au fonctionnement des Clubs TB.
Complexité du traitement, effets secondaires et abandon du traitement.		Tester en phase pilote, le vidéo-DOTS en particulier dans le Grand Libreville.

#### Principaux obstacles à l'achèvement du traitement (étape 6 du parcours de tuberculose)

Défis	Recommandation	Activités
Préjugés, ignorance et abandon du traitement quand le patient à l'impression de se sentir mieux.	Fournir une évaluation, des soins et un soutien en matière de santé mentale.	Développer un module de santé mentale et former les formateurs des formateurs issus des Clubs TB.

<b>Rupture des médicaments.</b>	Accroître le financement domestique pour l'achat des médicaments de première et deuxième ligne.	Conduire un plaidoyer à l'attention des parlementaires pour accroître la ligne budgétaire dédiée à l'achat des médicaments.
<b>Exode des patients.</b>	Utiliser les nouvelles technologies pour améliorer le suivi des patients.	Doter les cartes de traitement avec les codes QR pour renforcer le suivi et la mobilité des patients.

### Principaux obstacles à l'obtention de services de suivi post-traitement (étape 7 du parcours TB)

Défis	Recommandation	Activités
<b>Insuffisance et mauvaise coordination des services de suivi post traitement.</b>	Numériser les attestations de complétude de traitement et proposer des liens avec des organisations de soutien, tant au niveau communautaire que social et juridique.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Solliciter une assistance technique pour la numérisation des attestations de complétude de traitement ;</li> <li>2 Elaborer et mettre régulièrement à jour un répertoire des organisations de soutien.</li> </ol>

## IX.2 DÉFIS SPÉCIFIQUES EN LIEN AVEC LES POPULATIONS CLÉS, LE GENRE, L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE ET LA STIGMATISATION

### DÉFIS SPÉCIFIQUES EN LIEN AVEC LES POPULATIONS CLÉS

Population clé	Défis	Recommandations	Activités
PVVIH	Accès limité aux informations et aux services de santé en raison de la double discrimination (rejet ; mauvais accueil ; isolement ; injure ; mépris etc.).	Renforcer les capacités des organisations de PVVIH sur la co-infection TB/VIH.	Assurer un accompagnement du REGAP+ sur les problématiques de co-infection TB/VIH
	Les activités contre la TB et le VIH ne sont pas suffisamment intégrées et vulgarisées :	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Renforcer les comités de coordination TB/VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;</li> <li>✓ Accélérer l'approche des guichets unique VIH et TB -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Appuyer le fonctionnement des comités de coordination TB/VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</li> <li>✓ Solliciter une assistance technique pour le renforcement de l'approche des guichets unique VIH et TB</li> </ul>

Personnes malnutries	Apport nutritionnel insuffisant pour supporter le long traitement (personne malnutris)	Soutenir l'alimentation des malades sous traitement.	Doter trimestriellement un kit alimentaire aux malades malnutris et sous traitement TB (soit un forfait de 30000f).
	Une grande majorité de personnes malnutries vit dans des zones sous-intégrés avec des conditions d'hygiènes exécrables qui ne favorisent pas le suivi d'un traitement (personnes malnutries).	Renforcer la protection et la sécurité sociales des personnes touchées par la tuberculose et veiller à ce qu'elles bénéficient d'un revenu, de soins de santé, d'un logement, d'un soutien nutritionnel, d'un soutien en santé mentale et d'une aide juridique.	Développer des formations pour des activités génératrices de revenus au profit des organisations travaillant avec les populations clés et vulnérables en particulier des personnes malnutries.
	Les moyens financiers insuffisant limitent l'accès aux différents services de santé.		
Personnes Toxicomanes	L'état de dépendance des personnes des substances psycho actives ne favorisent pas la recherche de soins des personnes atteintes de TB.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Susciter la création des organisations de soutien aux usagers de drogues ;</li> <li>✓ Renforcer les programmes de santé mentale à l'attention des usagers de drogues.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Appuyer le fonctionnement de 2 organisations de soutien aux usagers de drogues ;</li> <li>✓ Renforcer les capacités des leaders des associations des usagers de drogues sur la santé mentale.</li> </ul>
	Les ressources servent à satisfaire les besoins de la dépendance et non à la recherche des soins.		
Détenus	La promiscuité	Instaurer des peines alternatives pour éviter des surpeuplements dans les prisons	Mener un plaidoyer pour des peines alternatives afin de réduire le surpeuplement dans les prisons.
	Surpeuplement		
	La non utilisation du Traitement préventif contre la TB en milieu carcéral.	Améliorer les algorithmes pour prendre en compte la fourniture du traitement préventif des personnes contacts dans le milieu carcéral.	Solliciter une assistance technique pour la mise à jours des algorithmes de TPT.
	Perte des patients détenus après libération.	Renforcer l'approche communautaire pour un meilleur suivi des patients TB après leurs libérations.	Renforcer les capacités des organisations communautaires pour la prise en charge de la TB en milieu carcéral.
Les miniers	L'absence des outils de diagnostic dans les mines.	Mettre à jour la cartographie des sites miniers dans le pays.	Réaliser chaque semestre, des campagnes de dépistage de masse dans les sites miniers avec l'appui de la radiographie par intelligence artificiel.
Personnel de santé	Le manque d'EPI pour le personnel soignant des structures de prise en charge TB.	Equiper les personnels de santé en EPI (gant, masques médicaux, respirateurs, lunettes de protections, écrans faciaux et blouse.	Acquérir un KIT d'EPI pour le personnel de soins TB chaque trimestre.

	Exposition des PS dans les espaces étroits et peu aéré	Assurer une application rigoureuse de mesure de prévention et un suivi médical régulier à travers des campagnes de dépistage cibler et de diagnostic précoce pour le personnel de santé chaque fin d'année.	Réaliser un bilan médical à tous le personnel impliqué dans la prise en charge TB chaque année.
Diabétiques	Des interventions conjointes visant une détection précoce et un traitement adapté.	Réaliser un dépistage sur le diabète chez les patients TB et sur la TB chez les patients diabétique.	Organiser chaque année quatre campagnes de sensibilisation et dépistage sur la TB et du diabète pendant 3jours.
Droits de l'homme ou préoccupation juridique	L'absence d'une loi spécifique ou des dispositions spécifiques protectrices des patients tuberculeux. Loi n°034/PR/2007 du 23 janvier 2008 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République Gabonaise qui demeure limité dans son application.	Développer un dispositif de suivi de la mise en œuvre des lois et politiques en faveur de la promotion des droits des patients.	Mettre en œuvre le « Tableau de bord de l'environnement juridique et des droits de l'homme ».
Genre	Les stratégies de dépistage et de prise en charge ne sont insuffisamment différenciées selon le genre	Veiller à ce que les interventions antituberculeuses soient sensibles au genre et transformatrices en matière de genre.	Solliciter une AT pour le développement d'une stratégie de dépistage différenciée.
Stigmatisation	Méconnaissance de la taille des populations clés et des déterminants liés aux obstacles d'accès aux services de prévention, de soins et de soutien.  L'analyse du parcours patient (PPA) est méconnue pour l'ensemble des populations vulnérables.	Améliorer la compréhension et des réponses adaptées en direction des populations clés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mettre en œuvre « outil d'estimation de la taille des populations clés et vulnérables de la tuberculose » de Stop TB ;</li> <li>✓ Solliciter une Assistance Technique pour implémenter « L'analyse du parcours patient (PPA) ».</li> </ul>

### IX.3 DÉFIS LIÉS AUX 7 DIMENSIONS DU CADRE DE SANTÉ

Droit à la santé			
Dimensions	Défis	Recommandations	Actions
Disponibilité	Rupture des médicaments liée au dysfonctionnement de la chaîne d'approvisionnement surtout dans les zones rurales et reculées.	Développer des mécanismes d'alerte rapide au PNLT sur les ruptures de médicaments et autres intrants nécessaires à la prise en charge de la tuberculose.	Développer un suivi – dirigé par la communauté digitalisée avec l'application OnImpact.

	Refus de certaines structures de santé publique à prendre en charge les malades de la TB.	Améliorer la supervision du niveau central pour l'application des directives du Ministère de la santé.	Faire un plaidoyer auprès du ministère de la santé pour encourager les formations sanitaires à intégrer la prise en charge de la tuberculose au niveau des soins de santé primaire.
<b>Dimensions</b>	<b>Défis</b>	<b>Recommandations</b>	<b>Actions</b>
Accessibilité	Accessibilité financière limité due aux coûts important des examens pour le bilan de suivi des malades de la tuberculose (culture, radios, bilan rénal et hépatique)	Etendre les dispositions de la CNAMGS pour la prise en charge intégrale des personnes non immatriculés/éligibles.	Faire le plaidoyer pour la prise en charge intégrale des personnes non immatriculés/éligibles à la CNAMGS.
<b>Dimensions</b>	<b>Défis</b>	<b>Recommandations</b>	<b>Actions</b>
Acceptabilité	Les croyances religieuses qui veulent que la tuberculose soit la cause de la présence d'un démon	Impliquer les acteurs non traditionnelle dans les activités de promotion et de sensibilisation de la tuberculose.	Contractualiser avec les associations des tradithérapeutes ; les églises dans chaque région sanitaire pour la promotion et sensibilisation de la tuberculose.
	Les croyances traditionnelles qui veulent que la tuberculose soit la cause de la présence d'un mauvais sort.		
<b>Dimensions</b>	<b>Défis</b>	<b>Recommandations</b>	<b>Actions</b>
Qualité	Formation et recyclage du personnel de santé en charge de la TB sur les dernières directives de prise en charge.	Garantir une prise en charge correcte des malades de la TB.	Former /Recycler chaque trimestre 02 agents de la prise en charge de la TB dans chaque structure de prise en charge CT /CDT /CTA.

Dimensions	Défis	Recommandations	Actions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insuffisance de sensibilisation des communautés ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer des partenariats avec les organes de presse pour la diffusion à</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Former chaque année les journalistes et autres professionnel des médias pour accroître la</li> </ul>

Accès à l'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Engagement limité des médias dans la diffusion des informations liées à la tuberculose en dehors de la célébration des journées mondiales.</li> <li>✓ Insuffisance des outils de sensibilisation (Boite à images, dépliants, affiches, etc...)</li> </ul>	large échelle des programmes éducatifs, de sensibilisation et de mobilisation sur la tuberculose.	<p>visibilité et la communication sur la tuberculose ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Signer chaque année au moins 3 partenariats avec les organes de presses.</li> </ul>
-----------------------	--	---	---

Dimensions	Défis	Recommandations	Actions
Vie privée et confidentialité	<p>Les registres de consultation sont consultables par des prestataires externes aux services de prise en charge de la tuberculose.</p> <p>Procédures de gestion des patients dans certains sites non conforme à la confidentialité.</p>	Garantir le secret médical.	Intégrer la protection de la vie privée et confidentialité dans les missions de supervision du Ministère de la santé ou du PNLT.

Dimensions	Défis	Recommandations	Actions
Liberté	Divulgarion anarchique des statuts des patients à des tiers sans consentement.	Promouvoir les droits des patients malades de la tuberculose.	Renforcer les capacités des prestataires sur la Déclaration des droits des patients.

Dimensions	Défis	Recommandations	Actions
	Non application du droit à des conditions de détention dignes, sûres et hygiéniques, exemptes de surpeuplement, avec une ventilation adéquate et la mise à disposition d'une alimentation nutritive.		Etablir un cadre de redevabilité multisectoriel pour le suivi des lois, politiques et directives nationales en faveur d'un environnement favorable pour les personnes touchées par la tuberculose.

Absence de discrimination	Non application de la convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs.	Renforcer des mécanismes de suivi de l'application des lois et politique de protection des malades.	
	Non application du droit à une égale protection de la loi et à n'être soumise à aucune forme de discrimination fondée sur quelque motif que ce soit.		

Dimensions	Défis	Recommandations	Actions
Participation	Absence des regroupements de personnes malades et anciens malades de la tuberculose.	Faciliter l'engagement significatif des personnes touchées par la TB dans toutes les composantes de la réponse.	Créer une association des anciens malades de la TB.

Dimensions	Défis	Recommandations	Actions
Recours et responsabilité	Non application de décret n°00051/PR portant promulgation de la loi n°028/2016 portant code de protection sociale en République gabonaise.	Accroître le nombre de para juriste communautaire pour améliorer le soutien juridique aux personnes touchées par la tuberculose.	Former au sein des organisations des para juristes communautaires pour améliorer le soutien juridique aux personnes touchées par la tuberculose.
	Non application de l'article 224-1 du code pénal pour sanctionner les auteurs d'actes de tortures et de barbarie dans les prisons.		
	Non application de la loi n°1/2011 du 25 septembre 2011 relative à la protection des données à caractère personnel.		
	Non application de l'ordonnance n°1/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de la santé en République gabonaise.		

## V.DISCUSSION



L'évaluation de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'Homme dans la riposte à la tuberculose en Gabon avait pour objectifs : (i) d'examiner le cadre politique et juridique de la lutte contre la Tuberculose (TB) et la co-infection TB/VIH, sur la base des conventions, des cadres et directives internationaux régionaux et sous régionaux ; (ii) déterminer les sous-groupes de populations clés et vulnérables (PCV) à considérer dans la riposte à la TB et la co-infection TB/VIH ; (iii) évaluer dans quels contextes et stades de soins la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose et au VIH sont vécues par les patients atteints par les deux maladies ; (iv) évaluer la manière dont le genre impacte la vulnérabilité à l'infection TB et VIH, l'accès aux services antituberculeux et les résultats du traitement ; et (v) élaborer des recommandations fondées sur un plan d'actions budgétisé pour améliorer la riposte à la TB et la co-infection TB/VIH.

Les résultats analysés présentent des données factuelles d'intérêt sur les quatre domaines du CRG : (i) Environnement juridique ; (ii) Genre ; (iii) Populations vulnérables ; (iv) Stigmatisation et discrimination. Il est dès lors judicieux de mieux les interpréter dans le contexte de la Déclaration politique issue de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la Tuberculose tenue le 22 septembre 2023 conformément à sa résolution 77/274 du 24 février 2023 (La Déclaration Politique). En effet, les Chefs d'États et de Gouvernement se sont engagés à redoubler d'efforts pour mettre en place des cadres juridiques, sociaux et politiques de lutte contre les inégalités, afin d'éliminer toutes les formes de stigmatisation, de discrimination et d'inégalité et autres obstacles liés à la tuberculose, y compris ceux qui ont des effets négatifs sur les droits humains, et à adopter des approches équitables, inclusives et tenant compte des questions de genre. Ceci au besoin pour surmonter les obstacles à la lutte contre la tuberculose qui reflètent les différentes façons dont les hommes et les femmes peuvent être touchés et pour parvenir à une réponse plus efficace et à de meilleurs résultats, afin que personne ne soit laissé de côté dans la lutte contre cette maladie.

### ENVIRONNEMENT JURIDIQUE :

L'évaluation CRG a recherché si l'environnement juridique et politique actuel a un impact sur l'accès aux services et soins de santé liés à la TB, ou accroît-il la vulnérabilité et crée des obstacles à l'accès aux soins de santé liés à la TB. Le CRG a également évalué les réponses programmatiques basées sur les droits, y compris le renforcement des lois, des politiques, des réglementations en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination, d'accroître l'accès à la justice et d'améliorer l'application des lois et des politiques visant à améliorer la riposte à la tuberculose.

La revue documentaire, les groupes de discussions et les entrevues avec les informateurs clés confirment que le Gabon a ratifié la majorité des Traités internationaux et régionaux majeurs essentiels relatifs aux droits de l'homme pouvant contribuer à un impact positif sur l'accès aux services et soins de santé liés à la TB en réduisant la vulnérabilité et les obstacles d'accès. La Constitution gabonaise, promulguée en décembre 2024, en son Titre 2, Chapitre 1 sur les libertés fondamentales, Article 11 soutient le droit inhérent à la vie : « Chaque citoyen a le droit à la vie, au libre développement de sa personnalité, au respect de sa dignité et de son intégrité physique et morale. Toutes formes de tortures, de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants sont interdits ». Ledit article a toujours été présent dans les constitutions antérieures du Gabon.

Au Gabon, plusieurs instruments juridiques sont en place et devraient contribuer à réduire la vulnérabilité des personnes touchées par la tuberculose et les obstacles à l'accès aux soins de santé

liés à la TB. Il s'agit par exemple de : (i) l'article 224-1 du code pénal pour sanctionner les auteurs d'actes de torture et de barbarie dans les prisons ; (ii) la Loi n°034/PR/2007 du 23 janvier 2008 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en république Gabonaise ; (iii) la loi n°1/2011 du 25 septembre 2011 relative à la protection des données à caractère personnel ; (iv) décret n°00051/PR portant promulgation de la loi n°028/2016 portant code de protection sociale en République gabonaise.

Malgré lesdites dispositifs juridiques pertinentes, 91,2% des leaders d'opinions et acteurs de la société civile consultés dans le cadre de l'évaluation CRG, ont estimé que les droits des patients souffrant de la tuberculose ne sont respectés. 79 % ont affirmé qu'il n'existe aucune loi spécifique concernant les personnes atteintes de la tuberculose. Les lois génériques existantes sont peu appliquées dans le contexte de la tuberculose. 81,1 % pense que les campagnes de sensibilisation sur la tuberculose sont très insuffisantes ou mal orientées et ciblent peu les problématiques liées au droit dans le contexte de la tuberculose. Dans ce contexte, il manque au Gabon des dispositions pratiques pour une approche de la tuberculose fondée sur les droits de l'homme. Cette approche impliquerait la promotion et la protection des droits des personnes touchées par la tuberculose, y compris les droits à la vie, à la santé, à la non-discrimination, à la vie privée, au consentement éclairé, au logement, à la nutrition et à l'eau. L'approche se concentrerait sur l'identification, l'atténuation et la suppression des obstacles liés aux droits de l'homme et au genre dans les services de lutte contre la tuberculose.

La revue a documenté plusieurs évidences qui ont un impact négatif sur l'accès aux services et soins de santé liés à la TB en général et en particulier accroît la vulnérabilité et crée des obstacles à l'accès aux soins de santé liés à la TB. Il s'agit en particulier des dispositions contradictoires de l'ordonnance n°0022/PR/2007 du 21 août 2007, instituant le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale en République gabonaise. Ce régime d'assurance maladie est géré par un établissement public dénommé la «Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale», en abrégé la «CNAMGS», structure créée par le gouvernement dans le dessein d'assurer une meilleure couverture sociale au profit des couches les plus défavorisées, des éléments les plus fragiles et d'autres pans de la société gabonaise. Pour ce qui est du VIH, les tests de dépistage, les bilans biologiques et le traitement des infections opportunistes des personnes atteintes du VIH et SIDA font partie des prestations de santé prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. Conformément aux textes régissant le fonctionnement de la CNAMGS, le gabonais immatriculé à la CNAMGS vivant avec

Les Chefs d'États et de Gouvernement se sont engagés à redoubler d'efforts pour mettre en place des cadres juridiques, sociaux et politiques de lutte contre les inégalités

régissant le fonctionnement de la CNAMGS, le gabonais immatriculé à la CNAMGS vivant avec le VIH bénéficie de la prise en charge des examens à hauteur de 80% et de la réduction à 80% du coût d'achat de certains de ses médicaments. Aucune desdites prestations n'est valable dans le cadre de la tuberculose. Ceci est l'indicateur le plus probant d'une réponse tuberculose non fondée sur les droits.

La revue documentaire et les groupes de discussions a également identifié des contraintes pratiques de violation de droit ayant un impact négatif sur l'accès aux services et soins de santé liés à la tuberculose. En effet, des défis persistent en termes de confidentialité ; la non-discrimination, l'accessibilité aux soins et dans une certaine mesure l'hygiène et la nutrition pour les personnes privées de libertés. À titre illustratif, l'accueil pour le suivi du traitement des patients malades de la tuberculose dans les services de prise en charge ne répond pas toujours aux normes de confidentialité (observation : l'appel public et à haute voix des patients à Nkembo pour récupérer leur traitement. Les registres de consultation sont accessibles au grand nombre ne favorisant pas ainsi le secret médical. Les patients interviewés signalent des divulgations de leurs statuts par le personnel de santé à leurs proches sans consentement du malade. L'accessibilité reste un défi avec une répartition disproportionnée des centres de prise en charge, tant dans le grand Libreville que sur le territoire national. Certains patients doivent parcourir plusieurs kilomètres pour être pris en charge. La surpopulation carcérale, les mesures d'hygiène et la malnutrition sont les conditions favorables à la transmission de la tuberculose en milieu carcéral.

Depuis plusieurs décennies, l'État gabonais a souscrit à plusieurs déclarations, conventions internationales et documents de référence touchant le domaine de la santé, comme la résolution de l'Organisation des Nations Unies sur la Couverture Santé Universelle, la déclaration de Kampala sur les ressources humaines, la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires, les Objectifs de Développement Durable (ODD) liés à la santé, notamment l'ODD 3, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, l'Agenda 2063 de l'Union Africaine, qui contient des instruments de politique de santé visant la réalisation de la vision «l'Afrique que nous voudrions».

En dehors de quelques instruments juridiques spécifiques sur le tabagisme (Loi n°006/2013 du 21 août 2013 portant instauration des mesures en faveur de la lutte antitabac en République Gabonaise ; Décret n°285/PR/MSPSSN du 17 mai 2016 portant interdiction de la publicité de la promotion, du sponsoring et du parrainage des produits du tabac; Décret n°286/PR/MSPSSN du 17 mai 2016 portant interdiction du tabac en République Gabonaise; Décret n°287/PR/MSPSSN du 17 mai 2016 portant interdiction de fumer du tabac dans les lieux ouverts au public en République Gabonaise; Décret n°339/PR/MSPSSN du 17 mai 2016 définissant la composition et les modalités de fonctionnement de la commission nationale de lutte contre le tabagisme; ), la législation en matière de tuberculose est silencieuse.

Le renforcement des lois, des politiques, des réglementations en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination, d'accroître l'accès à la justice et d'améliorer l'application des lois et des politiques visant à améliorer la riposte à la tuberculose reste un défi en particulier sur des problématiques tel que l'isolement involontaire.

Les approches d'incarcération et de détention des patients qui interrompent leur traitement restreignent les droits à la santé, au consentement éclairé, à la vie privée, à la liberté de traitement

non consensuel, à la liberté de traitement inhumain et dégradant et à la liberté de mouvement des personnes perdues de vue. La détention pourrait également aggraver les inégalités sociales et conduire à une augmentation paradoxale de l'incidence de la tuberculose. La solution consiste à intégrer des solutions moins intrusives dans la législation et les politiques. Il s'agit notamment de renforcer les systèmes de santé pour réduire la dépendance aux prisons en tant qu'espaces d'isolement, de décentraliser le traitement de la tuberculose vers les communautés, d'améliorer l'éducation au traitement, l'éducation communautaire et les dialogues, de mettre en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des infections et de s'attaquer aux déterminants socioéconomiques et structurels associés à l'incidence de la tuberculose.

Le 24 mars 2016, la Haute Cour du Kenya a déclaré que la pratique consistant à enfermer les patients atteints de tuberculose dans les prisons à des fins de traitement était inconstitutionnelle. Le tribunal a donc ordonné au secrétaire d'État à la Santé d'élaborer une politique sur l'internement involontaire des personnes atteintes de tuberculose qui soit conforme à la Constitution et qui intègre les principes des directives internationales sur l'internement involontaire des personnes atteintes de tuberculose. Le jugement a créé un précédent dans la région, ouvrant la voie à la première interprétation judiciaire sur l'internement involontaire des patients atteints de tuberculose. En février 2018, le Ministère de la santé du Kenya a finalisé la politique nationale d'isolement de la tuberculose. Ce document de politique fournit des détails sur les normes requises pour les soins d'isolement des patients tuberculeux qui interrompent leur traitement antituberculeux ou des patients qui ne peuvent pas être traités à l'aide de modèles ambulatoires ou communautaires, en raison de leur état infectieux et fournit une justification pour l'utilisation d'installations d'isolement. La politique comprend des lignes directrices sur les indications des procédures d'isolement et des procédures de gestion du contrôle des infections des patients dans les installations d'isolement. Cette politique a pour objectifs : (i) d'assurer la protection des droits des patients tuberculeux et encourager la poursuite de leur traitement dans un cadre médical approprié ; (ii) veiller à ce que la propagation de la tuberculose soit contenue par l'application de mesures de contrôle des infections ; (iii) décrire les exigences structurelles de conception, de rénovation et de construction d'installations d'isolement. La portée de cette politique est basée sur les valeurs fondamentales suivantes : leadership et intégrité ; bonne gouvernance ; participation et appropriation du public ; respect des droits de l'homme et de la justice sociale ; durabilité des avantages et plaidoyer. Cela est conforme aux valeurs et principes énoncés dans l'article 10 de la Constitution du Kenya de 2010.

**Même si les efforts nationaux au Gabon sont remarquables en termes d'instruments juridiques et législatifs pour promouvoir le droit à la santé, il est impossible de conclure à un impact positif qui pourrait à court terme positionner les droits humains universels en tant que fondement de la riposte à la tuberculose. La vulnérabilité et les obstacles à l'accès aux soins de santé liés à la TB vont perdurer si aucune action d'envergure n'est conduite à court ou à moyen terme.**

En développant le « Tableau de bord de l'environnement juridique et des droits de l'homme », la République du Gabon pourrait mieux mesurer l'environnement juridique et les droits de l'homme et promouvoir la responsabilité sociale dans la lutte contre la tuberculose. Le cadre qui sous-tend le tableau de bord de l'environnement juridique et des droits de l'homme de la tuberculose s'inspire du droit à la santé et des principes de gouvernance de la tuberculose. Il existe neuf domaines thématiques d'investigation et d'évaluation : (i) Disponibilité,

Des politiques visant à améliorer la riposte à la tuberculose reste un défi en particulier sur des problématiques tel que l'isolement involontaire.

(iii) Libertés liées à la santé ; (iv) Perspective sexospécifique ; (v) Populations clés et vulnérables (PCV de la tuberculose) ; (vi) Participation ; (vii) Recours et responsabilité, (viii) Protection sociale ; et (ix) Gouvernance. Cette analyse permettrait ensuite de conduire des plaidoyers pour la réforme de la législation et des politiques.

## GENRE

L'évaluation CRG a recherché l'impact de l'identité de genre sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats du traitement à travers : (i) la perception du risque de contracter la maladie, (ii) les réactions face à l'expérience de la maladie, (iii) l'accessibilité des services de santé, (iv) ainsi que l'appréciation de l'adéquation des services fournis dans les formations sanitaires. La revue documentaire a également cherché à comprendre quels changements de prestation pourraient être apportés pour faire passer la réponse défavorable au genre, à une réponse sensible au genre et à une transformation du genre.

Quatre types de tranche d'âges (18-24 ans ; 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans ou plus) ont été structurés afin de tenir compte au maximum des perspectives des hommes et des garçons, ainsi que des femmes et des filles. Les données ont été limitées chez les femmes de 65 ans ou plus, empêchant une analyse objective. L'évaluation CRG a pris en compte uniquement les hommes et femmes cisgenres. Un peu plus de 2/3 des enquêtés étaient des hommes (64%), contre 35% des femmes. 1% de personnes ont évité de déclarer leurs sexes.

Le CRG montre que dans la tranche d'âge 18-24 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées chez les garçons dans le cadre de deux principales situations : (i) réprimande par le personnel médical et manque de respect de la vie privée (31%), et (ii) rejet par les voisins et la communauté (30%). Chez les filles de la même tranche d'âge, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations : (i) isolement familial et restrictions des interactions sociales (55%), et (ii) mauvais langage et traitement inégal dans les hôpitaux (45%). Avec les vulnérabilités similaires, le fardeau est plus du côté de la fille par rapport au garçon. En effet, la différence en défaveur chez les filles est de 14 points pour le comportement du personnel de santé et de 15 points au niveau familial et communautaire.

Dans la tranche d'âge 25-44 ans, les vulnérabilités sont plus concentrées chez les hommes dans le cadre de deux principales situations : (i) mauvaise expérience avec le personnel médical (27%), et (ii) rejet par la famille et les amis (25%). D'autres situations d'intérêt ont également été signalées. Il s'agit respectivement de : (i) Marginalisation par la communauté (16%), (ii) Moqueries et commérages (12%), (iii) Accusation d'être porteur du VIH (11%) ; (iv) Discrimination professionnelle (9%). Chez les femmes de la même tranche d'âge, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations : (i) isolement social et familiale (23%), et (ii) discrimination au sein de la communauté (23%). D'autres situations d'intérêt ont également été signalées. Il s'agit respectivement de : (i) sentiments de tristesse (18%), (ii) Mauvais traitement par le personnel de santé (14%), (iii) double stigmatisation TB/VIH (14%) ; (iv) perte d'emploi (9%). Le traitement du personnel de santé est en défaveur des hommes dans la formation sanitaire par rapport aux femmes avec une différence de 13 points. Par contre, la réaction communautaire est en

défaveur des femmes par rapport aux hommes avec une différence de 2 points.

Au Gabon et selon les données CRG, l'identité de genre sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats du traitement a un impact différencié en fonction de l'âge et du sexe. Les filles de 18-24 ans ont des vulnérabilités plus accentuées que les garçons au niveau des formations sanitaires (- 14 points). Par contre, les hommes de 25-44 ans et 45 – 64 ans ont des vulnérabilités plus accentuées que les femmes au niveau des formations sanitaires. Respectivement - 13 points chez les 25-44 ans et - 6 points chez les 45 – 64 ans. Quelle que soit la tranche d'âge, les vulnérabilités sont plus accentuées chez les filles et les femmes au niveau communautaire. Il s'agit respectivement de – 15 points chez les 18-24 ans ; - 7 points chez les 25-44 ans et – 2 points chez les 45- 64 ans.

Dans le cadre du diagnostic et du traitement de la tuberculose, on constate que les hommes sont moins impliqués dans la recherche des soins. Cette situation peut se justifier par le fait que les femmes sont plus soumises et obéissent mieux aux conseils du personnel médical pour prendre soin de leur santé. Les hommes ont parfois des difficultés à se rendre dans des établissements de soins dont les horaires d'ouverture ne sont pas compatibles avec leurs obligations professionnelles où ils ont un accès limité à des interventions telles que le dépistage et le traitement de l'infection à VIH (terrain favorable à la tuberculose), qui sont souvent assurés par les services de santé reproductive, principalement fréquentés par les femmes. Ils vont cependant prendre plaisir à fréquenter la médecine traditionnelle. Généralement, les hommes s'auto stigmatisent lorsqu'il s'agit de se faire suivre par des prestataires de soins féminins (majoritaires dans les CTA et CDT) avec les symptômes de la tuberculose. Au Gabon, comme dans beaucoup de pays, le personnel de santé rémunéré est composé à plus de 70% de femmes [24] et les femmes assurent souvent les soins à domicile et les soins de proximité. En plus de ce côté réfractaire les hommes, d'une manière générale, l'accueil et le manque de confidentialité dans les structures sanitaires freinent l'accès aux services de soins de la population.

Pour réduire cette stigmatisation liée au genre masculin, il faut créer un environnement propice pour les hommes. Dans les entreprises, il faut préserver le travail des personnes malades. Mettre en place dans les structures sanitaires des mécanismes qui permettent aux hommes de bénéficier des soins en toute sérénité et confidentialité comme les femmes. Il faut sensibiliser les communautés par les médias sur la prévention de la tuberculose.

Malgré une visibilité apparente de la prédominance masculine ; la dimension sexospécifique du cadre du droit à la santé, exige des gouvernements qu'ils intègrent une perspective sexospécifique dans leurs politiques, leur planification, leurs programmes et leurs recherches en matière de santé, y compris la ventilation des données sur la santé en fonction du sexe. Ceci permettrait d'intégrer le rôle du genre et du sexe dans la santé, surveiller et traiter les inégalités systémiques et évitables fondées sur le genre dans le domaine de la santé, et ancrer la perspective sexospécifique dans la législation et la politique.

Au vu de l'analyse précédente, le PNLT doit formuler ses objectifs en matière d'égalité femmes-hommes, définir les changements souhaités pour atteindre ces objectifs particuliers, et enfin formuler les indicateurs qualitatifs et quantitatifs qui permettront de mesurer ces progrès. Les indicateurs doivent être systématiquement ventilés selon le sexe en permettant de mesurer des écarts et des inégalités ou disparités entre femmes et hommes. Ceci n'est perceptible sur aucun des documents cadre actuel du PNLT.

Kenya-TB-Isolation-Policy-2018

<https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/page/legal-environment-scorecard-final-r.pdf>

Le genre est pertinent dans tous les aspects de la lutte contre la tuberculose. Il détermine qui est le plus exposé au risque d'infection et de maladie, quand et comment le diagnostic est posé, l'accès au traitement, la probabilité d'observance et d'achèvement du traitement et les conséquences sociales et financières de la tuberculose. Une approche de la tuberculose basée sur le genre reconnaît et répond aux problèmes sociaux, juridiques, culturels et biologiques qui sous-tendent l'inégalité entre les sexes et contribuent à de mauvais résultats en matière de santé. Les réponses basées sur le genre à la tuberculose reposent en outre sur la reconnaissance du fait que toutes les interventions contre la tuberculose ont la capacité de renforcer ou d'atténuer les normes sexistes néfastes. Les programmes de lutte contre la tuberculose ont donc la responsabilité éthique de surveiller les interventions pour garantir un impact large et positif. Cependant, au vu des données disponibles, les interventions de réponse à la tuberculose au Gabon sont « genre négatif ou aveugle au genre ». En effet, l'évaluation CRG a démontré un manque de sensibilisation au genre chez les professionnels de santé, une faible utilisation de données détaillées ventilées par sexe pour orienter la programmation, l'absence d'intégration de la dimension de genre dans les processus de suivi et d'évaluation, la politique de lutte contre la tuberculose qui ne tient pas compte du genre, la stigmatisation communautaire liée à la tuberculose en particulier chez les femmes et les filles.

Il est dès lors recommandé au PNLG de muter de l'approche « aveugle au genre » vers une « Approche transformatrice de genre de la tuberculose » en passant vers une « Approche sensible au genre ». Une Approche sensible au genre exige que les lois, politiques, programmes ou modules de formation reconnaissent qu'il existe différents acteurs de genre (femmes, hommes, filles, garçons, personnes transgenres et de genre divers) au sein d'une société, que ces individus sont contraints de

manières différentes et souvent inégales et peuvent donc avoir des perceptions, des besoins, des intérêts et des priorités différents et parfois contradictoires. Une Approche transformatrice de genre de la tuberculose examine, remet en question et change les normes et les inégalités de genre néfastes pour améliorer les droits et la santé de toutes les personnes touchées par la tuberculose.

Afin de faire passer sa réponse défavorable au genre, à une réponse sensible au genre et à une transformation du genre, le PNLG Gabon devrait ; (i) Générer, comprendre et utiliser des données probantes ; (ii) Assurer une approche globale et durable tenant compte des questions de genre dans tous les aspects de la planification et de la programmation et ; (iii) Promouvoir l'égalité des sexes à travers les programmes qui visent à autonomiser les femmes et les filles.

#### Populations clés et vulnérables :

L'évaluation CRG a recherché les sous-groupes de population potentiels qui nécessiteraient une attention supplémentaire si la tuberculose devrait être éliminée. Le CRG a également recherché les données nécessaires aux programmes de lutte contre la tuberculose pour intégrer les risques, les facteurs de risque et les obstacles à l'accès aux services auxquels sont confrontées les populations clés.

L'outil de priorisation des populations clés développé par Stop TB a été utilisé pour la priorisation des populations clés au Gabon. Une liste de 33 populations a été préétablie en se basant sur les données du PNLG et sur les directives et guides de l'OMS et du Partenariat Stop TB. Deux ateliers ont permis d'aboutir à une pré-identification de 16 groupes prioritaires. Les scores ont été calculés sur la base du : (i) Risques d'exposition (Exposition à des personnes infectées/bacilles concentrés) ; (ii) Risques biologiques

(Probabilité d'immunosuppression/possibilité de développer une tuberculose active) ; (iii) Barrières à l'accès aux soins (Barrières sexospécifiques, juridiques, sociales et structurelles) ; (iv) Barrières à l'achèvement du traitement (Stigmatisation, conditions de vie, problèmes de continuité d'accès) ; (v) Probabilité de nouvelles perspectives (Dynamiques sociales insuffisamment comprises) ; (vi) Contribution estimée (et/ou issue de données officielles, le cas échéant) à la charge de morbidité de la tuberculose dans le pays (Cas de tuberculose active de toutes les formes).

Sept populations ont été priorisées à la fin de l'exercice. Il s'agit : des personnes vivant avec le VIH, les personnes malnutries, les toxicomanes, les détenus, les mineurs et les sujets contacts. Les données chez les diabétiques ont été très marginale. L'évaluation qualitative à analyser les thématiques suivants pour faire ressortir les différentes vulnérabilités chez les populations clés priorisées : Rejet par la famille et les amis ; Exclusion sociale et communautaire ; Stigmatisation liée à l'association TB-VIH, Discrimination dans le milieu professionnel et éducatif ; Traitement inégal ou méprisant par le personnel de santé ; Auto stigmatisation ; Divulgence non consensuelle de l'état de santé. Les données chez les diabétiques ont été très marginales.

Chez les PVVIH, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) Rejet social et familial (31,8%), et (ii) Stigmatisation liée à la co-infection TB/VIH (27,7%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement. Alors que l'immunosuppression induite par le VIH rend les personnes vivant avec le VIH extrêmement vulnérables à la tuberculose, la stigmatisation, l'absence de diagnostics précis au point de service et la mauvaise

intégration des services de lutte contre la tuberculose et le VIH rendent la tuberculose particulièrement mortelle pour cette population. Outre la stigmatisation, d'autres facteurs tels que le sexe, la pauvreté et la malnutrition favorisent les retards de diagnostic, constituent des obstacles au traitement et ont un impact sur l'observance des médicaments par les patients. Du côté des politiques, le retard dans la mise en œuvre des recommandations de l'OMS, les pénuries de personnel et la répartition inefficace du personnel, ainsi que la mauvaise collaboration entre les systèmes verticaux de lutte contre la tuberculose et le VIH, retardent également la fourniture de soins d'urgence aux personnes vivant avec le VIH atteintes de tuberculose. La volonté politique et les efforts de collaboration impliquant les organisations de la société civile sont une nécessité évidente pour atteindre les objectifs ambitieux de mettre fin au VIH et à la tuberculose.

Chez les personnes malnutries, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) Rejet social et familial (50,79%), et (ii) Divulgence non consensuelle (30,16%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement. La malnutrition est définie de manière générale par l'OMS comme des carences ou des excès dans l'apport en nutriments, un déséquilibre des nutriments essentiels ou une mauvaise utilisation des nutriments. La malnutrition est le principal facteur de risque attribuable à l'infection par la tuberculose (TB). Le risque de contracter la tuberculose augmente de 13,8% pour chaque diminution d'une unité de l'indice de masse corporelle (IMC), bien que cette relation ne soit pas maintenue aux extrêmes de la gamme de l'IMC. La malnutrition est également un facteur de risque de conversion de la TB latente (préexistante mais dormante) en maladie active. Les patients tuberculeux mal nourris ont des résultats de traitement moins bons ; cela est particulièrement prononcé chez ceux qui

ont une TB résistante à la rifampicine et/ou à des médicaments multirésistants (TB-RR/MR) . Les patients malnutris ont deux fois plus de risques de mourir de la tuberculose que les patients non malnutris (5). Un traitement nutritionnel optimisé a montré des effets bénéfiques sur le pronostic des patients et la réponse au traitement médicamenteux, bien que les preuves soient limitées et hétérogènes. L'apport de suppléments nutritionnels parallèlement au traitement est associé à une meilleure observance du traitement. Tous les patients atteints de tuberculose doivent être évalués pour la malnutrition au moment du diagnostic et systématiquement (toutes les 4 semaines) pendant le traitement. Il est recommandé de fournir un soutien nutritionnel tout au long du traitement antituberculeux afin de favoriser l'observance du traitement et de prévenir le développement d'autres maladies liées à la malnutrition. Des études plus approfondies sont nécessaires sur la relation entre la supplémentation nutritionnelle et les résultats liés au traitement chez les patients atteints de tuberculose. En particulier, la supplémentation en micronutriments, dont beaucoup jouent un rôle important dans la fonction immunitaire, nécessite des recherches plus approfondies.

Chez les personnes toxicomanes, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) Rejet social et familiale (41,6%), et (ii) manque d'accompagnement (16,67%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposées à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement. À l'échelle mondiale, les personnes qui consomment des drogues (PCD) restent stigmatisées et criminalisées, ce qui contribue à des disparités dévastatrices en matière de santé, notamment des taux extrêmement élevés de tuberculose souvent associés au VIH et à l'hépatite virale. L'étendue de ces problèmes de santé et le manque général de services de santé intégrés capables de fournir des services de lutte contre

la tuberculose, le VIH et de réduction des risques en un seul endroit contribuent largement à l'ampleur de la crise de la tuberculose dans les communautés de PCD. Alors que les impacts de l'épidémie de tuberculose sont plus particulièrement ressentis dans les communautés de PCD d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, des preuves émergent en Asie du Sud et du Sud-Est et en Afrique subsaharienne qui suggèrent que ces problèmes sont désormais universels. Dans les pays où l'épidémie de VIH est concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables et où les taux de tuberculose et de tuberculose multi résistante (TB-MR) sont élevés, les responsables de la mise en œuvre des programmes et les gouvernements doivent prendre des mesures immédiates, en collaboration avec les réseaux mondiaux et régionaux de consommateurs de drogues injectables et les militants locaux de la lutte contre la toxicomanie, afin de concevoir des solutions qui renoncent aux approches punitives de la consommation de drogues et produisent au contraire des résultats efficaces et efficients. Les gouvernements des autres régions où l'épidémie de tuberculose chez les consommateurs de drogues injectables ne fait que commencer doivent mettre en œuvre les mesures nécessaires pour impliquer les communautés de consommateurs de drogues injectables dans tous les aspects de la planification des interventions, de la prestation de services et de l'évaluation d'impact. Ce guide décrit les principaux problèmes liés à l'accès à la prévention, au traitement et aux soins de la tuberculose pour les consommateurs de drogues injectables, et fournit des recommandations d'action et de plaidoyer pour les communautés, les gouvernements et les donateurs.

Chez les détenus, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) exclusion communautaire (58,3%), et (ii) rejet social et familial (16,6%). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposées à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement. Au cours des

dernières décennies, l'affaiblissement des systèmes de justice pénale et le recours à des politiques inefficaces et trop punitives ont conduit à la détérioration des prisons dans le monde entier. Cela a entraîné une surpopulation et facilité la propagation de maladies infectieuses telles que la tuberculose et la tuberculose multi résistante (TB-MR). Les prisons sont intrinsèquement liées aux communautés ; ainsi, les épidémies de tuberculose et de tuberculose multi résistante dans les prisons ont eu un impact sur les résultats en matière de santé dans les pays où l'incarcération excessive est répandue. L'incapacité des gouvernements à répondre aux besoins des importantes populations carcérales, le manque de soutien financier et de formation du personnel de santé pénitentiaire, et les diverses comorbidités présentes chez les détenus atteints de tuberculose rendent difficile la fourniture d'un traitement efficace contre la tuberculose dans les prisons, entraînent des retards dans le diagnostic, facilitent la propagation rapide de l'infection et déclenchent de fréquentes interruptions de traitement. La question de la tuberculose et de la tuberculose multi résistante dans les prisons ne peut être abordée sans se concentrer sur les alternatives à l'incarcération, la promotion des droits des détenus et du personnel pénitentiaire, la fourniture d'un soutien adéquat aux infrastructures de santé dans les prisons et la collaboration avec les communautés et les détenus pour fournir des modèles de traitement et de prestation de soins de la tuberculose plus efficaces et fondés sur les droits.

Chez les mineurs, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de trois principales situations. Il s'agit notamment de : (i) discrimination au travail (33,3%), (ii) exclusion communautaire (25 %) et rejet familial (25%). Les trois contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement. Les mineurs d'Afrique subsaharienne ont une incidence de tuberculose plus élevée que toute autre population active au monde (entre 3 000 et 7 000 pour 100 000 mineurs par an dans certaines régions)

. On estime que l'incidence de la tuberculose parmi les mineurs est jusqu'à dix fois plus élevée que dans les populations dont ils sont issus. Les conditions de travail dans les mines créent un environnement à haut risque de transmission de la tuberculose, résultant en partie de l'exposition à la poussière de silice (qui augmente le risque de tuberculose pulmonaire, en particulier dans les mines d'or), ainsi que des environnements confinés et mal ventilés propices à la transmission. Des programmes pertinents doivent prendre en compte une collaboration plus poussée entre les gouvernements, les ministères de la Santé et du Travail et les sociétés minières. Les programmes de soins de santé pour les mineurs devraient mettre l'accent sur la continuité des soins pendant les déplacements des mineurs au-delà des frontières (par exemple, au moyen de dossiers médicaux tenus par les patients répertoriant les traitements médicamenteux antérieurs, les résultats cliniques et les sensibilités aux médicaments), faciliter un diagnostic plus précoce (par exemple, en appliquant des normes de dépistage sur les champs de mines) et améliorer les conditions de travail pour réduire le risque d'infection incidente (par exemple, en réduisant les mauvaises conditions de travail, l'exiguïté des logements dans les auberges ou l'exposition à la poussière de silice). Une amélioration de la santé publique et des conditions de soins pour les mineurs peut être nécessaire non seulement pour les mineurs eux-mêmes, mais aussi pour lutter contre la tuberculose de manière plus générale.

Chez les personnes contacts, les vulnérabilités sont plus concentrées dans le cadre de deux principales situations. Il s'agit notamment de : (i) manque d'accompagnement (52 %), et (ii) rejet communautaire (26 %). Les deux contextes sus évoqués accroissent leurs situations d'être exposés à la possibilité d'être attaqués ou blessés émotionnellement. Les contacts étroits avec des patients infectés par la tuberculose présentent des taux élevés de tuberculose, la plupart des maladies étant diagnostiquées avant ou dans les trois mois suivant le

diagnostic du patient index. Les investigations des contacts doivent être rapides pour détecter la tuberculose et maximiser les chances d'identifier et de traiter une infection latente, afin de prévenir la maladie.

Pour éliminer la tuberculose, il sera essentiel d'atteindre les populations clés et vulnérables – des personnes qui sont vulnérables, marginalisées, mal desservies ou à risque d'une infection par la tuberculose ou de contracter cette maladie. Il est impératif tant sur le plan épidémiologique qu'en termes d'équité et de droits humains, que les programmes : (i) privilégient l'élimination de la tuberculose parmi les populations clés ; (ii) s'assurent que les populations clés et vulnérables ont un accès adéquat aux services de prévention et de soins tuberculeux, notamment par le biais des services de soins de santé primaires ; (iii) comprennent les obstacles sociaux, politiques, juridiques et économiques auxquels font face les populations clés et vulnérables en matière d'accès aux services antituberculeux ; (iv) impliquent les populations clés et vulnérables en tant que parties prenantes prioritaires et partenaires égaux dans la lutte contre la tuberculose ; (v) se coordonne et collaborent avec d'autres programmes et ministères dont le travail se focalise sur le genre, les droits et le développement.

Il serait judicieux de mettre en œuvre «l'outil d'estimation de la taille des populations clés et vulnérables de la tuberculose » de Stop TB, pour avoir une meilleure compréhension et des réponses adaptées en direction des populations clés dans le pays. Cet outil permet en effet de : (i) Pilier 1 : « Identifier et prioriser », en analysant que les stratégies, politiques, programmes, et les réponses sont enrichies et nuancées pour mieux répondre aux besoins et expériences de certains PCV. (ii) Pillier2 « Apprendre et comprendre », en vérifiant que les données existantes sont rassemblées, compilés et désagrégés par PCV et les lacunes dans les données identifiées ; (iii) Pilier 3 : « Agir et améliorer ». Grâce à ce processus, la taille les estimations des PCV prioritaires donnent lieu à une

mobilisation politique renforcée, allocation (améliorée) des ressources, législation et examen et réforme des politiques, services et planification de programme, programme la gouvernance, la représentation et expertise, S&E, et santé publique et politique sociale.



## Stigmatisation et discrimination :

**L'évaluation CRG a recherché le contenu de la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose et exploré à quel stade du parcours de la TB et dans quels contextes la stigmatisation et la discrimination liées à la TB sont-elles ressenties.**

**De manière générale, le CRG a démontré que :**

- *Les personnes atteintes de tuberculose choisissent de se tenir à distance des autres pour éviter de les contaminer (74%), ils choisissent également à qui ils vont se confier (56%). On constate également un sentiment de culpabilité auprès de personnes atteintes de TB (50%). (Auto stigmatisation).*
- *Au niveau de la famille, les dimensions de stigmatisations sont très homogènes.*
- *La stigmatisation envers les personnes atteintes de la TB est très présente auprès de la communauté. On peut par exemple noter que 67% des membres de la communauté/voisin affirme ne pas pouvoir boire ou manger avec des proches atteints de la tuberculose et ne veulent pas que les personnes atteintes de la tuberculose jouent avec leurs enfants.*
- *Les principales stigmatisations des personnels de santé envers les personnes atteintes de TB sont de 72%.*

**L'analyse du radar** de la stigmatisation a permis de constater que : La première forme de stigmatisation et discrimination provient de la communauté/les voisins (52%). Ensuite, les travailleurs de la santé représentent la deuxième forme de discrimination envers les personnes ayant contracté la tuberculose (45%).

**Le CRG a également exploré à quel stade du parcours de la TB et dans quels contextes la stigmatisation et la discrimination liées à la TB sont-elles ressenties. Les sept étapes du parcours de la prise en charge de la tuberculose ont été analysées à cet effet :**

**Etape 1 du parcours : Reconnaissance des symptômes :** Sur un total de 599 patients atteints ou ayant contracté la tuberculose enquêtés, 235 déclarent avoir été stigmatisés lorsque les symptômes de la tuberculose ont été reconnus (soit 39%). De ce total, 40% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 28% au sein du foyer/famille (ménage), 24% dans la communauté/voisins, 4% dans leur lieu de travail et 4 % à l'école ou à l'église. Sur un total de 30 familles enquêtées, 8 déclarent avoir été stigmatisées lorsque les symptômes de la tuberculose ont été reconnus (soit 39%). De ce total, 57% au sein du foyer/famille (ménage), 29% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 14% dans la communauté/voisins.

**Etape 2 du parcours : Recherche de soins :** Sur un total de 599 patients atteints ou ayant contracté la tuberculose enquêtés, 196 déclarent avoir été stigmatisés lors de la recherche de soins (soit 33%). De ce total, 50% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 33% au sein du foyer/famille (ménage), 13% dans la communauté/voisins, 3% à l'école ou à l'église, 2% dans leur lieu de travail. Les 60% des patients interviewés ont révélé qu'ils ont dû se faire accompagner par un membre de la famille ou par un ami très loyal en qui ils pouvaient avoir confiance pour garder leur secret.

**Etape 3 du parcours : Obtention d'un diagnostic précis :** Sur un total de 599 patients atteints ou ayant contracté la tuberculose enquêtés, 184 déclarent avoir été stigmatisés à l'obtention d'un diagnostic précis (soit 31%). De ce total, 45% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 31% au sein du foyer/famille (ménage), 18% dans la communauté/voisins, 5% à l'école ou à l'église, 1 dans leur lieu de travail.

**Étape 4 du parcours : Début du traitement** ; Sur un total de 599 patients atteints ou ayant contracté la tuberculose enquêtés, 221 déclarent avoir été stigmatisés au début du traitement (soit 37%). De ce total, 37% au sein du foyer/famille (ménage), 36% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 18% dans la communauté/voisins, 4% à l'école ou à l'église, 4% dans leur lieu de travail.

**Étape 5 du parcours : Soutien à l'observance** : Sur un total de 599 patients atteints ou ayant contracté la tuberculose enquêtés, 179 déclarent avoir été stigmatisés à l'obtention d'un soutien à l'observance du traitement (soit 30%). De ce total, 42% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 35% au sein du foyer/famille (ménage), 15% dans la communauté/voisins, 5% dans leur lieu de travail, 3% à l'école ou à l'église.

**Étape 6 du parcours : Achèvement du traitement** : Sur un total de 599 patients atteints ou ayant contracté la tuberculose enquêtés, 158 déclarent avoir été stigmatisés à l'achèvement du traitement (soit 26%). De ce total, 45% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 28% au sein du foyer/famille (ménage), 22% dans la communauté/voisins, 3% dans leur lieu de travail, 3% à l'école ou à l'église. À l'achèvement du traitement, les discriminations et les stigmatisations continuent, encore plus de la part des voisins qui ne sont pas toujours informés que la tuberculose se guérit et qu'après le traitement suivi avec rigueur on n'est plus contagieux.

**Étape 7 du parcours : Après le traitement** : Sur un total de 599 patients atteints ou ayant contracté la tuberculose enquêtés, 155 déclarent avoir été stigmatisés à l'achèvement du traitement (soit 26%). De ce total, 45% des cas de stigmatisation ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, 26% dans la communauté/voisins, 21% au sein du foyer/famille (ménage), 5% dans leur lieu de travail, 3% à l'école ou à l'église.

La Déclaration Politique reconnaît que les inégalités structurelles, la stigmatisation, le racisme et la discrimination, y compris à l'égard des femmes, l'insuffisance des investissements dans la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose et l'inégalité d'accès à ces services restent les principaux barrages empêchant de mettre fin à l'épidémie, que les personnes atteintes de tuberculose peuvent souffrir de stigmatisation et de toute forme de discrimination et qu'il faut s'attaquer aux obstacles à la pleine jouissance des droits humains dans le cadre d'actions globales politiques, juridiques et associées aux programmes.

La stigmatisation et la discrimination sont un affront aux droits de l'homme et mettent en danger la vie des personnes touchées par la tuberculose et les populations clés et vulnérables. Selon les résultats de la présente étude, elle est **observée en milieu des soins, en milieu familial et communautaire**, en particulier chez les femmes et les filles et **l'auto stigmatisation**.

**En milieu des soins** : Un peu plus d'un professionnel de santé sur deux stigmatise les personnes atteintes de tuberculose en pensant qu'elles doivent être isolées (52%) et qu'elles sont dangereuses (55%). Cette perception de dangerosité de la maladie par les professionnels de santé est observée dans tous les parcours des soins. En effet, quel que soit le

parcours des soins, la stigmatisation est plus forte dans les hôpitaux et plus significative à l'étape 1 (39% reconnaissance des symptômes) et l'étape 4 (37% début du traitement) du parcours des soins expliquant des taux élevés de perdus de vue. Les filles de 18-24 ans ont des vulnérabilités plus accentuées que les garçons au niveau des formations sanitaires (- 14 points). Par contre, les hommes de 25-44 ans et 45-64 ans ont des vulnérabilités plus accentuées que les femmes au niveau des formations sanitaires. Respectivement - 13 points chez les 25-44 ans et - 6 points chez les 45-64 ans.

Les études ayant fait état de la stigmatisation liée à la tuberculose parmi les professionnels de santé ont attribué cela à un manque de connaissances, à des idées fausses sur la transmission, à des préjugés, à un manque de normes de sécurité au travail, à des politiques institutionnelles et à des croyances sociétales plus larges<sup>1</sup>. La stigmatisation liée à la tuberculose a des répercussions sur la qualité des soins prodigués. Il est essentiel de former les professionnels de santé à la dynamique de transmission et à l'importance des précautions standard lors des soins aux patients, quel que soit le diagnostic<sup>2</sup>.

Même si l'attitude envers les hommes peut être analysée comme émanant d'une forte présence du personnel de sexe féminin dans les formations sanitaires, la question serait plus complexe. Les débats et la littérature empirique limitée disponible sur l'engagement des hommes dans les soins

---

<sup>1</sup> Chang SH, Cataldo JK. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014; 18:168-73, i-iv

<sup>2</sup> TB stigma has implications for providing quality TB care. Training of HCWs regarding transmission dynamics, the importance of standard precautions during patient care, regardless of diagnosis is essential.

de santé liés à la tuberculose indiquent néanmoins la nécessité d'une réorientation, dans le travail de lutte contre la tuberculose auprès des hommes dans les pays à faibles revenus ou intermédiaires à forte charge de morbidité, vers des interventions structurelles et multi composantes<sup>3</sup>.

**Au niveau familial et communautaire :** La première forme de stigmatisation et discrimination provient de la communauté/les voisins (52%). Quelle que soit la tranche d'âge, les vulnérabilités sont plus accentuées chez les filles et les femmes au niveau communautaire. Il s'agit respectivement de – 15 points chez les 18-24 ans ; - 7 points chez les 25-44 ans et – 2 points chez les 45- 64 ans.

Management Sciences for Health (MSH) a réalisé la [première enquête nationale sur la stigmatisation liée à la tuberculose en Éthiopie](#) en 2019, dans sept régions et deux administrations municipales. Près de 3 500 personnes ont participé à cette étude quantitative et qualitative. Plus d'un tiers d'entre eux (patients tuberculeux, membres de la famille et membres de la communauté) présentaient une stigmatisation importante liée à la TB, qui était associée au manque d'éducation, à la pauvreté et à de faibles niveaux de connaissances sur la TB. Dans les discussions de groupe (FDG), les patients touchés par la tuberculose ont signalé une stigmatisation au sein de leur foyer. Ils ont indiqué que les membres de la famille n'étaient pas disposés à partager des ustensiles ou à manger avec eux, dans une société où le partage de la nourriture est la norme. Plus que la

<sup>3</sup> Jeremiah Chikovore, Madhukar Pai, Katherine Chisholm Horton, Amrita Daftary, Moses Kelly Kumwenda, Graham Hart, Elizabeth Lucy Corbett - Missing men with tuberculosis: the need to address structural influences and implement targeted and multidimensional interventions: *BMJ Global Health* 2020;5:e002255.

stigmatisation des familles et de la communauté, la stigmatisation intériorisée par les patients tuberculeux, qui se traduit par des sentiments de honte et une faible estime de soi, compromet les comportements de recherche de soins. Les soins retardés contribuent à leur tour à la transmission continue de la tuberculose. MSH a, à cet effet développé des informations sur la tuberculose pour les familles, les communautés, les chefs religieux et les agents de santé afin de dissiper les mythes et la désinformation et de lutter contre la stigmatisation. Des journalistes et des professionnels des médias de masse ont été formés aux messages sur la tuberculose conçus pour réduire la stigmatisation et à promouvoir leur utilisation pour l'éducation communautaire par le biais de la radio et de la télévision. Étant donné les idées fausses répandues sur les causes de la tuberculose, la faible préférence pour l'utilisation des agents de santé communautaires et l'engagement inadéquat, des interventions ciblées d'éducation à la santé sont nécessaires pour améliorer les services de lutte contre la tuberculose.<sup>4</sup>

### Stigma chez les femmes et les filles

Lorsqu'il s'agit de tuberculose (TB), ce sont les hommes et les garçons [qui subissent le plus lourd fardeau de la maladie](#), puisqu'ils représentent 64 % de tous les cas de TB en 2020<sup>5</sup>. Mais cette seule statistique ne rend pas

---

<sup>4</sup> *Connaissances, attitudes et pratiques liées à la tuberculose au sein de la population générale d'Éthiopie : résultats d'une enquête nationale transversale*, Daniel G. Datiko, Dereje Habte, Degu Jerene, Pedro Suarez *PLoS One* 2019 ; Vol. 14, n° 10 : e0224196. DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224196>.

<sup>5</sup>

[https://www.theglobalfund.org/media/6349/core\\_tbhumanrightsgenderequality\\_technicalbrief\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/6349/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_en.pdf)

compte des conséquences générales de la maladie. La stigmatisation associée à la tuberculose décourage les gens de chercher des services de dépistage, de traitement et de prévention, ce qui peut ensuite entraîner un risque plus élevé de résultats graves. Même si tout le monde peut être infecté par la tuberculose, [les femmes sont touchées de manière disproportionnée par la stigmatisation liée à la tuberculose](#)<sup>6</sup>. Lorsque les femmes sont stigmatisées pour avoir contracté la tuberculose, elles peuvent être rejetées du foyer, séparées de leurs enfants, perdre leur emploi, subir des injures et des violences. La stigmatisation se manifeste également de manière moins évidente, [par exemple par le manque d'aide ou de soutien de la part des proches](#) et par la pression [exercée avec le fait de vivre avec la maladie dans le secret](#)<sup>7</sup>. L'autonomisation des femmes est essentielle au succès de la stratégie et pour atteindre l'objectif de mettre fin à la tuberculose endémique<sup>8</sup>.

**L'auto stigmatisation** est un enjeu majeur dans la réponse tuberculose au Gabon. En effet, les personnes atteintes de tuberculose choisissent de se tenir à distance des autres pour éviter de les contaminer (74%), ils choisissent également à qui ils vont se confier (56%). On constate également un sentiment de culpabilité auprès de personnes atteintes de TB (50%). *L'auto stigmatisation est également décrite comme « aussi*

<sup>6</sup> Citro B, Lyon E, Mankad M, Pandey KR, Gianella C. *Developing a human rights-based approach to tuberculosis*. *Health and Human Rights* 2016; 18(1):1-8. <https://www.hhrjournal.org/>

<sup>7</sup> Slagle T, Ben Youssef M, Calonge G, Ben Amor Y. *Lessons from Africa: developing a global human rights framework for tuberculosis control and prevention*. *BMC International Health and Human Rights* 2014; 14:34. <http://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-014-0034-7>

<sup>8</sup> *Tuberculosis in women: A reflection of gender inequity*, *European Respiratory Journal* 2018 52(suppl 62): PA531; DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2018.PA531>

*importante que la stigmatisation des autres », soulignant la nécessité de « conseiller à la fois les patients et les personnes qui soutiennent le traitement - les amis et la famille qui observent le patient prendre ses médicaments - sur la cause, la transmission, le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose. Pour lutter contre l'auto stigmatisation, il est recommandé la mise en place et l'animation des clubs pour les personnes touchées par la tuberculose. En adaptant cette intervention, ces clubs peuvent servir de réseaux de soutien aux personnes vivant avec la tuberculose et fournir un forum pour discuter de la stigmatisation, échanger des expériences et même aider au dépistage des contacts TB<sup>9</sup>.*

**Il existe encore des efforts substantiels pour une meilleure focalisation sur une approche transformatrice en matière de genre, de la vulnérabilité, des soins et du traitement de la tuberculose dans les plans stratégiques, les politiques et lignes directrices.**



<sup>9</sup> <https://msh.org/fr/blog/stigma-matters-in-ending-tuberculosis/#:~:text=Plus%20d'un%20tiers%20d,de%20connaissances%20sur%20la%20TB>

## II. RECOMMANDATIONS

---

### XI.1 Recommandations générales

Les résultats de « *l'Évaluation de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'Homme dans la riposte à la tuberculose au Gabon* » démontrent clairement que le faible engagement communautaire, les obstacles juridiques et sociaux, la stigmatisation et la discrimination et les inégalités de genre demeurent un obstacle à l'accès des personnes touchées par la tuberculose à un accès complet aux services de préventions, soins et soutien de la tuberculose. Les actions prescrites par la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre la Tuberculose adoptée par la 78<sup>ème</sup> session de l'Assemblée Générale des Nations Unies le 5 octobre 2023, Document : A/78/L.4, sont les suivantes :

► Protéger et promouvoir le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, ainsi que le droit de bénéficier des avantages du progrès scientifique et de son application pour progresser vers un accès universel à une prévention de qualité, abordable, inclusive, équitable et opportune, le diagnostic, le traitement, les soins et la sensibilisation liés à la tuberculose, et s'attaquer à ses déterminants économiques et sociaux. **(Paragraphe 39).**

► Renforcer les soins complets pour toutes les personnes atteintes de tuberculose, en accordant une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité ou vulnérables à la tuberculose, notamment les femmes pendant la grossesse, l'allaitement et la période post-partum, les

enfants et adolescents, les personnes vivant avec le VIH, les personnes handicapées, y compris les personnes handicapées à vie en raison de la tuberculose, les peuples autochtones, les agents de santé, les personnes âgées, les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur du pays, les personnes vivant dans des situations d'urgence complexes, les apatrides, les personnes en prison et dans d'autres lieux fermés, les personnes vivant dans des zones pauvres, les personnes touchées par l'extrême pauvreté, les mineurs et autres personnes exposées à la silice, les personnes sous-alimentées, les minorités ethniques, les personnes et les communautés exposées au risque d'exposition à la tuberculose bovine. **(Paragraphe 51).**

► Reconnaître les énormes impacts économiques et sociaux et le fardeau de la tuberculose pour les personnes touchées par la maladie, leurs ménages, en particulier pour les migrants et les pays d'accueil et, à cet égard, souligne la nécessité de fournir un soutien, ainsi qu'une assistance technique et financière, pour accueillir et les pays de transit pour renforcer les infrastructures et les systèmes de santé locaux et nationaux pour une prévention, un traitement et des soins efficaces contre la tuberculose, en vue de réduire la charge pesant sur les systèmes de santé. **(Paragraphe 66).**

► Intensifier les efforts nationaux pour créer des cadres politiques juridiques et sociaux appropriés permettant de lutter contre les inégalités, afin d'éliminer toutes les formes de stigmatisation, de discrimination, d'inégalité et autres obstacles liés à la tuberculose, y compris ceux qui ont un impact négatif sur les droits de l'homme, et d'adopter des mesures équitables, inclusives et tenant compte du genre ; des approches adaptées, le cas échéant, pour surmonter les obstacles aux services antituberculeux qui reflètent les différentes manières dont les hommes et les femmes

peuvent être affectés par la tuberculose et parvenir à une réponse plus efficace et à de meilleurs résultats, afin que personne ne soit laissé de côté dans la lutte contre la tuberculose. **(Paragraphe 77).**

► Protéger les services antituberculeux en tant que services de santé essentiels pendant les urgences humanitaires et sanitaires et dans les situations de conflit, car ces personnes peuvent être confrontées à une infection tuberculeuse accrue, à un risque d'interruption du traitement et à un accès limité à des services de santé de qualité, à des aliments nutritifs et à des informations linguistiques et culturelles sensibles. **(Paragraphe 80).**

À la lumière des résultats de l'évaluation, il est recommandé aux différentes parties prenantes de prendre les mesures ci-après :

#### **1. Le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers :**

- 1.1 Mettre en œuvre les recommandations et orientations prescrites par la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose adoptée par la 78<sup>ème</sup> session de l'Assemblée Générale des Nations Unies le 5 octobre 2023.
- 1.2 Assurer la promotion et la protection des droits de l'homme des personnes affectées par la tuberculose en tant qu'impératif juridique, éthique, moral ; qui revêt une importance cruciale pour l'efficacité de la réponse à l'épidémie et le soulagement de la souffrance des personnes et des communautés affectées.

#### **2. Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales :**

- 2.1 Améliorer la qualité des soins de santé, au niveau national, des districts et des établissements de santé, en vue de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle.
- 2.2 Garantir une offre de services de lutte contre la tuberculose centrée sur la personne et fondée sur les droits dans les formations sanitaires. Il y a urgence de renforcer les capacités des prestataires des soins qui offrent les services sur les droits humains pour qu'ils adoptent les attitudes non stigmatisantes, non discriminantes mais plutôt inclusives, et que les services soient acceptables, accessibles, disponibles et responsables.

#### **3. Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose du Gabon**

- 3.1 Conduire l'analyse du parcours patient (PPA) afin de mieux comprendre l'alignement entre la recherche de soins pour les patients et les services antituberculeux disponibles.
- 3.2 Améliorer la connaissance et l'estimation de la taille des populations clés et vulnérables avec l'outil de Stop TB « TUBERCULOSIS Key and Vulnerable Populations Size Estimation Tool ».
- 3.3 Susciter la création des associations des personnes touchées par la tuberculose et faciliter leurs participations dans toutes les étapes et processus de la réponse tuberculose.

#### **4. Les Organisations de la société civile**

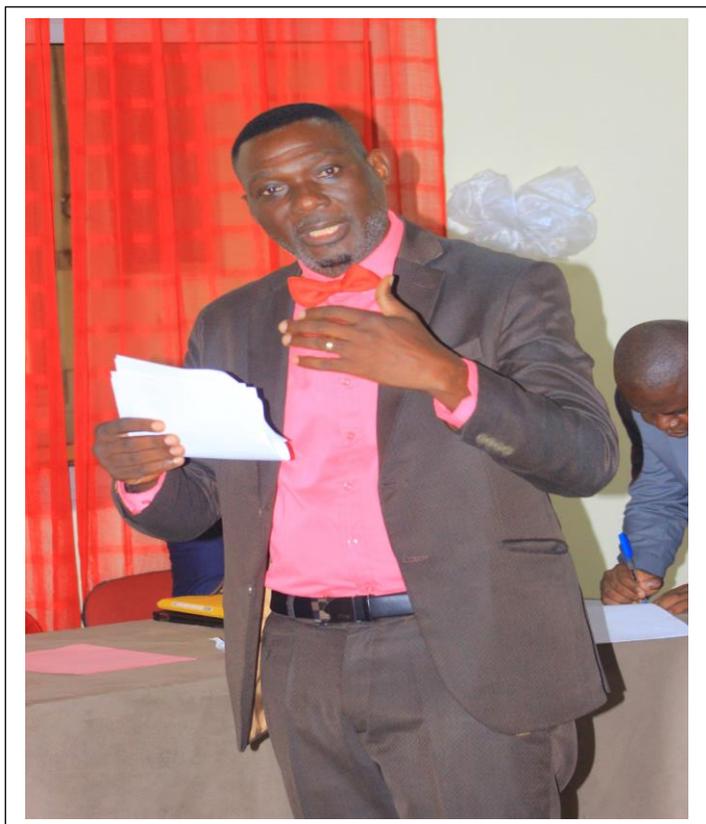
- 4.1 Développer et mettre en œuvre un programme complet de suivi dirigé par la Communauté afin d'établir un mécanisme qui permettrait de surveiller l'accès aux services pour la tuberculose. Ce mécanisme pourrait également superviser (agir comme un « chien de garde ») pour les droits de l'homme

et les questions liées au genre.

4.2 Finaliser la matrice de l'analyse genre.

4.3 Mettre en œuvre le « *Tableau de bord de l'environnement juridique et des droits de l'homme* », afin de mieux mesurer l'environnement juridique et les droits de l'homme et promouvoir la responsabilité sociale dans la lutte contre la tuberculose.

4.4 Plaider pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan d'action CRG budgétisé.



## XI.2 Recommandations spécifiques

<u>Intervention 1</u> : Élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées à la TB	
1.1	Développer un plan de communication budgétisé.
1.2	Produire et diffuser les messages de communication clés à travers divers canaux (radio, télévision, presse écrite, téléphonie mobile, réseaux sociaux, etc.).
1.3	Solliciter une Assistance Technique pour implémenter « L'analyse du parcours patient (PPA) ».
1.4	Mettre en œuvre « outil d'estimation de la taille des populations clés et vulnérables de la tuberculose » de Stop TB.
1.5	Mettre en œuvre le Suivi-Dirigé par la communauté dans toutes les formations sanitaires offrant la prise en charge de la tuberculose.
<u>Intervention 2</u> : Garantie de services de lutte contre la tuberculose centrée sur la personne et fondés sur les droits dans les formations sanitaires	
2.1	Mener une recherche opérationnelle sur l'efficacité, l'efficience et l'acceptabilité de la dispensation communautaire des traitements TB.
2.2	Renforcer les capacités des prestataires sur l'approche centrée sur la personne.
2.3	Tester en phase pilote, le vidéo-DOTS en particulier dans le Grand Libreville.
2.4	Doter les usagers ?? de cartes de traitement avec les codes QR pour renforcer le suivi et la mobilité des patients.
2.5	Solliciter une assistance technique pour la numérisation des attestations de complétude de traitement.
2.6	Solliciter une assistance technique pour le renforcement de l'approche des guichets unique VIH et TB.
<u>Intervention 3</u> : Éducation juridique (« Connaissez vos droits »)	
3.1	Confectionner des affiches sur « Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose » et les poster dans les CDT, CAT et CT.
3.2	Former au sein des organisations des para juriste communautaires pour améliorer le soutien juridique aux personnes touchées par la tuberculose.
3.3	Renforcer les capacités des organisations communautaires pour la prise en charge de la TB en milieu carcéral.
3.4	Former chaque année les journalistes et autres professionnels des médias pour accroître la visibilité et la communication sur la tuberculose.
3.5	Renforcer les capacités des prestataires sur la Déclaration des droits des patients.
<u>Intervention 4</u> : Mobilisation et sensibilisation de la communauté, y compris le soutien aux groupes dirigés par des survivants à la tuberculose	

4.1	Créer des clubs d'anciens patients dans les sites de prise en charge de la tuberculose et appuyer leurs fonctionnements.
4.2	Développer un module de santé mentale et former les formateurs des formateurs issus des Clubs TB.
4.3	Déployer en quantité et qualité les accompagnateurs psycho-sociaux dans les sites de prise en charge.
4.4	Réaliser chaque semestre, des campagnes de dépistage de masse dans les sites miniers avec l'appui de la radiographie par intelligence artificielle.
4.5	Appuyer le fonctionnement de 2 organisations de soutien aux usagers de drogues.
4.6	Solliciter une AT pour le développement d'une stratégie de dépistage différenciée.
<u>Intervention 5 : Suivi et réforme des politiques, réglementations et lois</u>	
5.1	Développer une stratégie de plaidoyer auprès de la CNAMGS pour la prise charge intégrale des consultations et des examens liés à la tuberculose.
5.2	Conduire un plaidoyer à l'attention des parlementaires pour accroître la ligne budgétaire dédiée à l'achat des médicaments.
5.3	Mener un plaidoyer pour des peines alternatives afin de réduire le surpeuplement dans les prisons.
5.4	Mettre en œuvre le « Tableau de bord de l'environnement juridique et des droits de l'homme ».
5.5	Etablir un cadre de redevabilité multisectoriel pour le suivi des lois, politiques et directives nationales en faveur d'un environnement favorable pour les personnes touchées par la tuberculose.
5.6	Intégrer la protection de la vie privée et confidentialité dans les missions de supervision du Ministère de la santé ou du PNLT.

## I. Conclusion :

---

Le Gabon possède pour l'essentiel, une approche progressiste du cadre juridique et politique qui protège l'égalité et la santé qui ne laisse personne de côté. Les politiques et les lignes directrices ont, dans une large mesure, fait écho à ces dispositions. La Constitution du 19 décembre 2024 renforce l'approche basée sur les droits de l'homme. Il y a cependant de la place pour une amélioration en termes de renforcement de la protection des droits des populations clés et vulnérables.

Il est primordial d'utiliser et de mettre à jour les directives en matière de santé et les protocoles pour refléter pleinement les engagements fondés sur les droits à la tuberculose. Il est également nécessaire de renforcer la mise en œuvre des plans et engagements stratégiques – y compris des initiatives de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que les processus et les actions de suivi et d'évaluation, tout comme des cadres de responsabilisation. En outre, il existe encore des efforts substantiels pour une meilleure focalisation sur une approche transformatrice, en matière de genre, de la vulnérabilité, des soins et du traitement de la tuberculose dans les plans stratégiques, les politiques et lignes directrices de santé de manière générale et en particulier dans la réponse tuberculose.



## Bibliographie

1. Profile TB Gabon\_Rapport mondial OMS 2023.pdf.
2. <https://www.stoptb.org/resources/communities-rights-and-gender>
3. Mouthon PL. Protocole National de Diagnostic et de Soins Sclérodémie Systémique. 2020;
4. Evaluation à mi-parcours PSN TB 2019-2023
5. Nimagan S, Bopaka RG, Diallo MM, Diallo BD, Diallo MB, Sow OY. [Predictive factors of TB treatment failure in Guinea Conakry]. Pan Afr Med J. 2015;22.
6. World Health Organization. The Paradigm Shift 2016-2020: Global plan to end TB. World Heal Organ Doc [Internet]. 2015;124.
7. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. 2017
8. Le Fonds mondial. Combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable Stratégie du Fonds mondial (2023-2028). 2022;1-75. [https://www.theglobalfund.org/media/11613/strategy\\_globalfund2023-2028\\_narrative\\_fr.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/11613/strategy_globalfund2023-2028_narrative_fr.pdf)
9. Stop TB Partnership. The Paradigm Shift 2016 - 2020. Geneva; 2016.
10. Keimigrasian UUN 6 T 2011 tentang. No Title p. Phys Rev E. 2011;24
11. Smelyanskaya M, Daniels C, Cortez C, Konstantinov B. Legal Environment Assessments for Tuberculosis. An Operational Guide. 2017.
12. FXB Center for Health and Human Rights, Open Society Foundations. Health and Human Rights Resource Guide. 2013.
13. Organisation mondiale de la santé (OMS). 2013b. Qu'entendons-nous par "sexe" et par "genre"? Genre, femmes et santé. <http://bit.ly/1SiXAJB>
14. Yamin, AE. 2013a. From Ideals to Tools: Applying Human Rights to Maternal Health PLoS Med 10(11): e1001546.
15. PNUD. Rapport sur le développement humain 2021/2022 du Programme des Nations Unies pour le Développement. Temps incertains, vies bouleversées : façonner notre avenir dans un monde en mutation [Internet]. 2021. 352 p. Available from: <http://hdr.undp.org>
16. <http://gender.jhpiego.org/analysis toolkit>
17. Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). 2013. ADS Chapter 205: Integrating Gender Equality and Female Empowerment in USAID's Program Cycle. Washington, DC.
18. <https://medias241.com/egalite-de-genres-gabon-premier-pays-en-afrique-et-25e-mondial/>
19. Agir ensemble pour les droits humains : Gabon : les droits des femmes en progression, *Actualités* / 18 novembre 2021
20. <https://citoyennes-engagees.org/uploads/pdf/egalite-d-acces-a-l-emploi.pdf>
21. WHO. Guidance on engagement of communities and civil society to end tuberculosis. 2023.
22. Kombila UD, Ibinga LD, MOUNGUENGUI D, Manomba Boulingui C, Boguikouma JB. Profil épidémiologique et évolutif de la tuberculose sous l'influence de l'infection par le VIH dans un centre de prise en charge ambulatoire au Gabon. Rev Mal Respir. 2022;39
23. Prise GDE, Charge EN. République Gabonaise Ministère de la Santé Direction Générale de la Santé CHEZ L' ENFANT AU GABON. 2021
24. Sante MDELA, Generale D, Sante DELA, Lutte PNDE, Tuberculose CLA. GUIDE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE PHARMACO-SENSIBLE CHEZ L' ADULTE. 2022
25. Baldé NM, Camara A, Camara LM, Diallo MM, Kaké A, Bah-Sow OY. Tuberculose et diabète à Conakry, Guinée : prévalence et caractéristiques cliniques de l'association. Vol. 10, INT J TUBERC LUNG DIS. 2006
26. Bouzgarrou L, Omrane A, Jelassi O, Harrathi C, Yahyaoui T, Chaari N, et al. La tuberculose pleuropulmonaire chez les professionnels de santé du secteur public. Rev des Mal Respir Actual. 2021;13
27. Chiang SS, Chiang SS, Roche S, Contreras C, Alarcón V, Del Castillo H, et al. Entraves au diagnostic de la tuberculose de l'enfant : étude qualitative. INT J TUBERC LUNG DIS. 2015;19).
28. Julien Z, Michel G. Social context of premarital fertility in rural South-Africa : original research article. Afr J Reprod Health. 2008;
29. Kenya-TB-Isolation-Policy-2018
30. <https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/page/legal-environment-scorecard-final-fr.pdf>

31. TB in Women, WHO  
[[https://www.who.int/tb/publications/tb\\_women\\_factsheet\\_251013.pdf](https://www.who.int/tb/publications/tb_women_factsheet_251013.pdf)]
32. Technical Brief, Gender Equity, The Global Fund  
[https://www.theglobalfund.org/media/5728/core\\_gender\\_infonote\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/5728/core_gender_infonote_en.pdf)
33. Technical Brief: Tuberculosis, Gender and Human Rights, The Global Fund:  
[https://www.theglobalfund.org/media/5536/core\\_malariagenderhuman\\_rights\\_technicalbrief\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/5536/core_malariagenderhuman_rights_technicalbrief_en.pdf)]
34. [https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/page/tb\\_gender\\_investment\\_package.pdf](https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/page/tb_gender_investment_package.pdf)
35. <https://www.stoptb.org/resources/communities-rights-and-gender>
36. Podewils LJ, Holtz T, Riekstina V, Skripconoka V, Zarovska E, Kirvelaite G et al. Impact of malnutrition on clinical presentation, clinical course, and mortality in MDR-TB patients. *Epidemiol Infect.* 2011;139(1):113–20. doi: 10.1017/S0950268810000907
37. Ter Beek L, Bolhuis MS, Jager-Wittenaar H, Brijan RXD, Sturkenboom MGG, Kerstjens HAM et al. Malnutrition assessment methods in adult patients with tuberculosis: a systematic review. *BMJ Open.* 2021;11(12):e049777. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049777.
38. [https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/page/file/7655/file\\_7655.pdf](https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/page/file/7655/file_7655.pdf)
39. [https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/page/file/7658/file\\_7658.pdf](https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/page/file/7658/file_7658.pdf)
40. Tuberculosis Strategic Plan for South Africa, 2007–2011. Pretoria, South Africa: Ministry of Health; 2007
41. Hnizdo E, Murray J. Risk of pulmonary tuberculosis relative to silicosis and exposure to silica dust in South African gold miners. *Occup Environ Med.* 1998;55(7):496–502
42. Leon R, Davies A, Salomon M, Davies J. Commission of Enquiry Into Safety and Health in the Mining Industry. Pretoria, South Africa: Government Printers
43. Basu S, Stuckler D, Gonsalves G, Lurie M. The production of consumption: addressing the impact of mineral mining on tuberculosis in southern Africa. *Global Health.*
44. Reichler MR, Khan A, Sterling TR, Zhao H, Moran J, McAuley J, Bessler P, Mangura B; Tuberculosis Epidemiologic Studies Consortium Task Order 2 Team. Risk and Timing of Tuberculosis Among Close Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis. *J Infect Dis.* 2018 Aug 14;218(6):1000-1008. doi: 10.1093/infdis/jiy265. PMID: 29767733; PMCID: PMC6534268.
45. Chang SH, Cataldo JK. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014;18:168-73, i-iv
46. TB stigma has implications for providing quality TB care. Training of HCWs regarding transmission dynamics, the importance of standard precautions during patient care, regardless of diagnosis is essential.
47. Jeremiah Chikovore, Madhukar Pai, Katherine Chisholm Horton, Amrita Daftary, Moses Kelly Kumwenda, Graham Hart, Elizabeth Lucy Corbett - Missing men with tuberculosis: the need to address structural influences and implement targeted and multidimensional interventions: *BMJ Global Health* 2020;5:e002255.
48. Connaissances, attitudes et pratiques liées à la tuberculose au sein de la population générale d'Éthiopie : résultats d'une enquête nationale transversale, Daniel G. Datiko, Dereje Habte, Degu Jerene, Pedro Suarez *PLoS One*2019 ; Vol. 14, n° 10 : e0224196. DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224196>.
49. [https://www.theglobalfund.org/media/6349/core\\_tbhumanrightsgenderequality\\_technicalbrief\\_en](https://www.theglobalfund.org/media/6349/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_en).
50. Citro B, Lyon E, Mankad M, Pandey KR, Gianella C. Developing a human rights-based approach to tuberculosis. *Health and Human Rights* 2016; 18(1):1-8. <https://www.hhrjournal.org/>
51. Slagle T, Ben Youssef M, Calonge G, Ben Amor Y. Lessons from Africa: developing a global human rights framework for tuberculosis control and prevention. *BMC International Health and Human Rights* 2014; 14:34. <http://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-014-0034-7>

52. Tuberculosis in women: A reflection of gender inequity, *European Respiratory Journal* 2018 52(suppl 62): PA531;  
DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2018.PA531>
53. <https://msh.org/fr/blog/stigma-matters-in-ending-tuberculosis/#:~:text=Plus%20d'un%20tiers%20d,de%20connaissances%20sur%20la%20TB.>

