

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET**  
**PREVENTION**



**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA  
TUBERCULOSE**  
**(PNLT)**

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LA TUBERCULOSE EN RD CONGO**

**2024 - 2028**

**Février 2023**

## Table des matières

<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>7</b>
<b>ACRONYMES / ABREVIATIONS .....</b>	<b>9</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX, FIGURES &amp; GRAPHIQUES.....</b>	<b>11</b>
<b>I. RESUME DES CONCLUSIONS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION .....</b>	<b>12</b>
1.1. CONTEXTE DU PAYS .....	12
1.1.1. Situation géographique .....	12
1.1.2. Données démographiques .....	12
1.1.3. Situation politico-administrative .....	13
1.1.4. Situation socio-économique .....	14
1.1.5. Situation socio-politique et sécuritaire .....	14
1.2. SYSTEME NATIONAL DE SOINS DE SANTE ET PROTECTION SOCIALE .....	15
1.2.1. Organisation du Système de Santé en RDC .....	15
1.2.2. Organisation de l'offre des soins .....	16
1.2.3. Produits pharmaceutiques et autres produits médicaux .....	16
1.2.4. Médecine traditionnelle : .....	16
1.2.5. Engagement et politique nationale de la santé dans le pays .....	17
1.2.6. GROUPES VULNERABLES .....	17
1.2.7. ETHIQUE, EQUITE, GENRE ET DROITS HUMAINS .....	17
1.2.8. PROTECTION SOCIALE .....	18
1.3. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE .....	19
1.3.1. Organisation du PNLT .....	19
1.3.2. Organisation des services et des soins de la tuberculose .....	19
1.3.3. Organisation de la lutte contre la tuberculose en RDC .....	20
1.3.4. Politique Nationale de Prévention de la TB .....	22
1.3.5. Dépistage et diagnostic de la tuberculose .....	23
1.4. EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE .....	24
1.4.1. CHARGE DE LA TB AU PAYS .....	24
1.4.2. NOTIFICATION DES CAS TB .....	24
1.4.3. Traitement de la TB PS .....	27
1.4.4. Suivi des patients durant le traitement .....	28
1.4.5. Les issues du traitement TB PS en 2021, cohorte 2020 .....	28
1.4.6. TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT .....	29
1.4.7. TPT .....	29
1.4.8. EPIDEMIOLOGIE TB-PR .....	30
1.4.9. Tuberculose et VIH .....	35
1.4.10. TB et autres comorbidités .....	38

1.5. PILOTAGE - PARTENARIAT - GOUVERNANCE - GESTION DU PROGRAMME - AUTRES ASPECTS.....	39
1.5.1. Pilotage et partenariat dans la lutte .....	39
1.5.2. Gouvernance et gestion du programme .....	39
1.5.3. Autres aspects .....	41
1.6. EXAMEN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2021-2023.....	41
<b>II. PROBLEMES MAJEURS IDENTIFIES.....</b>	<b>45</b>
<b>III. ANALYSES DES GAPS PROGRAMMATIQUES .....</b>	<b>46</b>
3.1. SOUS NOTIFICATION DE LA TB : en 2021, un total de 31% des patients TB n'ont pas été notifiés.....	46
3.1.1. Faible accès de la population aux structures de TB .....	46
3.1.2. Faibles capacités diagnostiques.....	46
3.1.3. Sous-utilisation des machines et outils de diagnostic (30% du taux d'utilisation des machines GeneXpert en 2021) .....	47
3.1.4. Certains patients diagnostiqués ne sont pas notifiés .....	47
3.1.5. Tous les groupes des populations vulnérables (à risque) ne sont pas ciblés de manière exhaustive dans la recherche active des cas de TB .....	47
3.1.6. Faible implication des acteurs communautaires dans la lutte .....	48
3.1.7. Communication insuffisante sur la TB .....	48
3.2. EN 2021 UN TOTAL DE 23% DE PATIENTS TB (CAS INCIDENTS) NE CONNAISSENT PAS LEUR STATUT SEROLOGIQUE AU VIH .....	51
3.2.1. Faible accessibilité des patients TB aux services de dépistage et de traitement VIH, .....	51
3.2.2. Faible mise en œuvre des mécanismes de collaboration au niveau national et provincial .....	51
3.2.3. Insuffisance de la gestion d'autres comorbidités (TB & Diabète sucré...) .....	51
.....	54
3.3. En 2021 un total de 17% de patients TB (cas incidents) n'ont pas bénéficié le TAR .....	55
3.4. LA PRÉVENTION DE LA TB EST INSUFFISANTE CHEZ TOUTES LES POPULATIONS À RISQUE DE TB : .....	56
3.4.1. Prévention insuffisante ITL.....	56
3.4.2. Contrôle de l'infection.....	56
3.4.3. Vaccination contre la TB .....	57
3.5. SEULEMENT 14% DES PATIENTS TB-PR NOTIFIÉS EN 2020 ONT ÉTÉ DÉCLARÉS GUÉRIS EN 2021 .....	59
3.6. LES ISSUES DÉFAVORABLES DES PATIENTS TB-PR COHORTE 2020 RETENT IMPORTANTES À 7% EN 2021.....	61
3.7. LA CAPACITÉ DE PILOTAGE, GOUVERNANCE ET GESTION DE LA LUTTE CONTRE LA TB EN RDC RESTE FAIBLE .....	62

3.7.1. Il y a absence d'un cadre stratégique pouvant permettre la coordination des différents partenaires dans la lutte contre la TB en RDC (partenariat multisectoriel, intersectoriel, avec les PTF et ceux de mise en œuvre) TB .....	62
3.7.2. La Gouvernance dans la lutte contre la TB est faible.....	62
3.7.3. La capacité de gestion des ressources du programme est faible .....	63
3.7.4. Faible implication des acteurs communautaires dans la lutte contre la TB .....	64
3.7.5. Communication insuffisante sur la TB .....	65
3.7.6. Des obstacles au Genre, droits humains, protection sociale et l'appui aux patients limitent l'accès des personnes affectées aux services de TB .....	66
<b>IV. DEFINITION DU CADRE DE PLANIFICATION .....</b>	<b>68</b>
4.1. VISION.....	68
4.2. BUTS : .....	68
4.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES :.....	68
4.4. PRINCIPAUX AXES STRATEGIQUE RETENUS DANS LE PSN 2024-2028 :.....	68
4.5. TABLEAU DES INTERVENTIONS, ACTIVITES PRINCIPALES ET SOUS - ACTIVITES .....	70
<b>V. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>116</b>
5.1. NOTIFICATION DES PATIENTS TB .....	116
5.2. AUGMENTATION DU POURCENTAGE DES PATIENTS GUÉRIS .....	118
5.3. PRÉVENTION DE LA TB .....	119
5.4. CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE VIH .....	119
5.5. PILOTAGE, PARTENARIAT, COORDINATION ET GOUVERNANCE AU NIVEAU DE LA LUTTE CONTRE LA TB EN RDC.....	120
<b>VI. COMPOSANTE SUIVI ET EVALUATION DU PSN 2024-2028.....</b>	<b>122</b>
6.1. CADRE DES RESULTATS .....	122
6.2. EVALUATION DU PSN TB 2024-2028.....	128
6.3. RECHERCHE OPERATIONNELLE .....	128
6.4. PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE .....	129
<b>VII. CHIFFRAGE DU PLAN STRATEGIQUE 2024-2028 (BUDGETISATION).....</b>	<b>131</b>
<b>VIII. ANNEXES.....</b>	<b>133</b>

## AVANT-PROPOS

### VISION DU PNLT POUR CE PLAN STRATEGIQUE NATIONAL TB 2024-2028

Le fardeau de la TB continue à peser très lourd en RDC.

Les planifications successives jusqu'à la dernière de 2021-2023 ont toujours essayé de mettre un accent sur certaines particularités pouvant permettre de réduire ce fardeau de manière significative.

Avec le présent PSN 2024-2028 en élaboration, le PNLT a l'ambition d'améliorer tout ce qui concourt à la marche progressive vers la « **Fin de l'épidémie de la TB d'ici l'an 2035** ».

Ainsi le cadre de cette planification voudrait offrir des **soins de qualité, centrés sur les personnes présumés et les patients TB**.

C'est pour cela que les **interventions stratégiques** suivantes seront priorisées au niveau de ce PSN 2024-2028 :

1. **Amélioration de l'accès aux soins** en augmentant la **couverture** des structures offrant le paquet TB : nouveaux CDT publics, CDT dans le secteur privé, extension réfléchie et maîtrisée des CT à la base, avec une **intégration et décentralisation de différents paquets TB** aux structures de base du système de santé.
2. **Amélioration de l'accès au diagnostic rapide moléculaire**, avec profil de sensibilité à la R : remplacer progressivement le diagnostic microscopique par le diagnostic moléculaire en première intention, ce qui améliorera la proportion des TB+ et permettra en même temps d'améliorer la détection&notification des patients TB et TB-PR.  
Assurance qualité au niveau du réseau des laboratoires.  
On continuera à utiliser la microscopie pour le suivi pendant le traitement.
3. **Amélioration de l'utilisation de la Rx numérique avec DAO/IA comme moyen adjuvant de dépistage et diagnostic TB.**
4. **Renforcement de la recherche active des cas TB dans les groupes des populations clés et vulnérables** (à risque TB) avec des stratégies spécifiques appropriées pour chaque sous-groupe : enfants < 5 ans, contacts familiaux des cas TB+ ; PVVIH ; Populations privées de liberté ; Mineurs artisanaux et industriels; Déplacés internes/Réfugiés ; autres populations à risque (COVID, Diabète, enfants de 5-14 ans et adultes contacts des patients TB+, etc.).
5. Le traitement de la TB et TB-PR avec des schémas entièrement oraux, courts, avec des formulations telles que recommandées par l'OMS.
6. Les **soins et préoccupations** mettant le **patient au centre de tout**, en vue d'une bonne adhérence et de son observance du traitement.
7. **Administration du TPT** (Prévention) chez toutes les cibles à risque ceux chez qui la TB évolutive aura été exclue, il y aura moins d'ITL qui passeront à la TB maladie.
8. **Acquisition, stockage, distribution et disponibilité permanente des médicaments de qualité contrôlée là où les patients sont pris en charge (CDT et CT).**

- 9. Renforcement de l'accompagnement communautaire au niveau de la lutte :** sensibilisation en impliquant les OAC, OSC, leaders d'opinion, tradis praticiens, etc. ; orientation des présumés ; transport des échantillons ; accompagnement des patients durant le traitement (TDO communautaire) ; la distribution des incitatifs aux patients ; etc.
- 10. Élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre** qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose
- 11. Renforcement des capacités** des collaborateurs et prestataires : formations, suivis, supervisions, **accompagnement et coaching avec résolution des problèmes préalablement identifiés**, etc.
- 12. Amélioration de la Coordination, Gouvernance et Gestion du programme** (RH, Ressources matérielles et financières, Guides et directives, suivi & encadrement, etc.) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- 13. Amélioration du Pilotage, Partenariat, collaboration intra et intersectorielle, ainsi que la multisectorialité de la lutte contre la TB en RDC.**

Ainsi le PNLT lance un appel à tous ses partenaires afin que ce PSN 2024-2028 soit effectivement l'outil et le fondement de toutes les interventions que tout un chacun veut apporter en RDC dans la lutte contre la TB, dans un cadre multisectoriel et de redevabilité commun, engageant toutes les parties prenantes.

C'est cela qui en fera le succès dans cette progression que nous devons tous avoir dans la marche vers la fin de l'épidémie de tuberculose en RDC.

Quant à l'ancrage au PNDS de nouvelle génération, ce dernier est encore en cours d'élaboration ; cet ancrage pourra se clarifier ultérieurement une fois le PNDS élaboré et des ajustements pourront être possibles. En attendant, des orientations claires ont été données par Mr le Secrétaire Général au Ministère de la Santé, Prévention et Hygiène pour permettre aux programmes d'aller de l'avant.

**Une recommandation très forte faite par l'UC/PNLT** : il est indispensable que **l'actuelle planification se fasse également au niveau de chaque province (CPLT)**, avec le même modèle et typologie d'analyses et d'évaluation, les problèmes et les interventions à mettre en œuvre étant parfois différents et cela dans un contexte parfois particulier d'une province à une autre.

Un accompagnement des staffs provinciaux devrait être de mise, de même qu'une réunion d'induction avec les autorités et toutes parties prenantes tant nationales que provinciales en début de l'année 2024 pour un démarrage harmonieux de la mise en œuvre du PSN 2024-2028.

Les interventions majeures et activités principales des PA des provinces (quinquennaux aussi) ainsi que les plans opérationnels pluriannuels (5 ans) devront évidemment être alignées dans les PPDS et PAO provinciaux.

## REMERCIEMENTS

Le présent Plan stratégique 2024- 20228 de la lutte contre la tuberculose est l'aboutissement d'un long processus qui a commencé avec la Revue externe du Programme de lutte contre la Tuberculose en RDC qui s'est déroulé du 13 au 31 octobre 2022 et qui a parachevé les travaux de la Revue interne du PNLT s'étant déroulé entre Juillet et mi-septembre 2022.

C'est ici l'occasion de remercier tous les décideurs et acteurs qui ont contribué et participé aux différents travaux et étapes de son élaboration :

Il s'agit d'abord et avant tout, de Son Excellence Monsieur le Ministre à la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la RDC pour son engagement politique fort dans la lutte manifestée contre l'endémie tuberculeuse, par la facilitation de la mise en œuvre du processus de la revue externe dont la finalité était l'élaboration de ce nouveau Plan Stratégique National TB pour la période 2024-2028.

Il s'agit également de nos Partenaires Techniques et Financiers, notamment l'OMS, l'USAID avec ses différentes agences d'exécution des projets sur le terrain, les ONG internationales et nationales, la Société Civile et les organisations à assise communautaire qui ont apporté leur expertise technique, expérience ainsi que leur appui tant logistique que financier conséquent afin que cette planification puisse effectivement se réaliser.

Enfin il s'agit de tous les cadres du PNLT et du Ministère de la Santé Publique, ainsi que tous les Experts du programme qui ont apporté leur savoir, savoir être et expertise en donnant de leur temps et de leur énergie pour finalisation du document élaboré.

Ci-dessous la liste des personnes qui ont participé à l'élaboration de décembre 2022 à la révision, consolidation et à la finalisation de ce document en début de 2023 :

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTIONS / INSTITUTIONS
01	Dr KASWA KAYOMO Michel	Directeur du PNLT
02	Dr NZAPIKEMBI W. Erick	Directeur Adjoint du PNLT
03	Dr NKİERE MASHENI Nicolas	NPO-TUB OMS RDC
04	Dr LAY OFALI Gertrude	
05	Dr YASSANKIA Emery	
06	Dr MUTETEKE Dorcas	Conseillère Technique USAID au PNLT
07		
08		
09		
10	Dr LAY OFALI Gertrude	Chef de la Division du Suivi & Evaluation PNLT
11	Dr ALONI Muriel	Chef de Division Laboratoire National de Référence des Mycobactéries
12		
13		
14	Pharmacien KITAMBALA Sentime	Conseiller Technique GAS USAID au PNLT
15	Dr KANYIMBU MUKINDA Fidele	Conseiller Technique Suivi & Evaluation USAID au PNLT
16	Dr KINKELA Colette	Chef de Service Partenariat Public Privé au PNLT
17	Dr TSHEY Patrick	Chef de Service de la Recherche opérationnelle au PNLT
18		

19	Dr DIALA Jean Judier	
20		Chef de la Division ai Pharmacie, Gestion des stocks des médicaments
21	Pharmacien LUNGANYU Junior	Pharmacien au PNLT
22	Dr FINA MAWETE Mamie	Chef de Service de la Tuberculose Pharmaco résistante au PNLT
23	Dr ALONI Muriel	
24	Dr OKENGE Lucky	
25	Dr MUTETEKE Dorcas	Conseillère Technique USAID au PNLT
26		
27	Dr KANYIMBU MUKINDA Fidele	Conseiller Technique Suivi & Evaluation USAID au PNLT
28		
29		
30	Dr MBULULA Léopoldine	Superviseur national Action Damien
31	Dr BAKOKO Brian	Superviseur national Action Damien
32	Mr MUMBOLO Prosper	Chargé des Finances au PNLT
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40	Dr MUKALAY Jean Felly	USAID-DRC TB& Infectious Disease Advisor
41	Dr LUBAMBA Pamphile	Expert Tuberculose, Consultant pour l'élaboration du PSN TB 2021-2023
42	Dr KABUAYI Jean Pierre	Expert Tuberculose, Consultant, Coordonnateur Adjoint de la Revue Externe du PNLT 2019
43	Mme MABUELANGA Ghislaine	Directrice de la LNAC, Société Civile
44	Mr LUNGA Maxime	Secrétaire Exécutif de CAD, Société Civile
45		
46		

Kinshasa, le 22 février 2023

Dr Michel KASWA KAYOMO  
Directeur du PNLT/RDC

## ACRONYMES / ABREVIATIONS

AD	Action Damien
aDSM	Active Drugs safety and management
ARV	Anti rétroviraux
AS	Aire de santé
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BILO	Billet d'Orientation
BPC	Bureau Provincial de Coordination
CA	Conseil d'Administration
CDR	Centrale de Distribution Régionale des médicaments
CDT	Centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose
CPLT	Coordination Provinciale lèpre- Tuberculose
CPN	Consultation prénatale
CPS	Consultation préscolaire
CS	Centre de santé
CT	Centre de traitement
CSU	Couverture Santé Universelle
DGLM	Direction générale de lutte contre les maladies
DGOSS	Direction Générale de l'organisation des services de Santé
DH	Droits Humains
DHIS2	District Health information system 2
DPS	Division provinciale de la Santé
DRS	Drug Resistance Survey
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
EID	Early infantile diagnostic
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formation Sanitaire
GAS	Gestion des Approvisionnements et des stocks
GLC	Green Light Committee
GTM	Groupe technique médicaments
HCR	Haut-Commissariat pour les Réfugiés
HGR	Hôpital Général de référence
INH	Isoniazide
ITL	Infection Tuberculeuse Latente
LNAC	Ligue nationale anti tuberculeuse et lépreuse au Congo
LNRM	Laboratoire National de Référence de Mycobactéries
LPA	Line Probe Assay
LPR	Laboratoire Provincial de Référence
MCP	Médecin Coordinateur Provincial
MSHP	Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention
NMF3	Nouveau modèle de financement 3
OAC	Organisation d'Assise Communautaire
ODD	Objectif de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PAO	Plan Annuel Opérationnel
PATI	Programme Antituberculeux Intégré
PBF	Financement Basé sur la Performance
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PDSS	Programme de Développement du Système de Santé :
PDV	Perdu De Vue
PEC	Prise En Charge
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief

PESS	Programme d'équipement des structures de santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNDS	Programme national de développement sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST
PNLT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PODI	Poste de distribution communautaire des ARV
PPM	Private Public Mix (Partenariat Public privé)
PR	Principal Récipiendaire
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaires technique et financier
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais communautaire
RH	Rifampicine – Isoniazide
RNDH	Rapport National sur le Développement Humain
RR	Résistance à la Rifampicine
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMNEA	Santé de la. Mère, de l'Enfant, du Nouveau-né et de l'Adolescent
SR	Sous Récipiendaire
TAR	Thérapie Anti Rétrovirale
TB	Tuberculose
TB PS	Tuberculose Pharmaco Sensible
TB-PR	Tuberculose Pharmaco résistante
TB UR/XDR-TB	Tuberculose Ultra Résistante
TB-MR/TB-MDR	Tuberculose Multi Résistante
TB/VIH - VIH/TB	Coïnfection Tuberculose & VIH
TDO	Traitemen directement observé
TPI	Traitemen préventif à l'Isoniazide
TPT	Traitemen préventif de la Tuberculose
UCOP+	Union Congolaise des Personnes vivant avec le VIH
UNHLM	United Nations High-Level Meeting
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus d'Immunodéficience Humain
ZS	Zone de santé

## **LISTE DES TABLEAUX, FIGURES & GRAPHIQUES**

### **• Liste des Tableaux**

Tableau I : Indicateurs de santé et développement de la RDC, OMS 2017-2021

Tableau II : Evolution de la localisation des cas de TB de 2016 à 2021

Tableau III : Cascade de screening de la TB chez les PVVIH de 2018 à 2021

Tableau IV : Niveau de réalisation des activités planifiées dans le PSN 2021-2023 par stratégies d'intervention

### **• Liste des Figures / Graphiques**

Figure 1 : Carte géographique de la RDC

Graphique 2 : Taux de notification des cas TB toutes formes (ligne rouge) et incidence estimée par l'OMS (ligne noire) avec intervalle de confiance (zone grise), RDC, 2000-2021

Graphique 3 : Incidence pour 100000 Hab. en 2021 par DPS

Graphique 4 : Evolution du dépistage de la TB-PR en RDC de 2018 à 2021

Graphique 5 : Dépistage de cas Tb-PR par province en RDC 2021

Graphique 6 : Réalisation des DST pour patients TB-PR de 2018 à 2021

Graphique 7 : Evolution des issues défavorables des cas de TB-PR de 2018 à 2021

Graphique 8 : Evolution du délai de mise en traitement des patients TB-PR de 2018 à 2021

Graphique 9 : Evolution des issues de traitement

Graphique 10 : Evolution du nombre des patients TB-UR mis en traitement

Graphique 11 : Evolution des issues de traitement des patients TB-UR traités de 2018 à 2021

Graphique 12 : Cascade TB/VIH, RDC, en 2021

Graphique 13 : Tendance de la cascade co-infection TB-VIH de 2018 à 2021

Graphique 14 : Prévalence du VIH chez les patients TB par province de la RDC en 2021

Graphique 15 : Pourcentage des co-infectés TB-VIH sous ARV par province en 2021

Graphique 16 : Evolution du succès thérapeutique et décès des Co-infectés TB-VIH de 2019 à 2020

Graphique 17 : Contribution des DPS à la recherche active de la TB chez les PVVIH en 2021

## I. RESUME DES CONCLUSIONS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

### 1.1. CONTEXTE DU PAYS

#### 1.1.1. Situation géographique

La République Démocratique du Congo (RDC) de par sa superficie de 2.345.409 Km<sup>2</sup>, est le deuxième pays le plus vaste du continent africain après l'Algérie. Elle se situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur. Elle partage ses frontières d'une longueur de 9.165 kilomètres avec 9 pays limitrophes, à savoir : au Nord la République Centrafricaine et le Sud-Soudan, à l'Est l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie, au Sud la Zambie et l'Angola et à l'Ouest la République du Congo et l'Enclave angolaise de Cabinda.

## RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



Figure 1 : Carte géographique de la RDC

La RDC comprend quatre régions géographiques à savoir : une plaine côtière à l'Ouest; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par une forêt dense (forêt équatoriale) ; des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées, entrecoupées de galeries forestières ; enfin, des massifs montagneux à l'Est, au Sud-est et à l'Ouest.

#### 1.1.2. Données démographiques

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat organisé en RDC remonte en juillet 1984. Les données de population utilisées dans ce document se basent sur les

projections de la population publiées dans l'annuaire statistique de l'Institut National de Statistique (INS) 2020, auxquelles un taux de croissance naturel de 3,2% a été appliqué afin d'obtenir les projections de la population jusqu'en 2020.

Les récentes projections de l'Institut National de la Statistique (INS) situent la population congolaise en 2019 à 98.370.000 habitants avec une densité de 42 habitants au km<sup>2</sup>. Il faut cependant signaler que cette densité moyenne masque d'énormes disparités entre provinces du fait que la majorité de la population est concentrée sur un petit nombre de provinces situées principalement à l'Est, au Sud et au Sud-ouest du pays. La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, près des fleuves et des lacs.

L'exode rural a accru la densité en milieux urbains. La population urbaine représente 40% de la population totale, avec une forte concentration dans la capitale du pays dont la population est estimée à plus de 13 millions d'habitants.

Les femmes représentent 51% de la population. Comme dans les autres pays d'Afrique, la population de la RDC est dans sa plus grande majorité jeune et se répartit comme suit : les moins de 15 ans constituent 48% ; les 15 à 59 ans représentent 48% et les 60 ans et plus, représentent 4% de la population.

Avec une fécondité estimée à 6,6 enfants par femme (EDS 2014), et un rythme de d'accroissement annuel de la population à 3,2 % (INS 2020), la RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans.

Du point de vue du genre, la position sociale de la femme demeure préoccupante dans le pays à cause, entre autres, des pesanteurs socioculturelles.

Quant au chômage, il touche près d'un cinquième de la population avec une pression double sur la ville province de Kinshasa où près de 40% de la population active est sans emploi (Revue des dépenses publiques/Banque mondiale, 2014).

### **1.1.3. Situation politico-administrative**

Aux termes de la constitution de 2006, la RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend 26 provinces installées.

Elle compte 96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5.397 groupements. (PNDS 2019-2022)

Au niveau central, la RDC compte quatre institutions politiques que sont :

- Le Président de la République,
- Le Parlement composé de deux chambres : l'Assemblée Nationale avec les Députés Nationaux élus au suffrage universel direct et le Senat composé des sénateurs élus au second degré par les députés provinciaux.
- Le Gouvernement (central) ;
- Les Cours et Tribunaux : le pays vient de connaître la mise en place des organes de l'ordre judiciaire avec l'installation effective de la Cour de cassation, du Conseil d'Etat et de la Cour constitutionnelle.

Chaque province est dotée d'une Assemblée Provinciale (Députés provinciaux) qui élit le Gouverneur de Province au second degré et investit le Gouvernement Provincial.

Les Entités Territoriales décentralisées sont : la Province, la Ville et le Secteur ; à ce jour elles ne sont pas encore dotées des organes délibérants faute d'élections locales.

Les Territoires sont des entités déconcentrées.

#### **1.1.4. Situation socio-économique**

La RDC figure parmi les cinq nations les plus pauvres du monde. En 2021, près de 64% de la population du pays - un peu moins de 60 millions de personnes - vivait avec moins de 2,15 dollars par jour. Ainsi, près d'une personne sur six en situation d'extrême pauvreté en Afrique subsaharienne vit en RDC.

Le projet de budget 2023 de la République démocratique du Congo est évalué à 29.511,1 milliards de francs congolais, soit environ 14,6 milliards de dollars américains. Ce projet de budget connaît un taux d'accroissement de 32,6% par rapport à la loi des finances de l'exercice 2022. Pour la Santé, le budget est passé de 1.727.510.922.175 CDF en 2022 à 2.760.175.548.839 CDF en 2023, soit un taux d'accroissement de 60%. (Planification Budget 2023 RDC).

Le taux de croissance économique, estimée à 6,1% en 2022, conserve une forte dynamique de 2021 (6,2%). Les investissements et les exportations du secteur minier restent les principaux moteurs de la croissance, soutenus par l'amélioration des prix des minéraux et la hausse des investissements publics. L'économie congolaise reste vulnérable aux fluctuations des prix des produits de base et aux performances de ses principaux partenaires commerciaux, l'exposant ainsi aux perturbations liées aux conflits géopolitiques et à la réurgence de la pandémie de COVID-19. Les conséquences économiques de la guerre en Ukraine, à travers la hausse globale des prix des aliments et du pétrole, pourraient exercer une pression plus forte sur le déficit budgétaire, l'inflation et la consommation des ménages, exacerbant ainsi la pauvreté et les inégalités. (Rapport Banque mondiale 2022)

En 2023, le PIB par congolais s'élève à 703 dollars. D'après la Banque mondiale, la proportion de la population congolaise vivant en dessous du seuil de pauvreté atteignait 77,2% en 2012. Actuellement la RDC connaît une pauvreté de masses avec des grandes disparités du niveau de revenu entre les milieux urbain et rural. Toutefois, selon les données de l'Enquête 1-2-3 de 2012-2013, lorsque l'on considère l'incidence globale, la pauvreté monétaire s'est améliorée entre 2005 et 2012. Cette enquête rapporte que le nombre de personnes ayant un emploi est estimé à 27.700.000 dont près de la moitié est constituée des femmes. L'emploi dans le secteur tertiaire (produits et services) prédomine en milieu urbain avec plus des deux tiers des emplois, dont 83 % à Kinshasa. Le secteur agricole informel occupe 59,7% de la main d'œuvre. Le secteur industriel est présent avec 20 % des emplois. Les emplois du secteur formel ne représentent que 11,5 % de l'ensemble des emplois.

Du fait de la forte dépendance sur l'informel, la population est confrontée à un phénomène de précarité qui accentue la pauvreté, la misère et les inégalités dans l'accès et l'utilisation de services sociaux de base.

#### **1.1.5. Situation socio-politique et sécuritaire**

La RDC est en pleine préparation du 4<sup>ème</sup> cycle des élections législative et présidentielle prévues pour fin 2023, après les cycles de 2006, 2012 et 2019. Le bon déroulement de celles-ci permettrait au pays de continuer sur la voie de la stabilité politique et de poursuivre des réformes nécessaires pour permettre à la majorité de sa population de bénéficier des potentialités énormes dont regorge le pays.

La situation sécuritaire dans les provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu et de l'Ituri dans l'est du pays est très instable depuis plus de 25 ans. En mai 2021, l'état de siège a été décrété dans le Nord-Kivu et l'Ituri dans l'objectif de mettre fin à l'activisme des groupes armés et milices locales, y compris les rebelles de Forces démocratiques alliées (ADF) et les rebelles du M23.

Mais la situation est loin d'être stabilisée. En effet, les attaques et massacres visant les civils se poursuivent et sont devenues quasi quotidiennes dans cette zone, avec un bilan humain et matériel très lourd, malgré les efforts de prévention des conflits et de stabilisation. La santé de la population en pâtit.

A l'Ouest du pays, les violences intercommunautaires Teke et Yaka dans la province du Maindombe ont fait plusieurs morts, de nombreux villages restés détruits, provoquant de grands déplacements des populations. Les atrocités débutées à Kwamouth en juin 2022, ont fait plus de 200 morts dans cette partie ainsi que dans les territoires voisins.

Actuellement, la situation à Kwamouth semble sous contrôle bien qu'il s'observe la migration des assaillants vers les entités environnantes de la province de Maindombe et la tendance à la mutation du conflit en mouvement insurrectionnel notamment à travers des attaques des assaillants sur le fleuve Congo.

La population est sensibilisée pour le retour des déplacés dans leurs villages respectifs avec assurance que les dispositions sécuritaires soient prises pour protéger tous les habitants dans leurs milieux naturels. (Rapport 78<sup>ème</sup> réunion du conseil des ministres)

Compte tenu des conflits persistants dans le pays, le défi immédiat de la RDC est de renforcer la sécurité et de maintenir la stabilité politique et macroéconomique tout en intensifiant les réformes en cours pour assurer une croissance durable.

## **1.2. SYSTEME NATIONAL DE SOINS DE SANTE ET PROTECTION SOCIALE**

### **1.2.1. Organisation du Système de Santé en RDC**

La politique nationale sanitaire de la RDC est celle de Soins de santé Primaires qui se définissent comme des soins essentiels qui sont techniquement et scientifiquement valables, universellement accessibles avec la pleine **participation de la communauté** dans un esprit d'autodétermination et d'auto-responsabilité.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévention est structuré en 3 niveaux, à savoir : central, provincial et périphérique ou opérationnel.

#### **Niveau central**

Ce niveau est constitué de 7 directions autonomes et 2 Directions générales dont la Direction Générale de l'organisation et de la gestion des services de soins de santé et la Direction Générale de lutte contre les maladies (DGLM) à laquelle est rattachée le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLT).

#### **Niveau intermédiaire**

Le niveau provincial est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. La décentralisation confère au niveau provincial les attributions exclusives d'organisation et de gestion des soins de santé primaires. Les Divisions Provinciales de la Santé sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des Ministres Provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé.

Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures « déconcentrées » qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de Province ; elles assurent l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé.

D'autres services provinciaux sont les Hôpitaux Provinciaux, les Laboratoires provinciaux et les Centrales de Distribution Régionale des Médicaments. Ils assurent les soins de santé de référence secondaire et l'appui des zones de santé dans leurs domaines spécifiques.

#### **Niveau périphérique**

La Zone de Santé. Le niveau périphérique comprend 516 ZS avec plus de 17.500 FOSA (PNDS-recadré).

#### **1.2.2. Organisation de l'offre des soins**

L'organisation de l'offre des soins est assurée par les structures publiques et privées. Le traitement de la TB est gratuit sur toute l'étendue de la RDC.

- Le secteur public

Il est organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux provinciaux, les hôpitaux nationaux et englobe d'autres structures étatiques et paraétatiques, tel le service médical des armées, de la police et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs.

- Le secteur privé : est subdivisé en deux catégories
  - Privé non lucratif : services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles et associatives) ainsi que la médecine traditionnelle. Il est présent en RDC depuis l'époque coloniale et représente environ 40% de l'offre de soins (Etat des lieux du secteur de la santé, 2010).
  - Le privé lucratif est surtout florissant en milieu urbain et dans les pôles économiques. Il est constitué par les cabinets de consultations ou de soins, médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, les centres de diagnostic, (laboratoires, imagerie), dont un recensement exhaustif n'est pas encore fait.

#### **1.2.3. Produits pharmaceutiques et autres produits médicaux**

Ce secteur est essentiellement aux mains des privés. Les achats, approvisionnement des médicaments et autres intrants se font par les différents partenaires. Le gouvernement intervient très peu dans l'achat des médicaments.

Le PNAM fait la gestion des données logistiques des intrants en général et en particulier les médicaments essentiels (à travers INFOMED), actualise chaque année la liste des médicaments essentiels. Il joue un rôle réglementaire dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments.

#### **1.2.4. Médecine traditionnelle :**

Elle constitue une part non négligeable de l'offre de soins. Elle est même dans certains milieux le premier recours à la suite de l'absence de structures modernes et à la faible accessibilité financière des populations. Pour certaines pathologies spécifiques (fractures, troubles mentaux,), la population recourt en priorité aux Tradipraticiens. Il existe un programme national de médecine traditionnelle en place depuis 2001 qui essaie de réglementer l'offre de soins dans ce domaine...

L'intrication entre ce secteur et le secteur public est très forte, tant sur le plan du personnel que du matériel. Les praticiens privés sont associés aux formations organisées sur les stratégies des soins. Les formations sanitaires privées intégrées bénéficient de supervisions des BCZS.

### **1.2.5. Engagement et politique nationale de la santé dans le pays**

- La présence de la loi cadre de la santé du 13 Décembre 2018 : la CSU et la TB y figurent comme des priorités à prendre en compte au niveau gouvernemental ;
- Engagement à haut niveau pour la mise œuvre de la CSU accès sur les soins de santé primaires ;
- Réforme du secteur comme priorité du moment qui va avec la décentralisation administrative consacrée par la constitution ;
- Plan national de développement sanitaire recadré (PNDS) 2019-2022 ;
- Un partenariat riche dans le domaine de santé avec plusieurs partenaires bi et multilatéraux, privés, etc.

### **1.2.6. GROUPES VULNERABLES**

La crise humanitaire en RDC reste aigüe et complexe et marquée par 5 impacts principaux : les mouvements de population, l'insécurité alimentaire aigüe, la malnutrition aigüe, les épidémies et les violations des droits humains exposant les populations à des risques croissants de protection.

Les populations clés et vulnérables sont des personnes qui ont une exposition accrue à la tuberculose en raison de leur lieu de résidence ou de travail, qui ont un accès limité à des services antituberculeux de qualité et qui sont à risque accru de tuberculose en raison de facteurs biologiques ou comportementaux qui compromettent la fonction immunitaire parmi lesquelles on cite les prisonniers, les mineurs (travailleurs dans les mines), les réfugiés ou les déplacés des guerres, les militaires et les policiers, les personnes vivant avec le VIH, les peuples autochtones (les pygmées), etc.

Une attention particulière est portée à ces populations, afin de sauver des vies et d'alléger leurs souffrances grâce à la fourniture des soins efficaces et de qualité qui est au cœur de l'action sanitaire en RDC en général, et du PNLT en particulier.

### **1.2.7. ETHIQUE, EQUITE, GENRE ET DROITS HUMAINS**

L'éthique regroupe l'ensemble des règles de conduite des professionnels de santé par rapport aux patients. Pour assurer le respect de la personne malade, l'éthique est fondée autour de quatre grands principes qui doivent être respectés par l'ensemble des partenaires, qu'il s'agisse des professionnels de santé ou toute personne intervenant auprès de la personne malade, y compris le malade lui-même. Ces principes sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

L'équité est un élément très important devant permettre aux Congolais d'accéder aux services de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. C'est dans cette optique que le système de santé devrait veiller à une répartition équitable des structures et des ressources mobilisées dans les différentes provinces, tenant compte des priorités et des besoins spécifiques, et enfin de faciliter l'accès équitable de la population aux soins de qualité sur toute l'étendue du pays.

Pour promouvoir l'égalité des genres, il est important d'éliminer les disparités en matière de santé entre les hommes, les femmes, les adolescentes et adolescents, ainsi que les personnes transgenres. Le PNLT veille à mettre en place et intensifier des interventions visant à réduire les obstacles liés au genre et faciliter l'accès aux services des soins de la TB à tous les niveaux.

La Déclaration des droits des personnes affectées par la TB s'appuie sur la Déclaration universelle des droits de l'homme. En vertu du droit international et régional applicable aux droits de l'homme, les États ont l'obligation légale de respecter, de protéger les droits des personnes affectées par la TB. L'engagement et l'autonomisation des personnes affectées par la TB permettent une réponse antituberculeuse fondée sur les droits, centrée sur les personnes, responsable et équitable.

La protection et la promotion des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité est l'un des principes clés de la stratégie pour mettre fin la tuberculose.

La lutte contre l'impunité, la promotion de la vérité et le renforcement de la justice sont indispensables pour obtenir des avancées concrètes en matière de gouvernance, de démocratie et de droits humains en RDC.

#### **1.2.8. PROTECTION SOCIALE**

La loi sur la protection sociale qui définit les normes par rapport à chaque pilier cité ci-dessous existe en RDC (LOI N° 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale) et a défini les 7 piliers de la protection sociale suivants :

1. Pension de la retraite
2. Assurance chômage
3. Assurance accidents de travail
4. Assurance maladies professionnelles
5. Allocation familiale
6. Assurance obligatoire
7. Droit de crédit

Les piliers 3 et 4 sont détaillés ici :

#### **LES RISQUES PROFESSIONNELS**

De la prévention des risques professionnels

L'établissement public élabore et met en œuvre les programmes de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Il assure la promotion de toute action tendant à éduquer et à informer les employeurs et les assurés afin de prémunir ces derniers contre les risques éventuels.

Dans la lutte contre la Tuberculose, les mesures de prévention et de contrôle de l'infection sont mises en œuvre pour protéger les prestataires.

#### **Mutuelles de Santé : couverture 2% des travailleurs**

L'Etat doit rester le maître d'œuvre, notamment en : - fournissant un environnement approprié à la promotion des mutuelles au sens de la Mutualité - régulant le secteur des assurances privées, y compris en votant des lois les obligeant à prendre en charge des personnes de faible revenu et en définissant la couverture minimale que ces assurances doivent offrir aux bénéficiaires (par exemple la prise en charge des urgences) - favorisant l'accès aux services de santé des groupes à plus faible revenu par des subventions.

#### **QUELQUES INDICATEURS DE SANTE ET DE DEVELOPPEMENT DU PAYS**

Tableau I. Indicateurs de santé et de développement de la RD Congo

<b>Groupe de revenu de la Banque mondiale</b>	<b>Faible revenu</b>
<b>INDICATEURS DE SANTE EN COURS</b>	
Population totale (2023) x 1000	85,026
% de moins de 15 ans (2020)	48

% de plus de 60 ans (2020)	4
Taux de mortalité pour 1000 enfants de moins de 5 ans (2020)	81
Densité d'infirmières et de sages-femmes pour 1000 personnes (2018)	1.1
Dépenses totales de santé en % du PIB (2020)	7,03
Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses totales des administrations publiques (2014)	18
Dépenses des privées en santé en % des dépenses totales de santé (2013)	46.9
Ratio de pauvreté à 1.90 dollars par jour (PPA) (% de la population (2012)	63,9
Rang de l'indice de développement lié à l'égalité des sexes sur les 154 pays (2014)	149
Rang de l'indice de développement humain sur les 186 pays (2022)	179

*(Source : Stratégie de coopération de l'OMS avec le Pays RDC, 2017-2021)*

### **1.3. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE**

#### **1.3.1. Organisation du PNLT**

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) est l'un des programmes spécialisés du Ministère de la Santé. Il fait partie de la direction de la lutte contre les maladies. Créé par l'arrêté Ministériel N°1250/CAB/MIN/S/AJ/KIZ/41 du 06/11/2002, le PNLT a pour missions :

- \* La conception et l'orientation de la politique nationale de lutte contre la TB ;
- \* La planification, mise en œuvre, suivi et évaluation du programme ;
- \* Le contrôle du réseau de dépistage et de traitement dans le cadre de SSP ;
- \* L'approvisionnement en médicaments et intrants de laboratoire ;
- \* Gestion de l'information dans le cadre de Surveillance intégrée de maladie ;
- \* Assurer et coordonner la mobilisation de ressources ;
- \* Assurer la coordination de tous les appuis techniques pour la bonne application du programme ;
- \* Organiser, mener et coordonner les recherches en rapport avec la TB.

Le PNLT utilise les agents et fonctionnaires de l'état et en cas de besoin l'expertise extérieure. (cfr. art.8).

#### **1.3.2. Organisation des services et des soins de la tuberculose**

La structure qui assure le diagnostic et le traitement des tuberculeux est appelée CDT qui est l'unité fonctionnelle du PNLT. Parmi les CS de la ZS, certains suspectent la tuberculose chez les tousseurs et assurent le prélèvement et le transport des échantillons ainsi que le traitement, ils sont appelés CT, qui sont des structures satellites rattachées à un CDT bien identifié et qui sont responsables de la surveillance de la continuité des soins auprès des malades pris en charge par le CDT.

Le PNLT recommande qu'un CDT desserve une population d'au moins 50.000 habitants (en fonction de la densité de la population, de l'accessibilité géographique, des distances à parcourir par la population...).

Le CDT doit être doté d'outils diagnostiques (un microscope avec objectif à immersion, tests de diagnostic rapide,) endossés par l'OMS, mais aussi il doit être pourvu d'un personnel formé.

Un échantillon de ses frottis sera également contrôlé régulièrement par le niveau supérieur suivant la stratégie nationale en la matière. En effet, chaque trimestre un superviseur préleve un échantillon aléatoire de 12 lames examinées au niveau de chaque CDT pour la relecture par le LPR (CQ).

Certains CDT seront dotés des machines de GeneXpert MTB/Rif en fonction de leur emplacement stratégique et du nombre des cas présumés multi résistants (MR) parmi les malades qu'ils prennent en charge.

### 1.3.3. Organisation de la lutte contre la tuberculose en RDC

#### a) *Structures, organisation et infrastructures*

**Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) est l'un des programmes spécialisés du Ministère de la Santé.**

Créé par l'arrêté Ministériel N°1250/CAB/MIN/S/AJ/KIZ 41 du 06/11/ 2002. Le PNLT a pour mission, le contrôle de la Tuberculose à travers toute l'étendue de la République Démocratique du Congo.

- Le PNLT utilise les agents et fonctionnaires de l'état et en cas de besoin l'expertise extérieure. (cf. art.8)
- **Il est structuré de la manière suivante :**

\* **Niveau Central** : Unité Centrale du PNLT.

L'unité centrale du PNLT est un bureau de coordination de la lutte contre la Tuberculose.

Elle a pour rôles :

- La conception et diffusion des directives techniques ;
- La planification, la mobilisation et la gestion des ressources ;
- L'approvisionnement en médicaments, réactifs et autres consommables de laboratoire ;
- La supervision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le suivi et l'évaluation réguliers des résultats engrangés dans la lutte contre la tuberculose ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de lutte contre tuberculose multi résistantes et la coïnfection TB/ VIH en collaboration avec le PNLS ;
- L'élaboration et l'exécution des projets de recherche en matière de tuberculose.

Elle comprend un comité de direction avec six divisions : *i) Prise en charge ; ii) Suivi et évaluation ; iii) Administrative et financière ; iv) Laboratoire ; v) Pharmacie ; vi) Coïnfection TB/VIH.*

L'unité centrale assure sa fonction de coordination à travers différentes plateformes, notamment :

- Le comité scientifique et technique ;
- Le comité Feu Vert (CCTM national) ;
- Un comité de coordination TB-TEAM ;
- Un comité de pilotage TB/VIH ;
- Un comité PATIMED

- \* **Niveau intermédiaire** : rôle d'appui technique et logistique aux ZS.

Ce niveau est constitué des 27 coordinations provinciales (1 coordination par province sauf le Kongo Central qui en a 2) ;

- \* **Niveau opérationnel** : constitué des 516 ZS officielles (519 de fait) avec 2132 CDT et les près de 3.500 CT, encadrés par les ECZ (BCZS). Ce sont ces lieux où sont dépistés et pris en charge les patients souffrant de tuberculose.

La ZS comprend le BCZS avec l'ECZ, l'HGR et les CS.

L'ECZ pilote le système de santé à ce niveau et assure le leadership intégré au niveau de la ZS. L'HGR et les CS sont les structures de prise en charge des malades dans la ZS

La structure qui assure le diagnostic et le traitement des tuberculeux est appelée CDT : unité opérationnelle du PNLT. Les CDT jouent le rôle de dépistage, diagnostic et le traitement de la tuberculose et les CT qui sont des structures satellites rattachées à un CDT sont responsables de la surveillance de la continuité des soins auprès des malades pris en charge par le CDT.

Le PNLT recommande qu'un CDT desserve une population d'au moins 50.000 habitants (en fonction de la densité de la population, de l'accessibilité géographique, des distances à parcourir par la population...). Le CDT est doté d'outils diagnostiques (un microscope avec objectif à immersion, parfois des tests de diagnostic rapide,) et certains CDT sont dotés des machines de GeneXpert MTB/Rif, Truenat en fonction de leur emplacement stratégique et du nombre des cas présumés multi résistants (MR)

#### **Réseau des Centres de dépistage/diagnostic et de traitement :**

Le personnel de santé de toutes les formations sanitaires publiques ou privées, les agents de santé communautaire, les relais communautaires, les tradipraticiens, etc. sensibilisent la communauté sur les signes évocateurs de la tuberculose et identifient les présumés tuberculeux et les envoient au centre de santé de diagnostic le plus proche. Cependant, seul le prestataire de soins est autorisé à émettre un bon d'examen des crachats.

#### *b) Réseau des laboratoires et LNRM*

Les services de laboratoire du PNLT comprennent des structures de différents niveaux : laboratoire national au niveau central, laboratoires provinciaux au niveau intermédiaire et laboratoires des hôpitaux et des CS au niveau périphérique.

Au cours de l'année 2022, le réseau de laboratoires du PNLT comprenait les structures suivantes :

- 2.133 CDT qui assurent le diagnostic et le traitement de la TB ;
- 27 Laboratoires Provinciaux de Référence (LPR) qui organisent le CDQ de la microscopie ; deux laboratoires réalisent la culture des mycobactéries sur milieu solide (Lubumbashi et Kisangani) et 8 laboratoires réalisent les tests génotypiques de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>ème</sup> ligne avec le GeneXpert 10 couleurs (Haut-Katanga, Kwilu, Kongo central EST et OUEST, Sud-Kivu, Nord -Kivu, Kinshasa, Ituri) ;

Le LNRM de Kinshasa réalise des tests phénotypiques et génotypiques de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>ème</sup> ligne ;

## Autres secteurs

Le dépistage de la tuberculose est organisé dans les prisons, les carrés miniers, les camps militaires, les cimenteries, le camp des réfugiés, les pygmées et les camps des déplacés.

Mais il n'existe pas un cadre de collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs connexes (Justice et droits humains, Défense, affaires sociales, Mines, affaires intérieures)

### 1.3.4. Politique Nationale de Prévention de la TB

L'infection tuberculeuse latente (ITL) est définie comme un état de réponse immunitaire persistante à la stimulation par les antigènes de *Mycobacterium tuberculosis* sans signes cliniques manifestes d'une tuberculose maladie évolutive. La charge mondiale n'est pas connue avec certitude, cependant, on estime que jusqu'à un tiers de la population mondiale est infectée par *M. tuberculosis*.

Par rapport au dépistage, il n'existe pas de test de référence pour l'ITL, l'OMS admet deux types de tests à savoir l'intradermoréaction (IDR) et l'interféron gamma release assays (IGRA). La prévention des nouvelles infections à *M. TB* ainsi que celle de la progression de l'ITL vers la tuberculose active est essentielle pour réduire le fardeau de la maladie et les décès qui en résultent.

Ainsi, dans le cadre de la gestion de la problématique de la TB chez l'enfant, l'adolescent, la PVVIH et les autres personnes à haut risque, un accent particulier doit être mis sur la mise en œuvre des approches de prévention, spécialement en ce qui concerne la prise en charge de l'ITL.

Plusieurs mesures visant la réduction de la transmission de la TB ainsi que la limitation de l'évolution vers la maladie doivent être prises de façon générale au niveau de l'environnement de l'individu, de celui de la communauté et du niveau hospitalier. Il s'agit notamment de :

- Diagnostic et traitement le plus précoce possible de la TB maladie chez les cas index;
- Détection et recherche active de la TB chez tout enfant-contact dès le dépistage d'un cas index TB bactériologiquement confirmé ;
- Identification des groupes à "risque" de TB (PVVIH, personnes vivant en situation de grande précarité, malnutrition, enfant sous chimiothérapie ou corticothérapie au long cours, prisonniers, personnel de santé ... ) ;
- Aération par doubles ouvertures des locaux d'habitation et des salles de classe ;
- Respect des mesures d'hygiène environnementale en milieu hospitalier et dans la communauté ;

Quant au traitement de l'ITL, la RDC a opté pour le régime de 3RH, 3HP avec comme alternative 6 INH pour les PVVH en traitement de deuxième ligne. Le schéma thérapeutique contenant INH et Rifampicine peuvent être utilisé chez les individus de tout âge. Il existe déjà une forme dispersible pour le traitement de la tuberculose chez les enfants et le RH utilisé pour le traitement de la tuberculose chez les adultes peut être utilisé pour le TPT.

Cibles pour 3HP : toute personne qui est à risque de développer la tuberculose, âgée de 2 ans et plus chez qui la tuberculose a été exclue, tous les enfants (plus de 2 ans) et adultes VIH connu et dont le schéma TARV ne contient pas le LPV/r ou la Névirapine (NVP).

### 1.3.5. Dépistage et diagnostic de la tuberculose

#### c) Réseau des Centres de dépistage/diagnostic et de traitement :

Le personnel de santé de toutes les formations sanitaires publiques ou privées, les agents de santé communautaire, les relais communautaires, les tradipraticiens, etc. doivent être capables d'identifier les présumés tuberculeux et les envoyer au centre de santé le plus proche. Cependant, seul le prestataire de soins est autorisé à émettre un bon d'examen des crachats.

La recherche des présumés tuberculeux doit être régulière et continue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire parmi toutes les personnes qui se présentent à la FOSA quel que soit le motif en recherchant activement la présence d'une toux quel que soit sa durée.

Les autorités locales, les agents de santé communautaire et le personnel de santé doivent profiter de toutes les occasions pour informer la communauté des signes évocateurs de la tuberculose afin référer les présumés tuberculeux vers le CST et CSDT les plus proches de leurs domiciles.

#### d) Réseau des laboratoires et LNRM

Les services de laboratoire du PNLT comprennent des structures de différents niveaux : laboratoire national au niveau central, laboratoires provinciaux au niveau intermédiaire et laboratoires des hôpitaux et des centres de santé au niveau périphérique.

Le LNRM a pour mission :

- Assurer la coordination des activités du réseau des laboratoires : de microscopie (ZN et LED), Biologie moléculaire (GeneXpert MTB/RIF et LPA/ test Hain), et de cultures plus antibiogramme ;
- Elaborer les directives et normes techniques sur les différentes techniques de laboratoire utilisées dans le pays et apporte un appui technique à tout le niveau du réseau des laboratoires de lutte contre la tuberculose du pays.
- Met en place le contrôle de qualité des tous les examens réalisés par le réseau des laboratoires ;
- Assurer la surveillance de la résistance aux antituberculeux de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> intention notamment à travers les recherches opérationnelles.

Il est institué au sein du LNRM sept principaux services : l'Assurance Qualité, Gestion de l'information, Culture et DST, Biologie moléculaire, Suivi biologique et Gestion de déchets, Microscopie et contrôle de qualité, Formation continue

A la fin de 2021, le réseau de laboratoires du PNLT comprenait les structures suivantes :

- 2.083 CDT qui assurent le diagnostic et le traitement de la TB ;
- 27 Laboratoires Provinciaux de Référence (LPR) qui organisent le CDQ de la microscopie, et parmi lesquels, deux laboratoires réalisent la culture des mycobactéries sur milieu solide (Le laboratoire de Lubumbashi et celui de Kisangani).
- Seul le LNRM de Kinshasa réalise des tests phénotypiques de sensibilité pour la surveillance de la résistance aux antituberculeux en milieu solide et liquide de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>ème</sup> intention et des tests génotypiques : LPA de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>ème</sup> ligne.

## **1.4. EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE**

### **1.4.1. CHARGE DE LA TB AU PAYS**

La RDC supporte un lourd fardeau de la Tuberculose au niveau mondial. En effet le pays fait partie des 30 pays à forte charge de la tuberculose et figure parmi les dix pays qui supportent simultanément une forte charge dans la tuberculose pharmaco sensible, la tuberculose pharmaco résistante et la coïnfection TB/VIH dans le monde.(Global Report 2022).

### **1.4.2. NOTIFICATION DES CAS TB**

#### **a) Complétude et promptitude des rapports dans DHIS2**

Les données du présent profil ont été extraites du DHIS2 en date du 20 avril 2022 ( ?) avec une complétude de 99.2% variant entre 100% pour la moitié des DPS (Kasaï, Nord Ubangi, Kasaï Central, Sankuru, Kasaï Oriental, Sud Ubangi Kwilu, Haut Katanga, Sud Kivu, Ituri, Lomami, Haut Lomami,) à 87.7% pour le Lualaba au bas de l'échelle, à cause de la ZS de Kapanga qui a des difficultés de saisie.

La promptitude a été de 69,5% variant entre 96.6% (Kasaï Central, le Kasaï Oriental, le Sankuru, et le Kwilu) et 15% pour le Haut Lomami.

#### **b) Couverture du programme**

Le Programme a fonctionné en 2021 avec 2.083 CDT sur les 2.239 prévus, soit un taux de réalisation de 93.0 %. Considérant la population à desservir, un CDT couvre en moyenne 47.091 habitants, variant entre 102.680 pour Kinshasa et 20 033 habitants pour le Sankuru. Quand on considère la superficie, un CDT couvre en moyenne 1138 Km<sup>2</sup> variant entre 70 Km<sup>2</sup> pour Kinshasa et 3.903 Km<sup>2</sup> pour le Bas Uélé.

Par rapport aux 17.059 FOSA de la RDC en 2021 (PNDS-Recadré), la couverture en termes de diagnostic effectué dans 2.083 CDT représente 12%.

L'accroissement de la couverture était prévu dans le PSN 2021-2023 pour atteindre 2595 CDT à raison de 5 CDT en moyenne par ZS.

Pour réduire la distance qui sépare la communauté des structures de diagnostics, le PNLT se propose de :

- Augmenter de 13% à 20% la proportion des FOSA avec diagnostic de la TB : ce qui représentera 3.114 CDT à l'échéance 2028 (mettant l'accent sur les structures privées), soit une moyenne de 6-7 CDT par ZS.
- Clarifier le réseau des FOSA satellites des CDT en y intégrant un paquet minimum d'activités TB pour en faire des CT bien identifiés et suivis dans les aires de santé de chaque ZS.

Ainsi la couverture TB pourrait s'améliorer dans chacune des ZS avec 6-7 CDT et 3 à 5 CT autour de chaque CDT, soit au total entre 25 et 35 FOSA offrant le paquet TB dans une ZS.

#### **c) Présumés envoyés au laboratoire**

En 2021, il y a eu 730.950 présumés qui ont été soumis à un examen microscopique parmi lesquels 125.297 ont été positifs, soit 17% donc 2 personnes sont bactériologiquement confirmées sur dix présumés soumis à la microscopie.

Le filtre est de 2 personnes sur dix au lieu d'une sur dix.

L'orientation des patients au Labo est donc trop sélective.

#### d) Notification TB PS

Le nombre des cas incidents notifiés a augmenté, passant de 200.955 patients TB en 2020 à 214.408 en 2021, soit 7% d'accroissement.

Le taux de réalisation de la cible attendue PSN en 2021 a été de 79%

De 2016 à 2021, l'accroissement de la notification de la TB sensible a progressivement augmenté passant de 10% en 2016 pour atteindre 15% en 2017, année à partir de laquelle il a commencé à décliner jusqu'à 5% en 2019 puis remonter à 13% en 2020 ensuite régresser en 2021 à 7%.

Bien que le nombre de cas notifiés augmente, on constate que de 2016 à 2021, le cumul de GAP est de 60.534 cas par rapport aux cibles PSN et par rapport aux cibles pays, ce GAP est de 290.543 cas

En 2021, il y a eu **44 ZS sur 519 qui ont notifié chacune plus 1.000 cas**, soit 25% de la notification de l'année dont 11 sont du Kasaï Oriental (la **ZS de Lukelenge vient en tête avec 2.003 cas**)

Considérant les CDT, **I'HGR Kalemie est le seul CDT à avoir notifié plus de 1.000 cas (1.054)** en 2021, suivi du HGR Kabinda (Kinshasa) qui en a notifié 898.

Concernant le poids de la maladie, Kinshasa contribue pour 14%, suivi du Kasaï Oriental avec 10%, du Haut Katanga (7%) et le Kwilu avec 6% La plus faible contribution est de 1% (Equateur, Bas Uélé et Nord Ubangi)

Les analyses détaillées des données de 2021 démontrent que les hommes sont plus atteints (57%) que les femmes (43%) avec **sex ratio H/F de 1,3** variant entre 0.9 pour la province du Haut Lomami et 1.9 pour Ituri

Les tranches d'âge les plus touchées sont celle de 25 à 34 ans suivie de celle de 35 à 44 ans. Les enfants de 0-14 ans représentent 13% et les adultes 87%

Le tableau ci-dessous montre la forme et localisation de la maladie.

Tableau II. Evolution de la localisation des cas de TB de 2016 à 2021

Formes et localisation TB	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TP+	81%	79%	77%	77%	63%	62%
TP/C	19%	21%	23%	23%	20%	21%
TP	82%	82%	83%	83%	83%	83%

TEP	18%	17%	17%	17%	17%	17%
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

La proportion de TP+ régresse passant de 81% en 2016 à 62% en 2021 et celle de TP/C passe de 19% à 21%

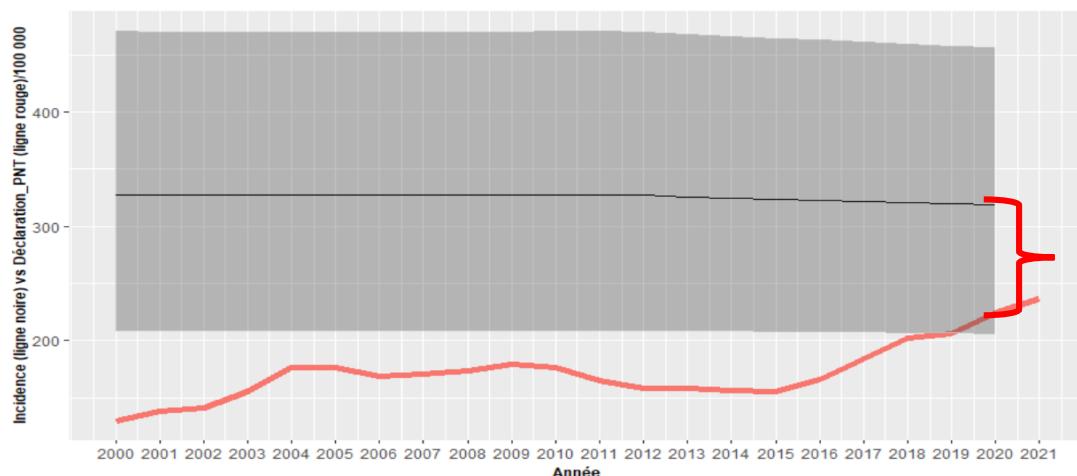
Sur le total des cas TP+, 12% sont à Kinshasa (15.517), 7% au Kasaï Oriental, 6% à Ituri, 6% au Haut Katanga, 6% au Haut Lomami.

En 2021, l'incidence estimée pour 100.000 habitants a été de 318 et l'incidence notifiée de 219/100.000 habitants, variant entre 605 pour le Kasaï Oriental et 103 pour le Sud Ubangi.

**Le taux de détection de la RDC est de 66% et le gap de détection est donc de 31%.**

La tendance de l'incidence notifiée pour 100.000 habitants est en augmentation au lieu de décliner. **La RDC est encore à la première phase sur les trois requises** dans la lutte contre la maladie (ascension, contrôle, régression).

**a. Tendance à l'Incidence pour 100.000 habitants**



**Figure 2 : Taux de notification des cas TB toutes formes (ligne rouge) et incidence estimée par l'OMS (ligne noire) avec intervalle de confiance (zone grise), RDC, 2000-2021**

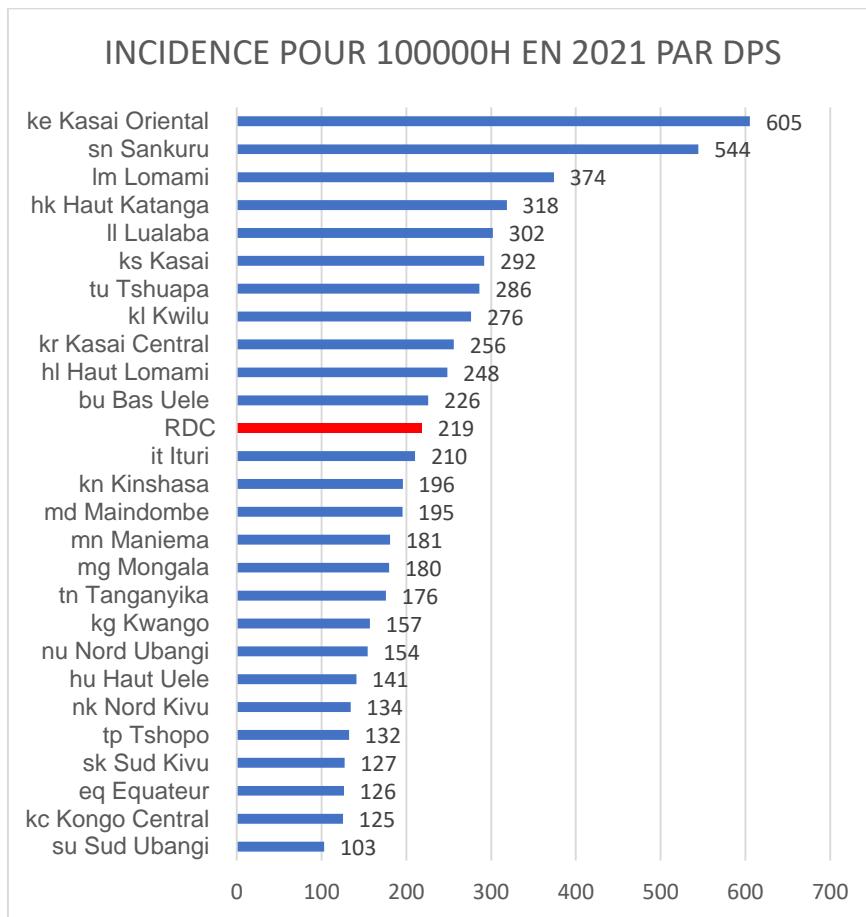
- La déclinaison requise pour atteindre 10 cas pour 100.000 habitants est inversement proportionnelle à la tendance de l'incidence notifiée.
- A voir la tendance déclinante de l'incidence pour 100.000 habitants selon la modélisation de l'OMS et la tendance ascensionnelle de l'incidence observée, le contrôle de la TB pourra être éventuellement amorcée quand les deux courbes vont se rencontrer.
- L'allure de la baisse de l'incidence pour 100.000 habitants selon la modélisation de l'OMS (à raison de moins un cas chaque année passant de 324/100000h en 2015 à 318 en 2021) laisse entrevoir que l'élimination de la TB conformément à la stratégie END TB (moins de 10/100000h) ne pourra se faire qu'après 300 ans.

**Pour inverser la tendance, les approches suivantes peuvent être envisagées :**

1. Augmenter la couverture en FOSA de diagnostic de la TB en augmentant les CDT et aussi en intégrant et rationalisant les CT dans la majorité des FOSA existant. D'ici 2028.

2. Rechercher activement les cas manquants de TB auprès de populations vulnérables.
3. Investiguer systématiquement la TB auprès de contacts des cas index.
4. Diagnostiquer la majorité des cas de TB par les outils de diagnostic moléculaire/rapide.

#### Niveau infra national



**Figure 3 : incidence pour 100000 Hab. en 2021 par DPS**

Au niveau des provinces, l'incidence varie d'une province à une autre selon le graphique ci haut : 11 provinces ont le taux d'incidence au-dessus de la moyenne nationale dont 5 provinces au-dessus de 300/100.000 habitants (Lualaba, Haut Katanga, Lomami, Sankuru et Kasaï Oriental) et 15 provinces en dessous de la moyenne entre 210 et 103 pour 100.000 habitants.

#### 1.4.3. Traitement de la TB PS

De 214.408 TTF notifiés en 2021, 212.264, soit 99% ont été mis sous traitement.

Notons que 2.144 cas (1%) n'ont pas été mis sous traitement pour diverses raisons.

#### 1.4.4. Suivi des patients durant le traitement

Dans la tuberculose pulmonaire à microscopie positive, l'efficacité du traitement est contrôlée par la « **négativation bactériologique** » de l'expectoration qui est le seul critère définitif de guérison. Les frottis de contrôle doivent être exécutés :

- Pour le schéma initial : à la fin du 2<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois de traitement ;
- Pour le schéma en retraitement : à la fin du 3<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, et 8<sup>ème</sup> mois de traitement (PATI-5).

Cependant, aucun indicateur n'est retenu dans le cadre de suivi et évaluation pour vérifier la mise en œuvre de ce processus, par exemple le suivi du **taux de conversion au F2 ni au F5**. Dans le DHIS2, la réalisation du suivi bactériologique est faite a posteriori en mettant les cohortes dépistées une année auparavant. Ceci ne permet pas de vérifier régulièrement ce processus. Ces données ne sont pas correctement remplies sur les canevas de rapportage ce qui les rendent inexploitable.

Les descentes sur le terrain ont montré qu'il y a des doutes sérieux sur la réalisation effective des contrôles bactériologiques dans plusieurs structures visitées, sans traçabilité des numéros correspondants des registres de laboratoire.

Il est donc nécessaire que les supervisions réalisées régulièrement au niveau des structures sanitaires permettent de collecter ces données en vérifiant activement la réalisation des groupes des patients ou des cohortes intermédiaires des patients.

#### 1.4.5. Les issues du traitement TB PS en 2021, cohorte 2020

De la cohorte notifié et mis sous traitement en 2020, le taux de guérison a été de 56% et 37% de traitement terminé ce qui fait un taux de succès de 94% contre 92% en 2020

Le taux de succès pour 12 CPLT sur 26 soit 46% est en deçà de la moyenne nationale La Tshopo, le Nord Kivu et l'Ituri sont au bas de l'échelle

Par rapport au décès, le PNLT a enregistré 4.575 cas de décès en 2021 ce qui représente 36% des issues défavorables contre 4.393 en 2020, soit une régression de 4%.

Parmi ces décès, 18 % sont des cas TBVIH+, 6% sont des enfants 0-14 ans et 13% de cas suivi par la communauté.

Kinshasa contribue pour 17% de décès, suivi du Nord Kivu, Haut Katanga et Ituri.

Ce sont en général des DPS avec un grand nombre de ZS et les décès surviennent dans les HGR à cause de l'arrivée tardive

En ce qui concerne les décès par rapport à la forme de la maladie, 62% étaient des TP+, 15% de TEP et 21% de TB/C

Au CDT Kabinda, 100% des décès étaient des patients co infectés TB VIH+, 54% avaient la forme TP+, 22% la TEP et 24% la TB/C.

Au CDT Mapendo dans le Nord Kivu, 97% des décès avaient la forme TEP et 3% de TP+. Aucune information quant au statut VIH de ces patients.

#### **1.4.6. TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT**

En 2021, la proportion d'enfants notifiés a été de 13% Cette proportion est restée stationnaire à 11% depuis cinq ans. Le GAP de la détection de la TB pédiatrique représente 50 % de la cible pédiatrique attendue. Selon le mouvement de la courbe d'âge, l'infection tuberculeuse risque d'atteindre toutes les tranches d'âge avec la même proportion.

Bien que la proportion d'enfants notifiés parmi les nouveaux cas et rechutes augmente chaque année, elle n'a pas atteint 20%.

Par ailleurs, le ratio 0-4/5-14 reste très faible au niveau national et toujours en deçà de 0,5 depuis 2018.

Les provinces de Mai-Ndombe, Lomami, Kwilu sont les provinces qui notifient beaucoup plus d'enfants avec des proportions entre 8 à 10% de tous les cas notifiés suivi des provinces de Kasaï, Sankuru, Sud-Kivu, Haut Katanga et Maniema avec des proportions variant entre 6 et 8%. Toutes autres provinces ont des proportions en dessous de 4%

Les proportions d'enfants, cas contacts orientés par les partenaires communautaires pour le screening varient de 27 à 34% entre 2020 et 2021, et de 28 à 30% pour le soutien aux patients sous traitement. Au total 26% des enfants cas contacts confirmés bactériologiquement ont été référés par les agents communautaires en 2021

La proportion d'enfants cas contacts screenés a augmenté de façon considérable entre 2018 et 2021 en passant de 22 612 en 2018 à 70 580 en 2021 avec une tendance similaire pour ceux mis sous INH (22 868 en 2020 à 59 408 en 2021)

Le taux de succès de la cohorte

En 2021, pour la cohorte d'enfants notifiés et mis sous traitement en 2020, il y a eu 22% d'enfant guéris et 69% traitement terminé ce qui fait un taux de succès de 91 % mais 7% de non évalué

sur 4575 décès liés à la Tuberculose, 295 étaient les enfants de 0-14 ans soit 6% et 810 patients co infectés TB VIH soit 18%. La proportion de patients non évalué est élevée parmi les enfants

#### **1.4.7. TPT**

Le nombre d'enfants mis sous INH augmente chaque année tandis que chez le PVVIH, ce nombre évolue en dent de scie. La rupture de l'INH a été évoquée comme l'une des causes de cette situation.

*La politique nationale de TPT :*

Depuis 2020, la RDC a élaboré le guide national de PEC de la Tuberculose Latente. Une Instruction (note circulaire ) sur le passage de l'INH vs RH/HP depuis décembre 2021

*Le schéma : les bithérapies 3RH ou 3HP retenues, avec INH comme alternative pour PVVIH sous traitement de 2<sup>nde</sup> ligne*

*Tests de dépistage de la TB latente* : l'IGRA est indiqué pour les enfants âgés de 5-14 ans, les adultes et autres personnes à risque contacts des patients TB bactériologiquement confirmés (l'étude pilote couvre .....sites répartis entre les provinces de Kinshasa et Haut-Katanga) tandis que les enfants de moins de 5 ans contacts des patients TB TP+ ainsi que les PVVIH ne nécessitent pas un test de dépistage

*Les groupes cibles devant bénéficier du TPT* : A ce jour les enfants de moins de 5 ans contacts des patients TB TP+ et les PVVIH chez qui la TB a été exclue sont les cibles du TPT. Deux provinces (Lualaba et Haut-Katanga) sur 26 ont démarré avec la bithérapie 3HP, les 24 démarrent en 2023.

*La couverture en TPT INH* : **48%** pour les enfants de moins de 5 ans contacts des patients TB TP+ et **76%** les PVVIH en 2021

*L'utilisation* : **77%** des enfants et **77%** des PVVIH chez qui la TB a été exclue ont bénéficié du TPT en 2021

*Suivi et l'évaluation* : les données sur l'achèvement du TPT ne sont pas documentées. Les outils de collecte des données sur le du TPT (achèvement du traitement) et le rapportage sont en cours d'élaboration. Le passage de la monothérapie à la Bithérapie pourrait renforcer l'observance au TPT. La notification des manifestations indésirables suit le même circuit que la TB PS.

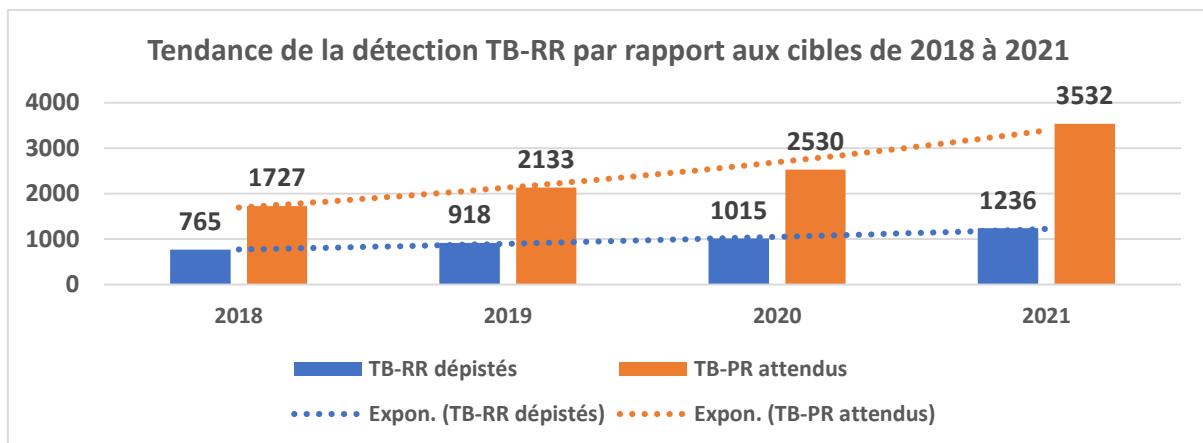
#### 1.4.8. EPIDEMIOLOGIE TB-PR

La RDC fait partie des 27 pays qui supportent la lourde charge de la Tuberculose pharmaco résistante. Elle est comptée parmi les 4 pays africains les plus touchés : la RSA, le Nigéria et l'Ethiopie.

En 2015, le PNLT a organisé une enquête nationale de prévalence de la TB-PR qui a montré 2,2% de résistance parmi les nouveaux cas et 16,7% de résistance parmi les cas de retraitement. Cependant, selon le Global Report 2022, l'OMS estime ces proportions à 1,6% de résistance parmi les NC et 20% parmi les patients déjà traités. La prochaine enquête prévue en 2023 permettra d'actualiser ces données.

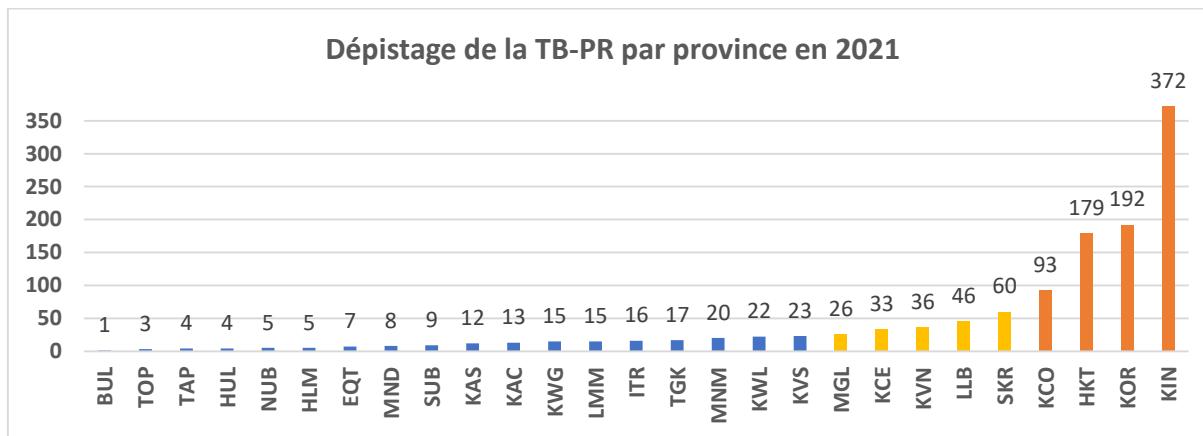
Le dépistage de la TB-PR est réalisé actuellement dans toutes les provinces grâce à l'outil moléculaire qui est considéré comme test initial pour le diagnostic de la tuberculose ainsi que pour la détection de la résistance à la rifampicine. Le pays dispose des différents types d'outils moléculaires (GeneXpert, Truenat, ...) qui sont déployés progressivement dans les CPLT pour faciliter l'accès au diagnostic de la TB-PR. En 2021, un total 109 machines GeneXpert ont été fonctionnelles sur les 149 disponibles dans le pays. Les autres avaient des pannes (modules défectueux, autres problèmes de fonctionnement, notamment l'inconstance de l'électricité, etc.).

La notification des cas de TB-PR demeure faible et n'atteint pas la cible prévue, malgré les efforts entrepris par le PNLT et ses partenaires pour l'amélioration et l'extension des prestations de service ainsi que l'augmentation progressive du nombre de malades dépistés au cours de ces dernières années. En effet, 1.236 patients ont été dépistés en 2021 sur les 3.532 attendus, soit 35%.



**Figure 4** : évolution du dépistage de la TB-PR en RDC entre 2018 et 2021

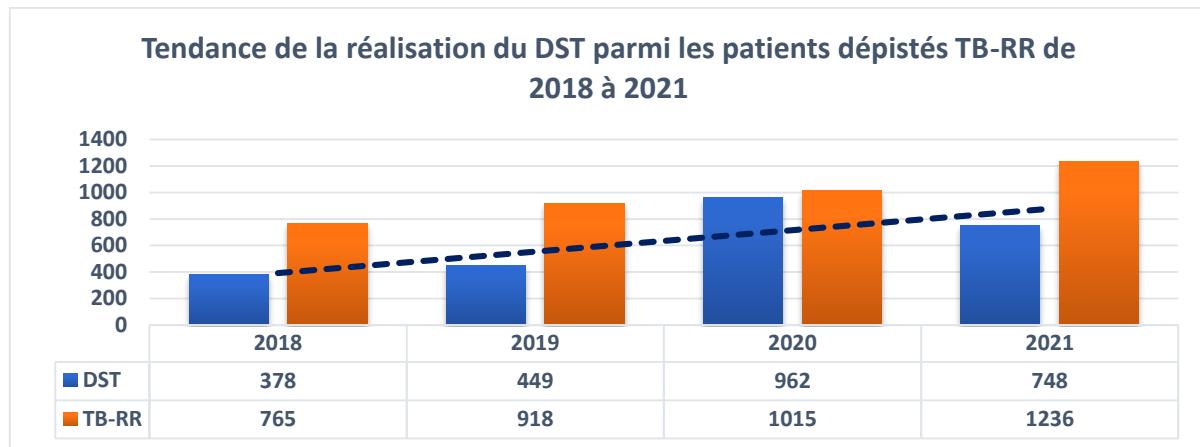
Le graphique ci-dessous montre qu'en 2024 la majorité des patients Tb-PR sont notifiés essentiellement dans 5 provinces avec au moins 50 patients par an (372 à Kinshasa, 192 au Kasaï Oriental, 179 au Haut Katanga et 93 au Kongo Central Ouest). Viennent ensuite 7 provinces ayant notifié entre 20 et 49 patients TB-PR.



**Figure 5** : dépistage de la TB-PR par province en 2021

Pour tout cas identifié comme TB-RR, le test de sensibilité aux molécules de première et seconde intention est obligatoire pour commencer le traitement court entièrement oral.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution progressive et la tendance à la hausse de la réalisation du DST de 2018 à 2021, malgré tous les problèmes opérationnels à tous les niveaux :



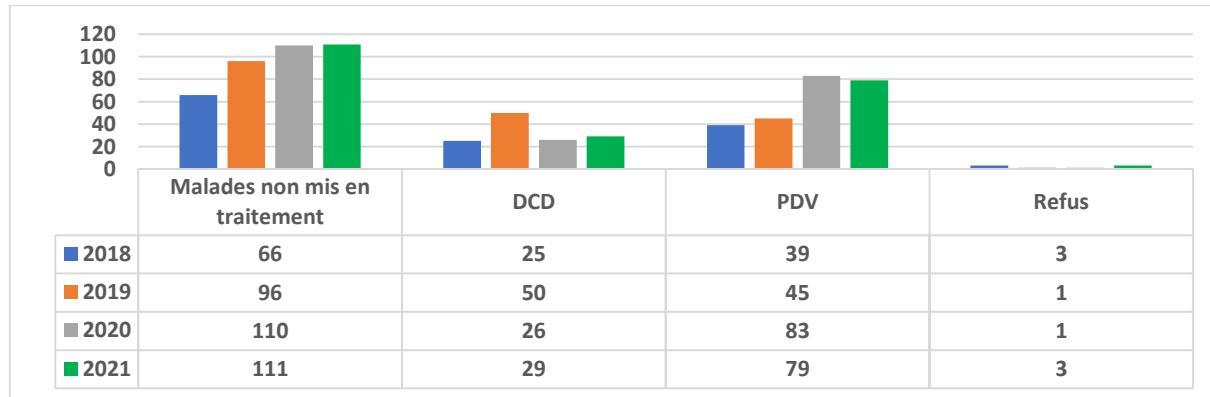
**Figure 6** : réalisation du DST par les patients TB-PR mis en traitement entre 2018 et 2021

La prise en charge TB-PR a été organisée dans 359 CDT sur l'ensemble des 2.083 CDT que comptait le pays en fin 2021.

La réalisation du bilan pré-thérapeutique reste un défi pour la plupart des CPLT malgré quelques contractualisations opérées.

De 2018 à 2021, l'effort de mise en traitement des patients dépistés TB-RR semble stationnaire autour de 90%.

Environ 10% des malades dépistés TB-PR ces dernières années n'ont pas été mis en traitement. Le graphique ci-dessous montre le nombre de malades non mis en traitement ainsi que les raisons de la non mise en traitement de 2018 à 2021 :



**Figure 7** : Evolution des issues défavorables chez les patients TB-PR entre 2018 et 2021

Le délai moyen entre le diagnostic et le début du traitement TB-PR varie au cours des années selon la disponibilité des médicaments et le temps de réalisation des examens du bilan pré thérapeutique dans les provinces. Il s'est amélioré en 2021 où l'on observe une moyenne de 22 jours.



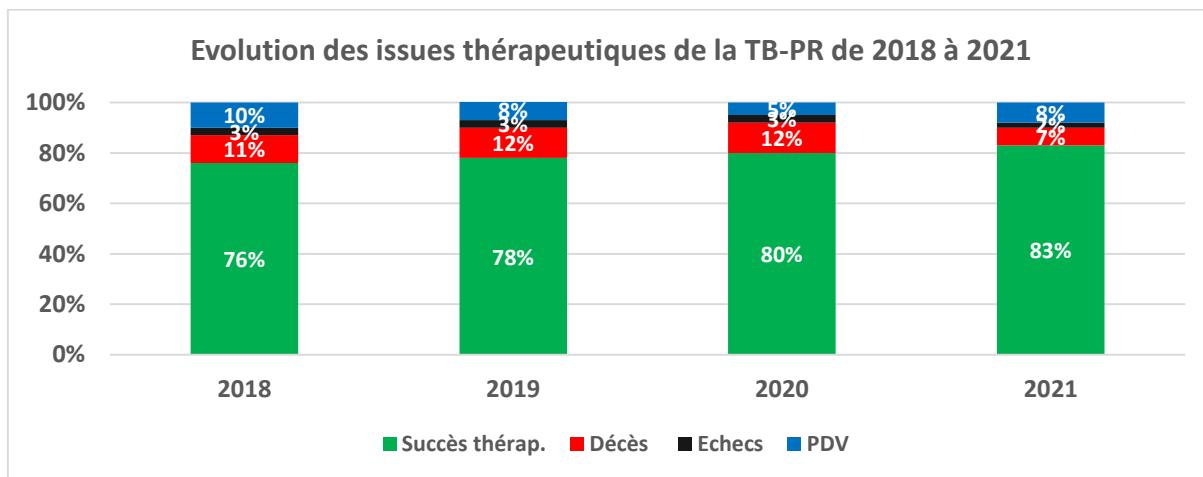
**Figure 8** : évolution du délai de mise en traitement des patients TB-PR entre 2018 et 2021

Les régimes thérapeutiques appliqués par le PNLT se sont adaptés aux recommandations progressives de l'OMS : régime avec les injectables jusqu'en 2020 et régime oral court avec Bédaquiline à partir de 2021. Ce dernier a été utilisé chez 60% des malades mis en traitement.

Quant aux issues de traitement, sur les 1.015 malades diagnostiqués et notifiés en 2020, les issues favorables représentent 14% de guérison et 69% de traitement terminé, soit 83 % de succès thérapeutique. Les issues non favorables représentent 7% des décès, 2% des échecs, 8% de PDV.

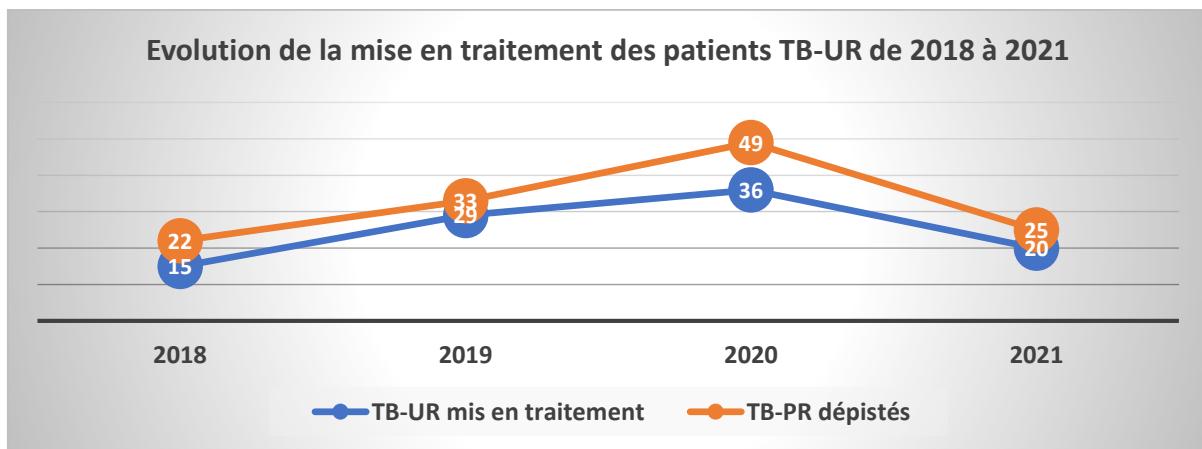
Le taux de guérison est catastrophique à 14% du fait que les dernières cultures de suivi ne sont pas réalisées à la fin du traitement.

La figure suivante montre l'évolution des résultats de traitement des malades de 2018 à 2021 :



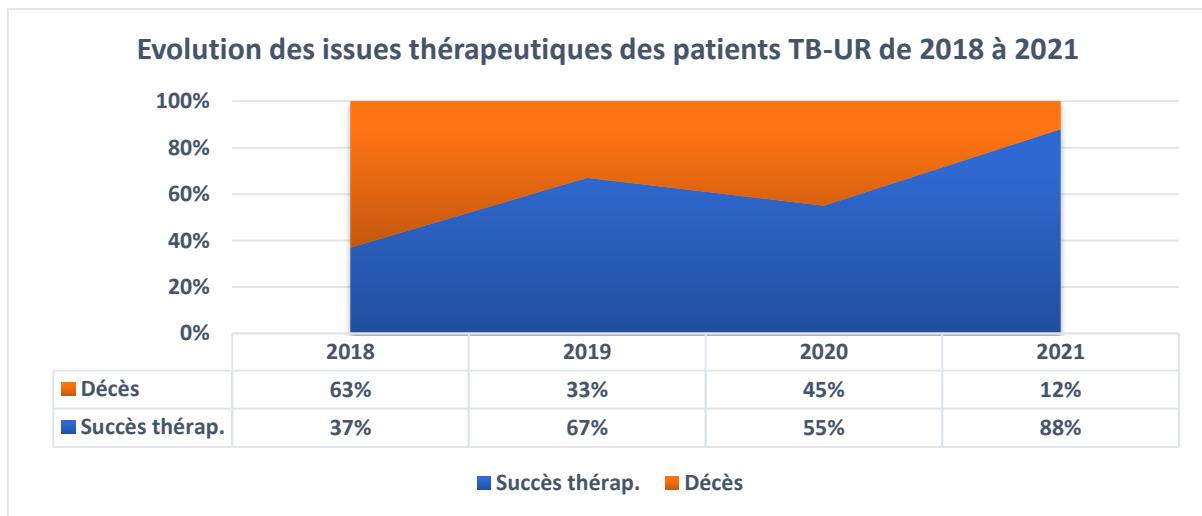
**Figure 9** : évolution des issues des patients TB-PR entre 2018 et 2021

Le dépistage de la tuberculose ultrarésistante a évolué à la hausse de 2018 à 2020, puis a connu une régression en 2021, suite à la rupture des intrants LPA qu'a connu le pays durant cette période. Les patients sont dépistés dans quelques provinces du pays. En 2021, 5 provinces ont notifié les patients TB-UR. Il s'agit de : Equateur (1), Kongo Central Ouest (3), Haut Katanga (4), Kinshasa (16) et Kasaï Oriental (1). Le problème d'écart entre les patients notifiés et ceux mis en traitement demeure aussi ici. En 2021, sur les 25 patients notifiés, 5 (soit 20%) n'ont pas été mis en traitement car décédés.



**Figure 10 : Evolution de la mise en traitement des patients TB-UR entre 2018 et 2021**

Les issues de traitement des patients pré et ultra résistants évoluent en dent de scie au cours de ces dernières années avec une nette amélioration en 2021 où le taux de succès thérapeutique est passé à 83 % et la mortalité a diminué à 12%. La réalisation des cultures de suivi reste également un défi majeur. Des efforts doivent être maintenus pour améliorer la qualité de prise en charge de cette catégorie des malades.



**Figure 11 : évolution des issues des patients TB-UR mis en traitement entre 2018 et 2021**

Le suivi bactériologique des patients TB-PR ne se réalise pas de façon systématique dans tous les CDT. Sur les 1.236 patients TB-MR dépistés en 2021, 95 (7,7%) ont obtenu les résultats de la culture de diagnostic. Pour les 1.125 patients mis en traitement durant la même période : 100 (9%) ont obtenu les résultats de culture (positif ou négatif) du 1<sup>er</sup> mois, 92 (8%) les résultats du 6<sup>ème</sup> mois et 76 (7%) les résultats du 9<sup>ème</sup> mois.

Le suivi biologique se réalise actuellement dans toutes les 27 CPLT qui ont contractualisé avec certains laboratoires équipés. 9 CPLT ont été dotées de spectrophotomètre pour le suivi biologique des patients TB-PR. Il se pose un problème de maintenance et de réactifs pour leur fonctionnement optimal. Pour la ville de Kinshasa où les résultats sont disponibles, 322/358 (90%) patients ont réalisé les examens de suivi biologique en 2021.

Le suivi clinique des patients TB-PR a été décentralisé depuis 2021 au niveau des CPLT grâce à la formation de 506 cliniciens (médecins et infirmiers titulaires des CDT) qui réalisent le suivi mensuel des patients sous la supervision de la CPLT.

Le système aDSM pour la gestion active des effets indésirables a été mis en place au PNLT, mais n'est pas encore fonctionnel sur terrain. En 2021, cette surveillance n'a été rapportée qu'au CEDA dans la CPLT de Kinshasa et a permis d'identifier les effets les plus probables suivants :

- Dyspnée et insuffisance respiratoire : 16/54, soit 30%
- Anémie sévère et hémoptysie profuse : 14/54, soit 26%
- Troubles digestifs : 9/54, soit 17%
- Asthénie physique intense : 7/54, soit 13%
- Troubles neurologiques : 2/54, soit 4%

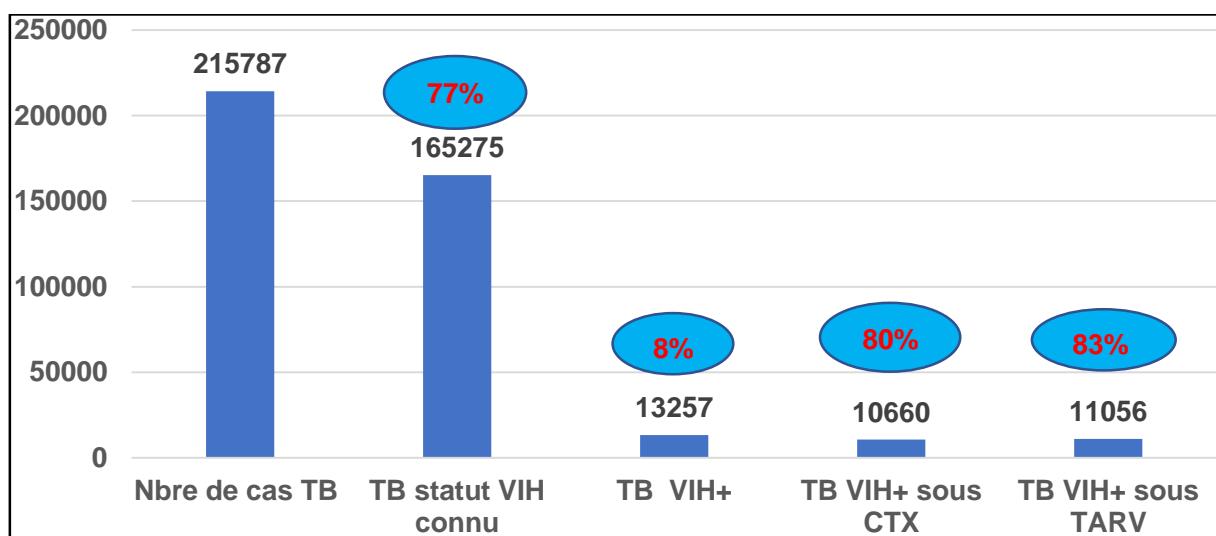
De façon générale, la gestion des effets indésirables est assurée par les cliniciens formés et supervisés dans les CDT. Cependant, les informations ne remontent pas systématiquement au PNLT ni au CNPV suite au défaut de rapportage lié à la faible utilisation de l'outil de collecte des données. Actuellement, le PNLT ne disponibilise pas les médicaments pour la prise en charge adéquate des effets indésirables.

#### 1.4.9. Tuberculose et VIH

Le VIH est le plus grand facteur de risque de la TB, et la TB est la première cause de décès des PVVIH.

Selon le Global Report TB, environ 40% des décès parmi les personnes vivant avec le VIH dans le monde étaient dus à la tuberculose en 2021. On estime qu'il y a eu 10% de nouveaux cas de tuberculose chez les séropositifs pour le VIH, dont 74% vivaient en Afrique.

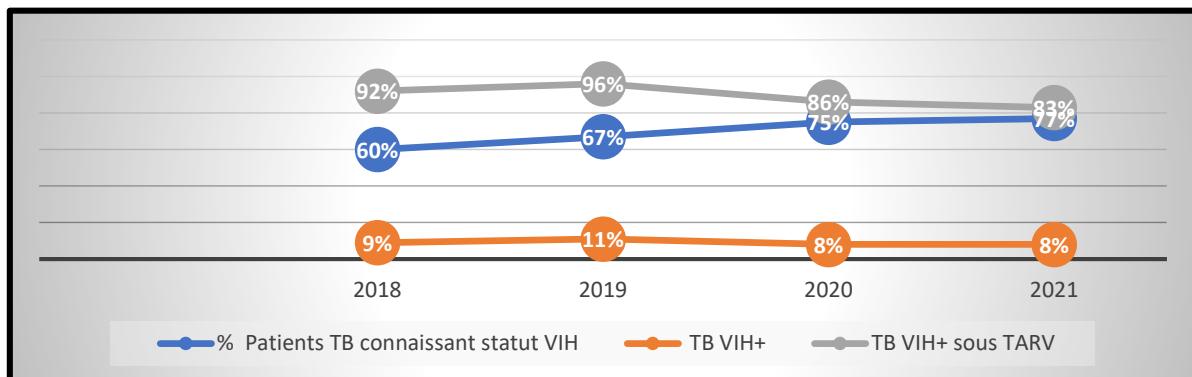
En RDC, la cascade de la coïnfection TB-VIH en 2021 montre que 77% des patients connaissent leur statut TB-VIH. Parmi les testés au VIH, 8% sont Co infectés, 83% ont été mis sous TARV et 80% sous Cotrimoxazole.



**Figure 12 : Cascade TB/VIH, RDC, 2018-2021**

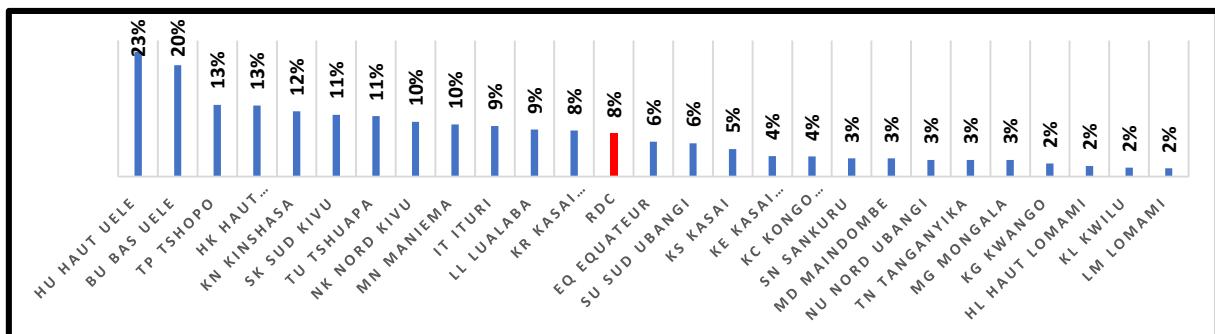
Bien que la proportion des patients TB qui connaissent leur statut VIH s'améliore chaque année (60% en 2018 et 77% en 2021), on constate qu'elle demeure toujours en deçà des normes (<100%). Les proportions de patients coinfestés TB-VIH mis sous ARV et sous Cotrimoxazole ont régressé dans le temps respectivement de 92% en 2018 à 83% en 2021 et de 92% en 2018 à 80% en 2021 (stocks insuffisants).

La proportion des patients tuberculeux positifs au VIH est passée de 9% en 2018 à 8% en 2021, après avoir été de 11% en 2019.



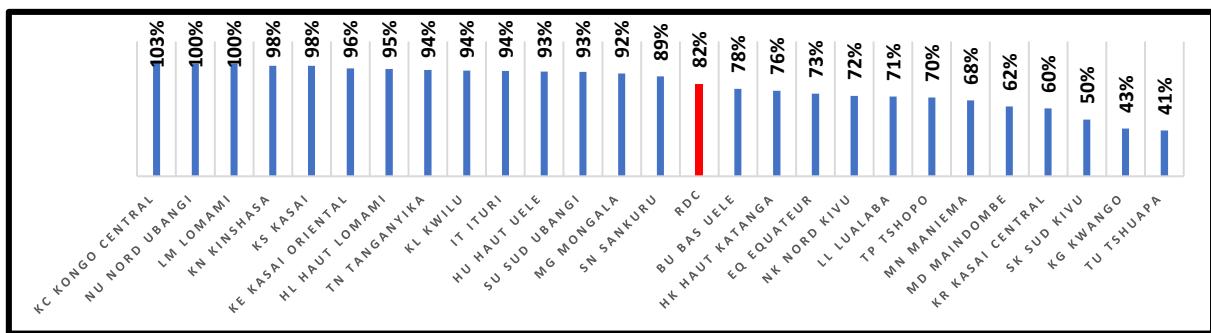
**Figure 13 : Tendance de la cascade coïnfection TB-VIH de 2018 à 2021**

Bien que la proportion de patients tuberculeux avec le statut VIH connu soit faible au niveau national, certaines provinces ont enregistré des proportions nettement au-dessus de la moyenne nationale en 2021. Par exemple, les provinces de Kongo Central, Sankuru, Haut Katanga, Nord Kivu et Kinshasa ont obtenu des proportions qui varient entre 90 et 100%, tandis que les provinces de Lualaba, Tanganyika, Kwango, Haut Lomami, Lomami, Sud Kivu et Bas Uélé ont eu des proportions qui varient entre 80 et 90%, et celles de Kasaï Central et de Kwilu ont obtenu 79%. Les provinces de l'équateur et du Kasai sont en deçà de la moyenne nationale et n'ont pas pu tester au VIH au moins 50% des patients TB.



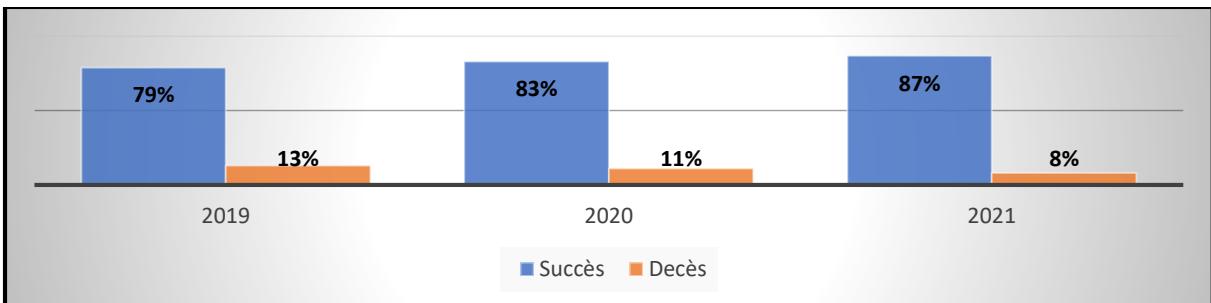
**Figure 14 : Prévalence du VIH chez les patients TB par province**

La proportion des patients Co-infectés TB/VIH est plus élevée dans les provinces de Bas Uélé et Haut Uélé, variant de 20 à 25%. En dehors des provinces de Tshopo, Tshuapa, Sud Kivu, Kinshasa et Haut Katanga qui ont des prévalences variantes entre 15 et 20%, toutes les autres provinces ont ces proportions inférieures à 15%. Les provinces de Kwango, Kwilu, Lomami, Tanganyika, Sankuru, Nord Ubangi, Mongala et Maindombe ont cette proportion qui varie entre 2 à 3%.



**Figure 15 : Pourcentage des co-infectés TB-VIH sous ARV par province en 2021**

Il existe des disparités dans la couverture en ARV chez les patients TB/VIH dans les provinces. Elle varie entre 80 et 100 % dans 14/26 provinces. Les plus faibles couvertures ont été notées dans les provinces de Sud-Kivu (50%), Kwango (43%) et Tshuapa (41%). Cette disparité est aussi liée à celle du PNLS, garant de l'appui en tests VIH, ARV et autres paquets du VIH dans le pays.



**Figure 16 : Evolution du succès thérapeutique et décès des Co-infectés TB-VIH de 2019 à 2020**

Le taux de succès thérapeutique est passé de 79% en 2019 à 87% en 2021 avec un accroissement de 8%. On constate aussi une réduction du taux de décès qui est passé de 13% en 2019 à 8% en 2021.

Au niveau provincial, les provinces du Nord-Kivu (18%), du Lualaba (12%), de la Tshopo (12%), du Kongo central (12%), de Kinshasa (11%) ont enregistré plus de 10% des décès parmi les co-infectés TB-VIH mis en traitement antituberculeux. Un appui psycho-social s'avère important pour favoriser l'adhérence au traitement.

Concernant la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH, on note qu'en 2021, 22% de PVVIH n'ont pas été screenées à la TB. La prévalence de la TB chez les PVVIH est de 9%. Toutes les PVVIH TB+ ont été mises sous traitement antituberculeux.

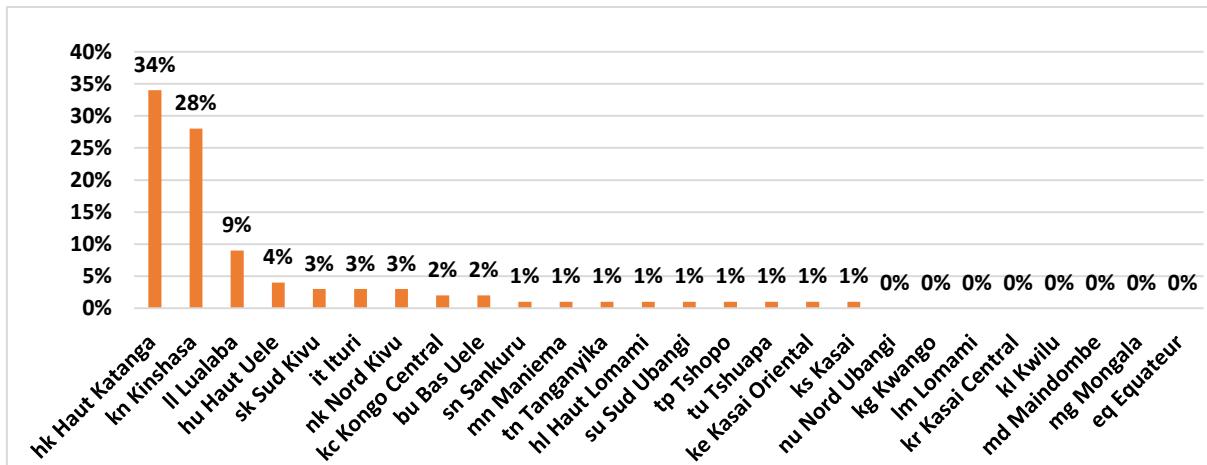
Le tableau ci-dessous représente les données de la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH.

**Tableau III : Cascade de mise sous anti-TB des PVVIH co-infectées de 2018 à 2021**

	Nbre PVVIH Enrôlées	Nbre PVVIH Screenées	% PVVIH screenées	PVVIH TB+	% PVVIH TB+	PVVIH S/Anti-TB	% PVVIH S/Anti-TB
2018	277 978	134 990	49%	11 448	8%	8 357	73%

<b>2019</b>	89 297	86 876	97%	6 797	8%	5 778	85%
<b>2020</b>	107 468	80 630	75%	12 347	15%	10 567	86%
<b>2021</b>	100 500	78 473	78%	7 046	9%	7 046	100%

La proportion des PVVIH screenées à la TB évolue en dent de scie avec un pic de 97% en 2019. Il en est de même pour la prévalence qui a aussi connu un pic de 15% en 2020. Par contre, la proportion des PVVIH TB+ mis sous traitement anti tuberculeux s'est améliorée dans le temps en passant de 73% en 2018 à 100% en 2021.



**Figure 17: Contribution des DPS à la recherche active de la TB chez les PVVIH en 2021**

Les provinces de Haut Katanga (34%) et Kinshasa (28%) ont contribué à plus de 60% à la recherche active de la TB chez les PVVIH au niveau du pays en 2021. En effet, ces provinces bénéficient de l'appui de plusieurs partenaires dans la mise en œuvre des activités de la coïnfection TB-VIH (USAID, PEPFAR). Elles ont aussi une bonne couverture des CDT ayant intégré le paquet VIH. Cependant, les autres provinces avec faible couverture en paquet VIH ont contribué à moins de 5%.

#### 1.4.10. TB et autres comorbidités

D'une manière générale, la proportion des comorbidités associées à la tuberculose n'est pas connue (diabète, Covid-19 et autres).

Concernant la TB et Covid-19, Des directives techniques et stratégie de dépistage avec un algorithme bidirectionnel a été développé et validé par le PNLT et le Secrétariat technique de la riposte COVID-19. Il ne reste que leur vulgarisation et formation des encadreurs et des prestataires.

Des EPI ont été fournis dans toutes les provinces. Ce qui a permis d'appuyer 528 RECO de 66 ZS (Kinshasa et Kongo central) dans la recherche de la TB autour des cas index.

Par ailleurs, 25 machines GeneXpert MTB/RIF et 89 machines GeneXpert 10 couleurs ont été achetés en 2021. Dix appareils radiologiques Rx portatifs numériques seront fournis par la suite, en plus de 8 appareils fournis par l'USAID dans le cadre du Projet nouveaux outils.

L'utilisation de ces appareils permettra au PNLT de recueillir les informations utiles sur la comorbidité TB et Covid-19.

## **1.5. PILOTAGE - PARTENARIAT - GOUVERNANCE - GESTION DU PROGRAMME - AUTRES ASPECTS**

### **1.5.1. Pilotage et partenariat dans la lutte**

**La lutte contre la TB est menée au pays selon un partenariat stratégique afin d'atteindre les objectifs que le pays se fixe.**

Il y a dans le pays plusieurs parties prenantes dans la lutte : tous les Partenaires techniques et financiers (PTF) qui doivent intervenir dans la lutte contre la TB, à côté du gouvernement congolais, aussi bien internationaux (Fonds Mondial (GFATM), USAID avec ses mécanismes de mise en œuvre des projets sur le terrain comme Abt Associat, Prosani-Plus, IDDS, CDC TBLON, TB-DIAH, etc.), Stop TB Partnership, Action Damien, EGPAF, BA etc.) que nationaux (LNAC, CAD, POSAF, Fondation Femmes Plus, etc.), le secteur privé et la communauté à la base.

Ce partenariat est fondé sur plusieurs documents et mécanismes, notamment :

- La Déclaration de Paris (2005) : qui insiste sur l'alignement, mutualisation et suppression des doubles emplois, et la redevabilité
- La Déclaration de Moscou (2017) qui a permis au PNLT d'annoncer la mise en place du Comité National Multisectoriel de Lutte contre la TB (2018) et élaboration des documents constitutifs (2019)
- La reconnaissance de l'existence des partenaires publics et privés nationaux intra sectoriel et intersectoriel.

Quelques aspects défaillants ont été épinglés par la Revue externe 2022 :

- La lutte qui est multisectorielle et qui devrait être pilotée par un et une structure qui est au-delà du domaine de la santé ne l'est pas à ce jour ;
- Le partenariat reste limité. Absence d'un cadre stratégique pouvant permettre la coordination des différents partenariats dans la lutte contre la TB en RDC et élaborer les directives de partenariat stratégique dans la lutte contre la TB ;
- Léthargie du Forum des partenaires dont l'existence n'est pas formalisée ;
- Absence d'un cadre formel de concertation avec tous les Partenaires techniques et-financiers (PTF) ;
- Le cadre de redevabilité multisectorielle en faveur de lutte contre la tuberculose non formalisée à ce jour ;
- Malgré l'existence de plusieurs MOU entre le PNLT et quelques partenaires, il n'existe pas de cadre stratégique pour ce partenariat dès lors peu fonctionnel ;
- La cartographie de ces différents partenaires n'est pas toujours disponible faible ;
- La connaissance exacte de l'apport de certains partenaires est difficile dû au fait que le montage ne favorise pas toujours une différenciation nette entre les frais de fonctionnement (over head) et les fonds qui ont couvert les activités proprement dites.

### **1.5.2. Gouvernance et gestion du programme**

Le PNLT édite régulièrement les directives nationales et normes de lutte contre la TB à travers des Guides et manuels et utilise des manuels de procédure du Ministère de la Santé publique,

Hygiène et Prévention. Tous ces Guides et documents doivent être imprimés et vulgarisés pour leur utilisation standardisée dans le pays.

Il y a eu quelques Mémorandum d'entente (MoU) signé entre les 3 grands partenaires du PNLT (FM, USAID et AD) sous le lead du Ministère de la Santé Publique.

La gestion du programme sur les ressources humaines, les ressources matérielles et logistiques, les intrants, consommables et les médicaments, ainsi que sur les ressources financières afin de mettre en œuvre ses différents plans stratégiques de lutte.

La Revue externe 2022 a mis en exergue les problèmes suivants :

- Malgré des efforts fournis ces dernières années pour une augmentation accrue des contributions des toutes les parties prenantes, y compris la partie gouvernementale de la RDC, les ressources restent globalement insuffisantes pour mener une lutte efficace.
- Le gros bu budget de la lutte contre la TB est essentiellement couvert par l'apport des partenaires extérieurs dont le FM, l'USAID et Action Damien.
- Le montage institutionnel surtout en ce qui concerne la gestion programmatique financière du FM allant de l'écriture de la demande de subvention par les programmes à l'utilisation des fonds sur terrain. Ce montage semble plus favoriser les activités des PR par rapport aux activités des programmes constituant ainsi un obstacle à l'atteinte des résultats et des cibles attendues.
- La non-impression et non vulgarisation de plusieurs Guides et directives du programme
- Encadrement et accompagnements insuffisants des prestataires et acteurs de différents niveaux.
- Cadre organique du personnel quelque peu dépassé.
- Inexistence des mécanismes de rétention du personnel au niveau du PNLT
- Absence d'un plan de développement des ressources humaines Mettre en place
- Absence d'une stratégie de maintenance et un plan de renouvellement du matériel et équipements conformément à la durée de vie de chaque matériel dans le plan de consolidation de 5 ans
- Insuffisance des fonds pour les achats des médicaments et des intrants de laboratoire, avec un engagement politique du gouvernement très faible sur l'allocation d'un budget clair pour l'achat de médicaments antituberculeux, du matériel de laboratoire et intrants et pour le fonctionnement du programme.
- Inexistence d'une procédure transparente et commune sur le transport et la distribution des médicaments et intrants.
- Absence d'un guide/manuel national pour le transport et la distribution des produits de santé en incluant l'obligation de tenir compte des indicateurs de performance des transporteurs.
- Absence d'un plan de développement des activités PPM
- Malgré des budgets globalement insuffisants (couverture d'environ 43% des besoins ?) pour le fonctionnement de l'unité centrale, les niveaux d'absorption restent faibles (jusqu'aux justificatifs finaux).
- L'inexistence du plan de mobilisation de ressources financières pour la mise en œuvre du programme TB plombent lourdement les efforts vers l'atteinte des cibles.
- Faible capacité de générer l'information stratégique en temps réel.

### **1.5.3. Autres aspects : Implication des communautés - Communication - Genre et droits humains (peu développés !!!!)**

Depuis de longues années, la communauté est impliquée dans la lutte contre la TB, aussi bien au niveau national que provincial et opérationnel, à travers des organisations et faitières communautaires, d'OAC et d'OSC ainsi que des Relais communautaires institutionnels.

Ces acteurs participent à la lutte avec diverses interventions : communication, information et sensibilisation des communautés, orientation des présumés TB, accompagnement des patients mis en traitement avec le TDO communautaire sous toutes ses variantes, participation aux activités d'investigations de la TB chez les sujets contacts des cas index, activités de dépistage actif sur des sites communautaires et/ou des milieux carcéraux, etc.

Certains aspects, au niveau des services de santé et au niveau communautaire, peuvent constituer des obstacles **l'accès aux services TB** pour que les présumés et personnes par la TB se présentent au dépistage, et cela peut avoir **un impact sur et contribuer au Gap de détection de la TB.**

Ainsi la Revue externe 2022 a noté les faiblesses suivantes =

- Cette implication des acteurs communautaires dans la lutte contre la TB reste faible
- La communication reste insuffisante particulièrement dans l'orientation des présumés
- La stigmatisation et discrimination, ainsi que l'insuffisance de protection sociale et autres appuis aux présumés et personnes affectées par la TB constituent des obstacles à l'accès aux services, soins et à toute leur prise en charge.
- TB avec comme conséquence le gap de détection de 39% qui représente les personnes manquantes affectées par la TB

## **1.6. EXAMEN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2021-2023**

A l'issue de la Revue Externe du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLT), intervenue en septembre 2022 et portant sur l'évaluation des performances du PNLT et de la mise en œuvre du Plan Stratégique 2021-2023, des progrès notables ont été constatés, notamment au niveau du succès thérapeutique qui a pu atteindre 94% pour la cohorte des patients notifiés en 2021.

L'analyse à mi-parcours du PSN 2021-2023 lors de la revue externe a relevé des avancées dans la mise en œuvre des activités. Cependant, elle a montré des faiblesses lors de l'atteinte des objectifs :

**Objectif 1 : Dépister d'ici 2023, 854.733 personnes atteintes de la tuberculose, soit respectivement 271.378 (87%), 287.969 (90%), 295.395 (90%) en 2021, 2022 et 2023 parmi les attendus du pays. Parmi les 854.733 cas à notifier on notera 12.016 cas de TB-MR et 148.739 enfants tuberculeux.**

Pour atteindre cet objectif, 5 stratégies d'intervention ont été retenues. A savoir, (i) l'amélioration de l'accès aux services de lutte contre la tuberculose dans le pays pour augmenter le dépistage des cas TB ; (ii) le renforcement des capacités diagnostics du pays en matière de lutte contre la tuberculose ; (iii); le renforcement de l'implication la communauté à la lutte contre la tuberculose; (iv) Implication des tous les prestataires de soins à la lutte contre la tuberculose et (v) la prise en compte des besoins des populations clés

## **Objectif 2 : Traiter avec succès au moins 95% des patients TB pharmaco sensibles et au moins 82% des patients TB pharmaco résistants notifiés**

Pour cet objectif, 2 stratégies d'intervention ont été retenues : (i) l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients TB sensible et TB PR (Réduction des issues défavorables) et (ii) le renforcement des interventions à base communautaire avec la participation de la société civile, y compris le soutien au traitement (indicatifs et catalyseurs).

## **Objectif 3 : Tester au VIH au moins 90% des patients TB notifiés**

Pour cet objectif, 2 stratégies d'intervention ont été aussi retenues. A savoir : (i) l'amélioration de la gestion de la tuberculose associée au VIH et (ii) l'amélioration de la gestion d'autres comorbidités (TB & Diabète sucré...)

## **Objectif 4 : Traiter sous ARV 100% des patients Co infectés identifiés durant la période dans le pays**

Par contre pour cet objectif, 4 stratégies d'intervention ont été retenues, notamment: (i) *le renforcement des capacités diagnostiques du pays en matière de lutte contre la tuberculose*, (ii) l'amélioration des approvisionnements ; (iii) l'amélioration de la gestion de la tuberculose associée au VIH et (iv) *le renforcement de l'implication la communauté à la lutte contre la TB/VIH*

## **Objectif 5 : Mettre sous traitement préventif au moins 80.718 des cas d'infection latente (au moins 90% des cas de PVVIH nouvellement enrôlés et enfants de moins de 5 ans en contact des cas TB+) d'ici 2023**

Pour cet objectif, 6 stratégies d'intervention ont été retenues. A savoir: (i) *l'amélioration de l'accès aux services de lutte contre la tuberculose dans le pays y compris les groupes à risque et les populations spéciales*, (ii) *l'investigation systématique de la TB Latente et prise en charge*, (iii) *le renforcement de l'application des mesures de contrôle de l'infection en milieu des soins et au dehors*, (iv) *le renforcement de la gestion des médicaments et intrants TB*; (v) *l'amélioration de la production de l'information stratégique* et (vi) *le renforcement de l'application des mesures de contrôle de l'infection en milieu des soins et au dehors*.

## **Objectif 6 : Mettre en place une gestion performante concernant la riposte nationale contre la TB dans un environnement propice et avec des systèmes favorables pour accélérer les progrès vers la fin à la Tuberculose dans le pays.**

Pour ce dernier objectif, Sept stratégies d'intervention ont été retenues, à savoir : (i) *Renforcement de l'engagement politique* ; (ii) *Renforcement de l'engagement multisectoriel (intra et intersectoriel)* ; (iii) *Renforcement de la gestion des médicaments et intrants TB* ; (iv) *Amélioration de la production et de l'utilisation de l'information stratégique* ; (v) *Renforcement des interventions à base communautaire avec la participation de la société civile, y compris le soutien au traitement (indicatifs et catalyseurs)* ; (vi) *Renforcement de l'engagement de la société civile dans l'organisation de la demande* ; (vii) *Renforcement des capacités gestionnaires de l'UC/PNLT*

Tableau IV : Niveau de réalisation des activités planifiées par stratégies d'interventions et par objectif du PSN 2021-2023 à mi-parcours

Objectifs	Stratégies	Nombre d'activités planifiées	Nombre d'activités réalisées	Nombre d'activités en cours
Objectif 1	Stratégies 1	23	12	1
	Stratégies 2	20	16	3
	Stratégies 3	11	3	0
	Stratégies 4	11	4	1
	Stratégies 5	17	10	7
Objectif 2	Stratégies 1	16	14	0
	Stratégies 2	5	3	0
Objectif 3	Stratégies 1	12	7	2
	Stratégies 2	3	0	3
Objectif 4	Stratégies 1	1	0	1
	Stratégies 2	2	1	1
	Stratégies 3	7	5	0
	Stratégies 4	2	1	1
Objectif 5	Stratégies 1	7	2	0
	Stratégies 2	6	4	1
	Stratégies 3	4	0	4
	Stratégies 4	3	3	0
	Stratégies 5	4	3	0
	Stratégies 6	25	12	0
Objectif 6	Stratégies 1	2	0	2
	Stratégies 2	10	2	0
	Stratégies 3	11	9	1
	Stratégies 4	17	12	4
	Stratégies 5	3	1	0
	Stratégies 6	29	18	0
	Stratégies 7	5	2	1

Commentaires :

Le tableau ci-dessus résume le niveau de réalisation des activités planifiées par stratégie d'interventions pour chaque objectif. En effet, le PSN 2021-2023 a retenu 6 objectifs pour 26 stratégies d'interventions avec 261 activités planifiées dont 148 ont été réalisées et 15 en cours d'exécution et 98 non réalisées..

De cette analyse détaillée par objectif, les principaux constats ont été soulevés ainsi les difficultés rencontrées qui ont permis de formuler les recommandations.

Plusieurs constats ont été faits pour chacun des objectifs, A. Les principaux constats par objectif, avec des difficultés rencontrées, et des recommandations pertinentes ont été formulées, à corriger dans le présent PSN. 5Voir Rapport global de la Revue externe, octobre 2022.

## II. PROBLEMES MAJEURS IDENTIFIES

Sur base des déficiences constatées à travers l'analyse de la situation, les problèmes majeurs suivants sont retenus :

- a) **Une sous-notification de la TB à 70% avec un Gap de notification de 30% (TB-PS aussi bien chez l'Adulte que chez l'Enfant + TB-PR) ;**
- b) Un accès insuffisant des TB notifiés au diagnostic de leur statut sérologique au VIH (23% d'entre eux ne connaissent pas leur statut sérologique) ;
- c) Un accès insuffisant des TB VIH+ au TAR (83%)
- d) **Une prévention insuffisante de la TB chez toutes les populations à risque**, du fait que, après exclusion de la TB, un total de 48 % d'enfants de moins de 5 ans contacts des patients TB+ et 42% des PVVIH nouvelles inclusions éligibles n'ont pas bénéficié du traitement préventif de la TB) ; en enfin pas de données sur les autres personnes à risque (enfants de 5 ans à 14 ans et adultes, contacts étroits, immunodéprimés, greffes, etc.)
- e) **La lutte contre les autres comorbidités, notamment la COVID-19 et le diabète, n'est pas bien structurée entre le PNLT et les programmes concernés ;**
- f) Le **nombre élevé de décès parmi les patients TB** toutes formes notifiés à 4.575 décès au lieu de 2.300 attendus en 2021 ;
- g) Le **faible taux de guérison des patients TB-PR (14%) et TB-PS (58%)** notifiés ;
- h) **Faible capacité de production de l'information stratégique vitale en temps réel en vue prise de décision ;**
- i) La **faible capacité de pilotage de la lutte contre la TB en RDC** (Partenariat et gouvernance insuffisants dans la lutte contre la TB, y compris l'**implication insuffisante des communautés et société civile, avec des obstacles liés au Genre, les droits humains, à la protection sociale** et à l'appui aux patients.

### III. ANALYSES DES GAPS PROGRAMMATIQUES

L'analyse causale faite permet de rechercher les causes principales des problèmes identifiés, ainsi que les causes secondaires et les causes des causes, de sorte qu'il sera possible d'identifier ce qui est réellement à la base des problèmes et qui pourrait amener sa résolution une fois la solution apportée.

#### 3.1. SOUS NOTIFICATION DE LA TB : en 2021, un total de 31% des patients TB n'ont pas été notifiés

Cette sous-notification a pour causes principales : ajouter la cible enfants (selles, ....

##### 3.1.1. Faible accès de la population aux structures de TB, suite à :

- ✓ La non-maîtrise du nombre de structures avec le paquet TB dans les ZS et CPLT (2.083 CDT et approximativement 2.500 CT), 4.462 FOSA avec le paquet VIH sur un total de 17.059 FOSA inventoriées (Source DHIS-2). L'enquête DQR menée par l'ESP/KIN en 2021 montre que seuls 27% des FOSA du pays offrent le paquet TB.
- ✓ L'insuffisance des FOSA qui assurent une proximité acceptable pour les présumés et les patients (rayon de 5 km ou 1 heure de marche). Les distances restent encore énormes à parcourir.
- ✓ Plusieurs CDT ne disposent pas des outils de diagnostic rapide tel que recommandé par l'OMS (147 machines GeneXpert fonctionnelles dans 263 ZS en 2021 sur les 519 ZS que compte le pays).
- ✓ La population de 256 ZS non couvertes par les outils moléculaires doit parcourir de longues distances pour atteindre les sites de diagnostic.
- ✓ Le placement des outils moléculaires à travers les CPLT et ZS du pays ne bénéficie pas d'une planification adéquate.
- ✓ Le système de transport des échantillons des présumés TB et TB-PR n'est pas bien organisé dans plusieurs provinces et le financement est insuffisant
- ✓ La présence des barrières et autres obstacles naturels qui ne facilitent pas cet accès (montagnes, forêts, rivières, parc animalier, ...).
- ✓ Les coûts indirects auxquels les présumés ou patients doivent faire face au niveau de la structure sanitaire, parce qu'ils doivent payer des prestations. Ceci parce que la protection sociale des présumés et patients n'est pas toujours assurée.

##### 3.1.2. Faibles capacités diagnostiques

Quelles en sont les **causes principales** ?

- La vétusté et/ou non fonctionnalité des outils de diagnostic (847 microscopes défectueux sur un total de 2.083, soit 41%, et 274 modules Xpert défectueux sur un total de 610 disponibles, soit 45%, en 2021) et les problèmes d'approvisionnement en énergie.
  - ✓ Cette situation serait liée au manque d'un plan rigoureux d'entretiens préventifs et de maintenance périodique et le non-respect du plan de renouvellement des équipements et matériels défectueux par le PNLT et ses partenaires.
- Les équipements insuffisants de radiographie numérique avec DAO qui ne se retrouvent que dans 8 FOSA à travers le pays. (Ajouter les autres)
- Les microscopistes ne maîtrisent pas toujours la technique Ziehl (8% de faux positifs et 2% de faux négatifs au contrôle de qualité des lames en 2021) dont les causes sont les suivantes :

- ✓ Nombre limité des prestataires dédiés à l'utilisation des microscopes
- ✓ Nombre limité des prestataires formés sur la TB au laboratoire
- ✓ Mobilité importante des prestataires formés (Turn over)
- ✓ Faible accompagnement des prestataires formés.

### **3.1.3. Sous-utilisation des machines et outils de diagnostic (30% du taux d'utilisation des machines GeneXpert en 2021)**

Les causes sont les suivantes :

- Les directives ne sont pas appliquées dans toutes les provinces (seulement 9% de nouveaux patients TB ont été dépistés avec l'outil moléculaire en 2021).
- La présence au laboratoire des prestataires non formés sur l'outil moléculaire.
- Les distances à parcourir par le présumé/patient pour accéder à un site de diagnostic sont importantes.
- Les ruptures des stocks fréquentes en cartouches Xpert dans les provinces allant de 15 jours au Nord Kivu à 140 jours au Bas Uélé.
- Inadéquation entre l'achat des intrants et réactifs de laboratoire et l'actualisation des directives sur l'utilisation du GeneXpert comme test initial de la TB.

### **3.1.4. Certains patients diagnostiqués ne sont pas notifiés**

Les causes sont les suivantes :

- Le système actuel n'est pas capable de capter tous les patients dépistés, parce que :
  - ✓ Certaines structures ne sont pas alignées, particulièrement les privés
  - ✓ Les outils de collecte et de rapportage des données ne sont pas disponibles dans ces structures
  - ✓ Les prestataires de ces structures ne sont pas formés à l'utilisation de ces outils.
  - ✓ Certains dispensateurs des soins ne sont pas impliqués dans la lutte contre la TB.
- Il n'existe pas de cadre formel de collaboration entre le PNLT et les autres acteurs du système.
- Les directives ne sont pas appliquées dans les structures ayant intégré les activités de lutte suite à un encadrement insuffisant ou des supervisions de qualité insuffisante.

### **3.1.5. Tous les groupes des populations vulnérables (à risque) ne sont pas ciblés de manière exhaustive dans la recherche active des cas de TB**

Les causes sont les suivantes :

- Les directives nationales sur la prise en charge de la TB auprès des populations spéciales ne sont pas vulgarisées.
- Les directives nationales de prise en charge des populations spéciales ne sont pas appliquées dans toutes les provinces et ZS concernées.
- La cartographie et le dénombrement des populations spéciales au niveau de chaque ZS n'est pas encore réalisée.
- Les autres types de populations spéciales (déplacés, réfugiés, hommes en uniforme, autochtones, ...) ne sont pas repris dans les outils de collecte et de rapportage des données.

### **3.1.6. Faible implication des acteurs communautaires dans la lutte**

Les causes sont les suivantes :

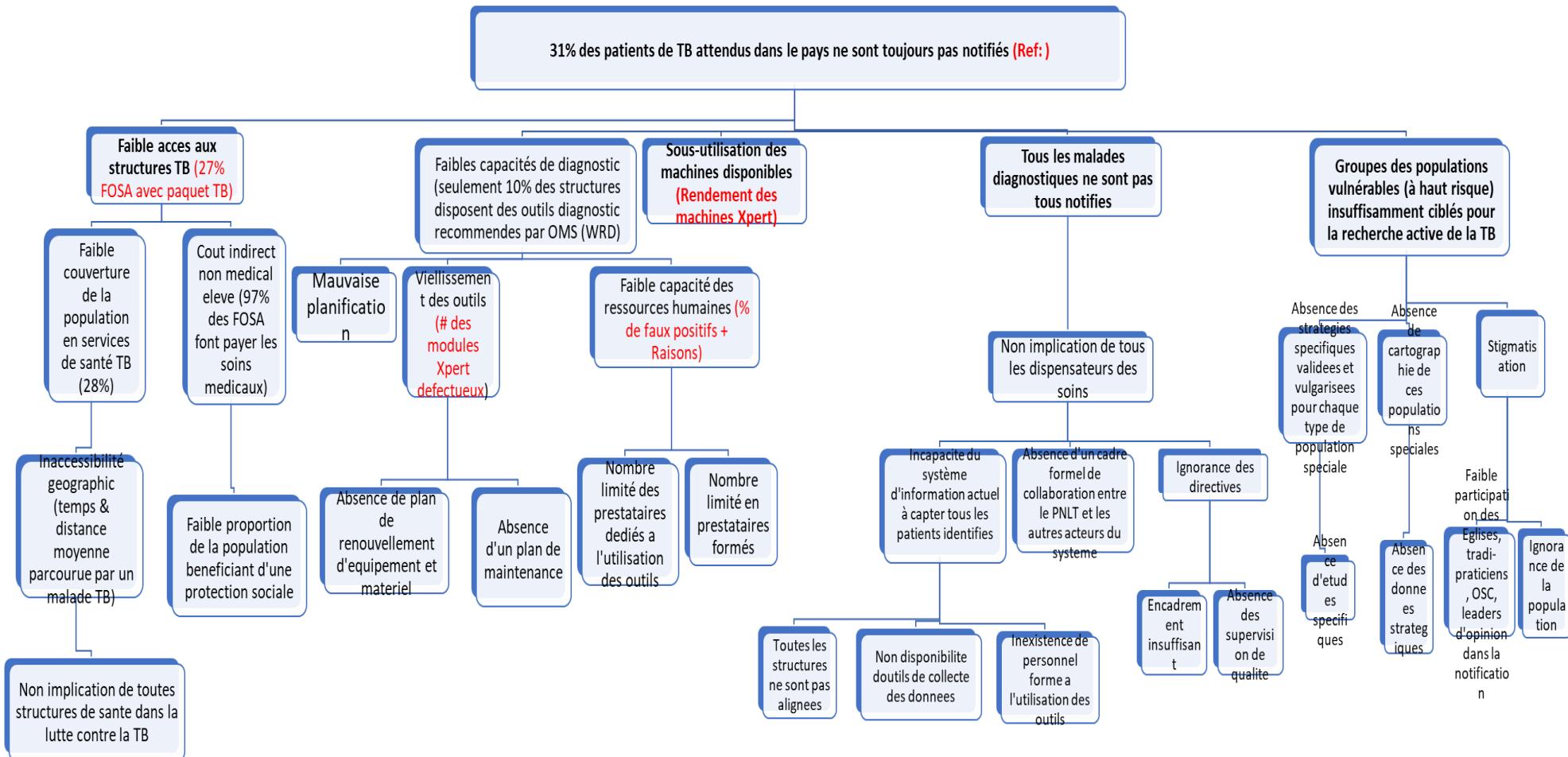
- Les directives sur la lutte contre la TB au niveau communautaire ne sont pas suffisamment vulgarisées suite au nombre limité des RECO formés dans les ZS
- La coordination des activités communautaires dans les provinces est insuffisante
- Le financement des activités communautaires est insuffisant suite à la faible mobilisation des ressources domestiques pour appuyer la lutte
- Le déploiement des acteurs communautaires dans les provinces est sélectif (beaucoup plus dans les chefs-lieux des provinces et pas dans l'arrière-pays)
- Les intervenants communautaires à la base ne sont pas toujours connus au niveau des ZS
- Les prestataires ne sentent pas l'importance d'impliquer les acteurs communautaires dans la lutte.

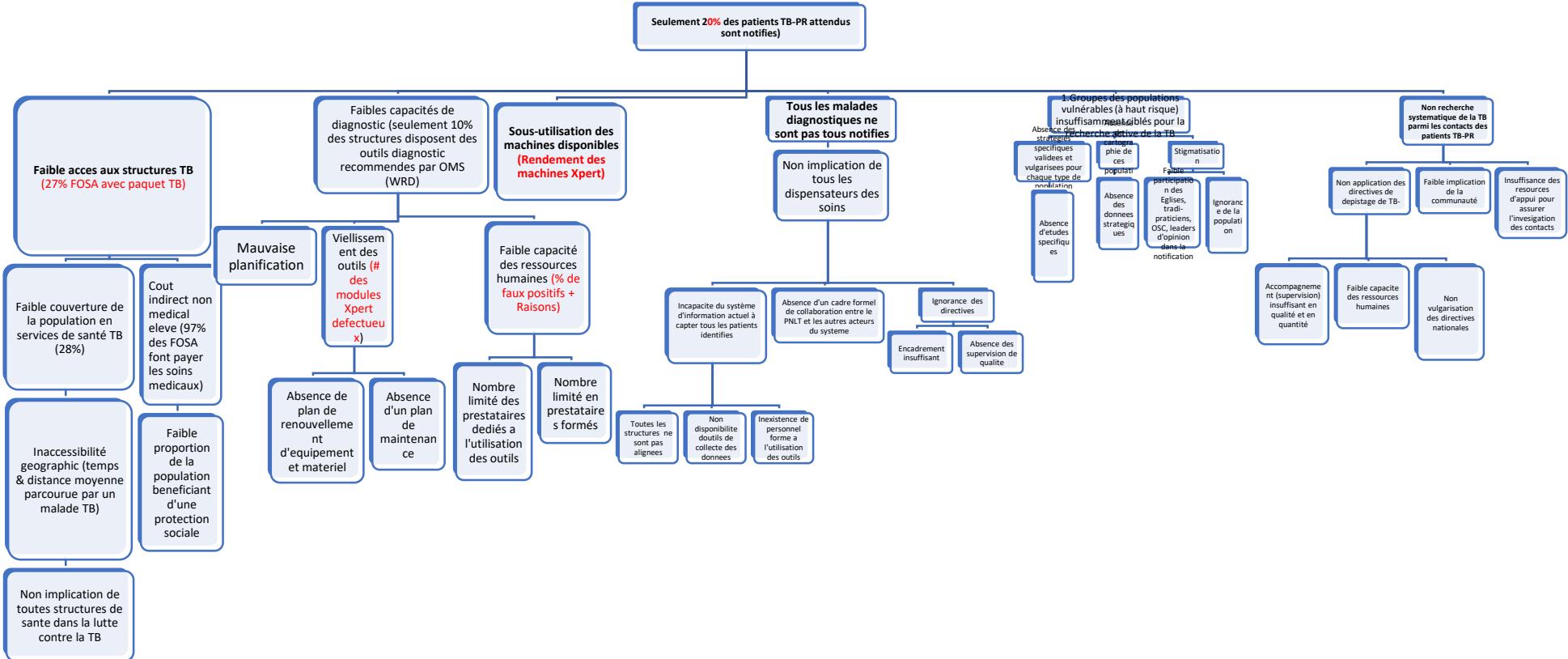
### **3.1.7. Communication insuffisante sur la TB**

Les causes sont les suivantes :

- Les partenaires ne trouvent pas l'importance d'appuyer les activités communautaires.
- Les OAC, OSC, leaders d'opinion, tradipraticiens, ... participent de manière insuffisante à l'orientation des présumés au niveau des structures de prise en charge des malades.
- L'ignorance de la population suite à une sensibilisation insuffisante.

Ceci est résumé au niveau du diagramme de la page suivante.





### **3.2. EN 2021 UN TOTAL DE 23% DE PATIENTS TB (CAS INCIDENTS) NE CONNAISSENT PAS LEUR STATUT SEROLOGIQUE AU VIH**

Quelles en sont les causes ?

#### **3.2.1. Faible accessibilité des patients TB aux services de dépistage et de traitement VIH, suite à :**

- Une couverture insuffisante des interventions combinées TB/VIH dans le pays/ (47/519 ZS) n'ont pas de paquet VIH ; 1.944 sur 2.083 CDT sont guichet unique ; Mais il n'y a pas de maîtrise sur les CT Guichet unique (sites VIH avec paquet minimum TB),
  - ✓ Dans les 472 ZS, le paquet VIH n'est offert que dans 1944 CDT sans maîtrise du nombre des CT ayant intégré le VIH
    - Tout cela à cause de l'inadéquation entre les sites fonctionnels VIH et les CDT et CT (Guichet unique non fonctionnel)
  - ✓ 47 ZS n'ont pas de paquet VIH
    - Parce que les moyens pour le passage à l'échelle non disponibles
- Des ruptures fréquentes des stocks de tests VIH (initial et de confirmation...)
  - ✓ La quantification d'intrants et ARV n'est pas respectée par le gouvernement et les partenaires : cette planification prend seulement en compte :
  - ✓ Les besoins exprimés par les structures sanitaires ne sont pas respectés
  - ✓ Les prestataires ne sont pas formés sur la quantification et la gestion des intrants
  - ✓ Il y a parfois un long délai de livraison des intrants vers les zones de santé par les CDR suite à la mutualisation.

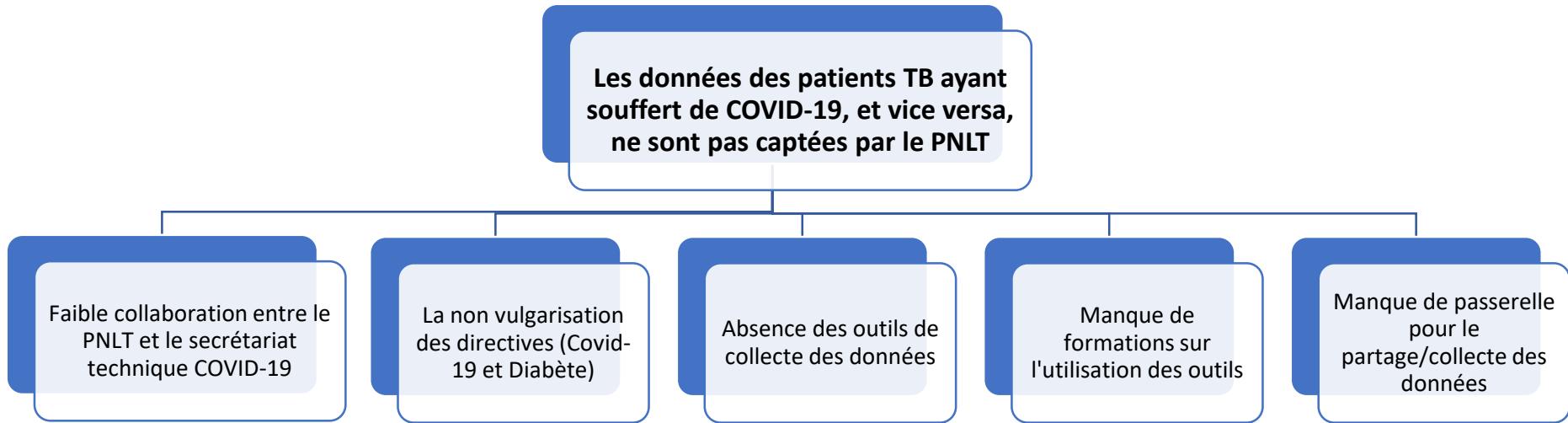
#### **3.2.2. Faible mise en œuvre des mécanismes de collaboration au niveau national et provincial à cause de :**

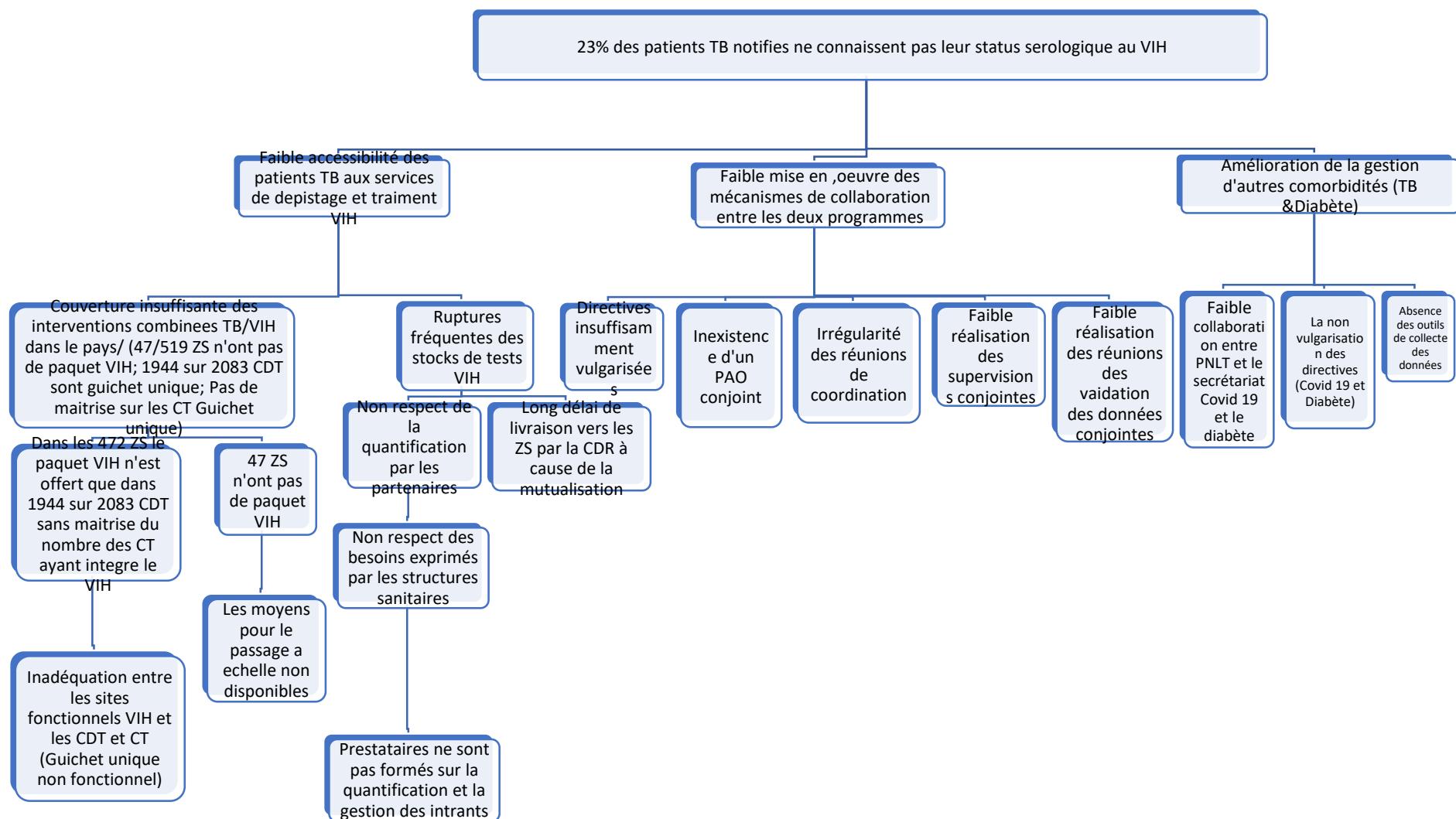
- Les directives sont insuffisamment vulgarisées
- L'inexistence d'un PAO conjoint (niveau national et dans certaines provinces), suite à :
  - L'irrégularité des réunions de coordination (Taskforce)
  - Faible réalisation des supervisions conjointes TB/VIH
  - Faible réalisation des réunions trimestrielles de validation des données conjointes

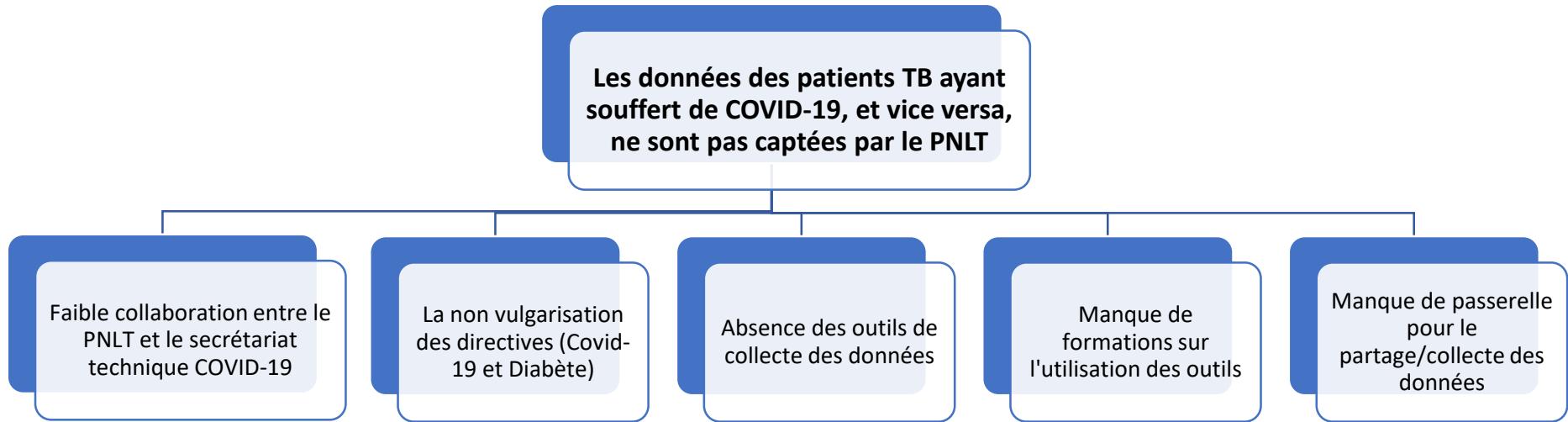
#### **3.2.3. Insuffisance de la gestion d'autres comorbidités (TB & Diabète sucré...)**

- Faible collaboration entre le PNLT, le secrétariat technique COVID-19 et le programme de Diabète
- La non vulgarisation des directives (Covid-19 et Diabète)
- Absence des outils de collecte des données

Tout ceci est résumé au niveau du diagramme de la page suivante :



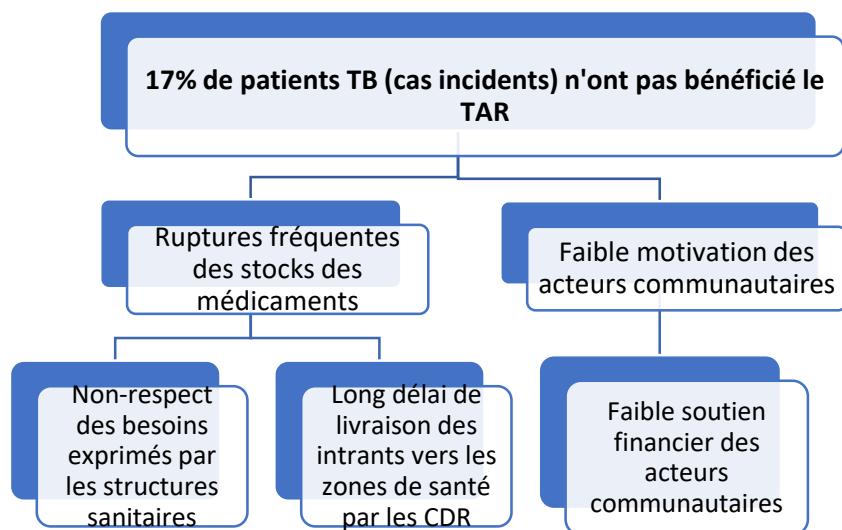




### 3.3. En 2021 un total de 17% de patients TB (cas incidents) n'ont pas bénéficié le TAR

- Ruptures fréquentes des stocks des médicaments (ARV)
  - Non-respect des besoins exprimés par les structures sanitaires
  - Long délai de livraison des intrants et ARV vers les ZS par les CDR
- Faible motivation des acteurs communautaires dans les activités de coïnfection TB/VIH
  - Faible soutien financier des acteurs des acteurs communautaires

Ceci est illustré dans le diagramme ci-dessous :



### **3.4. LA PRÉVENTION DE LA TB EST INSUFFISANTE CHEZ TOUTES LES POPULATIONS À RISQUE DE TB :**

**ITL et Traitement Préventif de la Tuberculose (TPT), Prévention de la transmission de M. tuberculosis par la prévention et le contrôle des infections, Vaccination des enfants avec le vaccin bacille Calmette Guérin (BCG).**

#### **3.4.1. Prévention insuffisante ITL**

Après exclusion de la TB, un total de 48 % d'enfants de moins de 5 ans contacts des patients TB+ et 42% des PVVIH nouvelles inclusion éligibles n'ont pas bénéficié du traitement préventif de la TB, les enfants de plus de 5 ans et les adultes, les autres catégories de patients avec immunodépression (les diabétiques, cancer, greffe organique), les prestataires des soins ne bénéficient du test IGRA pour une exclusion de l'ITL

Quelles sont les causes principales :

- Faible application des directives
  - ✓ Non vulgarisation du guide ITL
    - Guide non mis à jour
  - ✓ Faibles capacités des prestataires
    - Formations insuffisantes
    - Accompagnement insuffisant
- Ruptures de stocks des médicaments de TPT
  - ✓ Non maîtrise des cibles utilisées pour la quantification
    - Manque des données pour définir la cible
  - ✓ Retards dans la distribution des médicaments
    - Politique utilisée (mutualisation du transport des CDR vers les ZS) n'est pas bien organisée sur le terrain et entraîne des ruptures de stocks.
- Faible acceptation du TPT par la communauté
  - ✓ Ignorance de la population
    - Faible sensibilisation au niveau de la population
  - ✓ Frais de consultation à payer par la famille.
  - ✓ Faible recherche des cas d'ITL dans la communauté
- Faible couverture de l'utilisation du test de détection de l'interféron gamma.
  - ✓ Absence de guide
  - ✓ Faible couverture en machine IGRA

#### **3.4.2. Contrôle de l'infection**

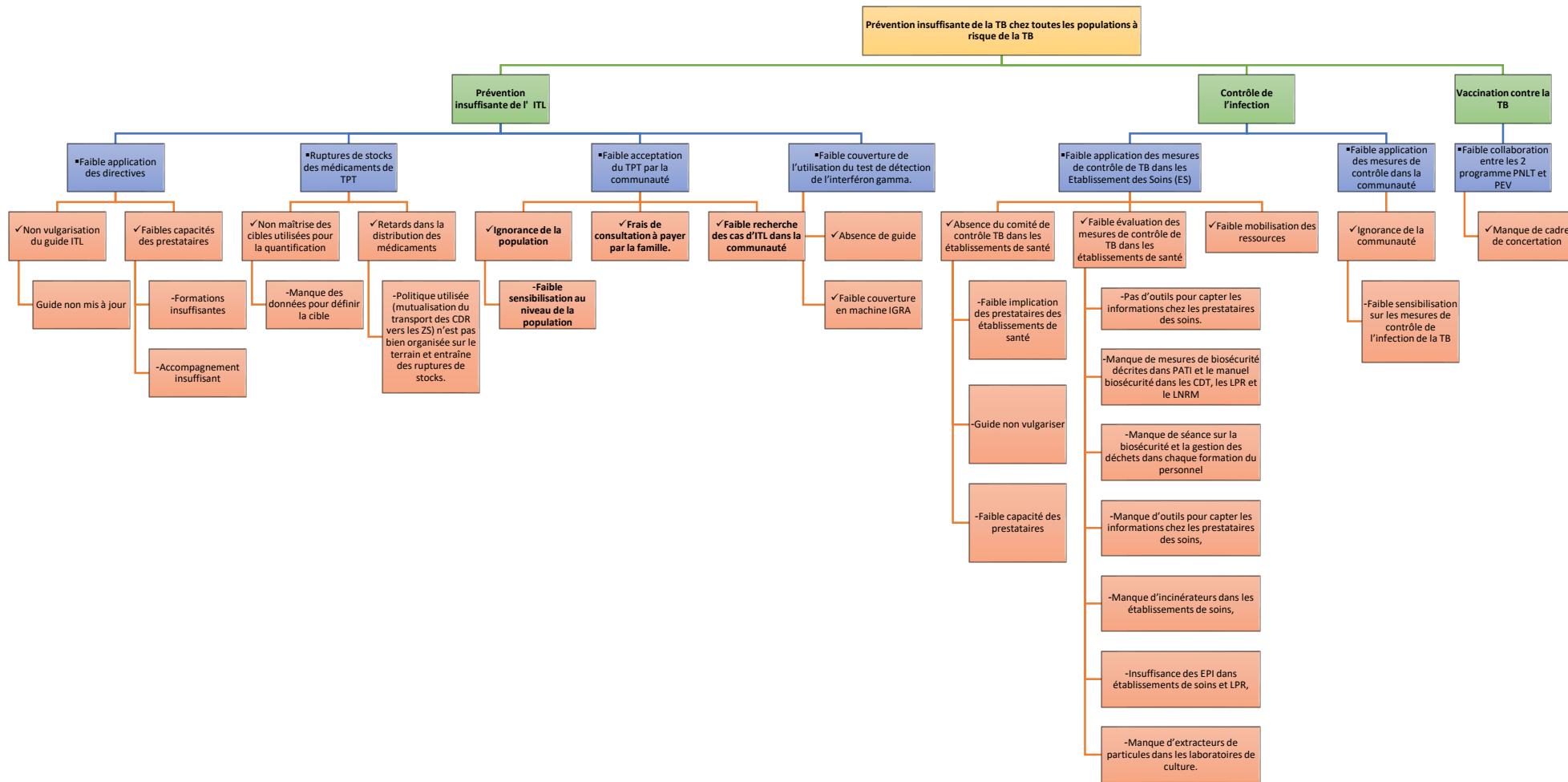
- Faible application des mesures de contrôle de TB dans les Etablissement des Soins (ES)
  - ✓ Absence du comité de contrôle TB dans les établissements de santé
    - Faible implication des prestataires des établissements de santé
    - Guide non vulgarisé
    - Faible capacité des prestataires
  - ✓ Faible évaluation des mesures de contrôle de TB dans les établissements de santé

- Manque de mesures de biosécurité décrites dans PATI et le manuel biosécurité dans les CDT, les LPR et le LNRM
- Manque de séance sur la biosécurité et la gestion des déchets dans chaque formation du personnel
- Manque d'outils pour capter les informations chez les prestataires des soins,
- Manque d'incinérateurs dans les établissements de soins,
- Insuffisance des EPI dans établissements de soins et LPR,
- Manque d'extracteurs de particules dans les laboratoires de culture.
- ✓ Faible mobilisation des ressources
- Faible application des mesures de contrôle dans la communauté
  - ✓ Ignorance de la communauté
    - Faible sensibilisation sur les mesures de contrôle de l'infection de la TB

#### **3.4.3. Vaccination contre la TB**

- Faible collaboration entre les 2 programme PNLT et PEV
  - ✓ Manque de cadre de concertation

Le diagramme de la page suivante illustre et résume cette analyse causale

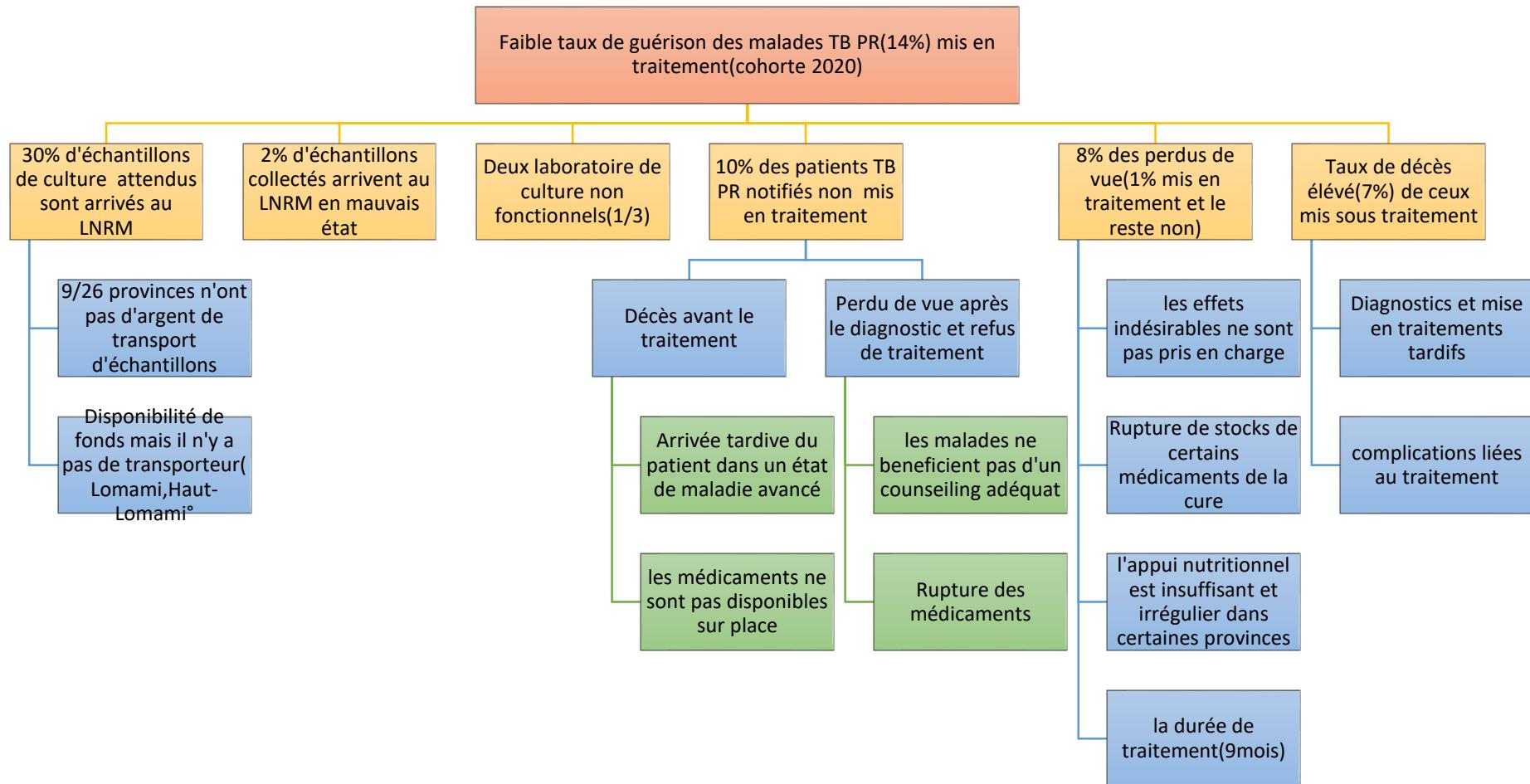


### 3.5. SEULEMENT 14% DES PATIENTS TB-PR NOTIFIÉS EN 2020 ONT ÉTÉ DÉCLARÉS GUÉRIS EN 2021

La prise en charge des patients diagnostiqués TB MR n'est pas encore optimale. En effet, environ 10% des patients diagnostiqués TB PR n'ont pas bénéficié du traitement. Le succès thérapeutique de la cohorte 2020 est de **83%** mais seulement **14%** sont arrivés à la guérison. (Sur les 1230 malades diagnostiqués). Le traitement de la TB MR fait face aux barrières suivantes :

- 30% d'échantillons de culture attendus sont arrivés au LNRN
  - 9/26 provinces n'ont pas d'argent de transport d'échantillons
  - Disponibilité de fonds mais il n'y a pas des transporteurs (Lomami et Haut-Lomami)
  - Non application de directives de prise en charge de la TB PR ;
- 2% d'échantillons collectés arrivent au LNRN en mauvais état
- Deux laboratoires de culture non fonctionnels (1/3)
- 10% des patients TB PR notifiés non mis en traitement
  - Décès avant le traitement
    - ✓ Arrivée tardive du patient dans un état de maladie avancé
    - ✓ Les médicaments ne sont pas disponibles sur place
  - Perdu de vue après le diagnostic et Refus de traitement
    - ✓ Les malades ne bénéficient pas d'un counseling adéquat
    - ✓ Rupture des médicaments
- 8% de perdus de vue (1% des malades mis en traitement et le reste est non mis en traitement)
  - Les effets indésirables ne sont pas pris en charge
    - ✓ Pas de directives de pharmacovigilance
    - ✓ Pas de médicaments de prise en charge des EI
  - Rupture des stocks de certains médicaments de la cure
  - L'appui nutritionnel et transport est insuffisant et irrégulier dans certaines provinces
  - La durée de traitement (9mois)
  - Insuffisance dans la gestion programmatique de la TB PR au niveau de la CPLT (CCTM, Revue annuelle)
- **Taux de décès élevé (7%) de ceux mis sous traitement**
  - Diagnostic et mise en traitement tardifs
  - Insuffisance des structures appropriées pour la prise en charge de cas compliqué (pavillon MDR)
  - Complications liées au traitement
    - ✓ Insuffisance de réalisation de bilan pré thérapeutique et suivi au cours du traitement (biologique, ECG...)

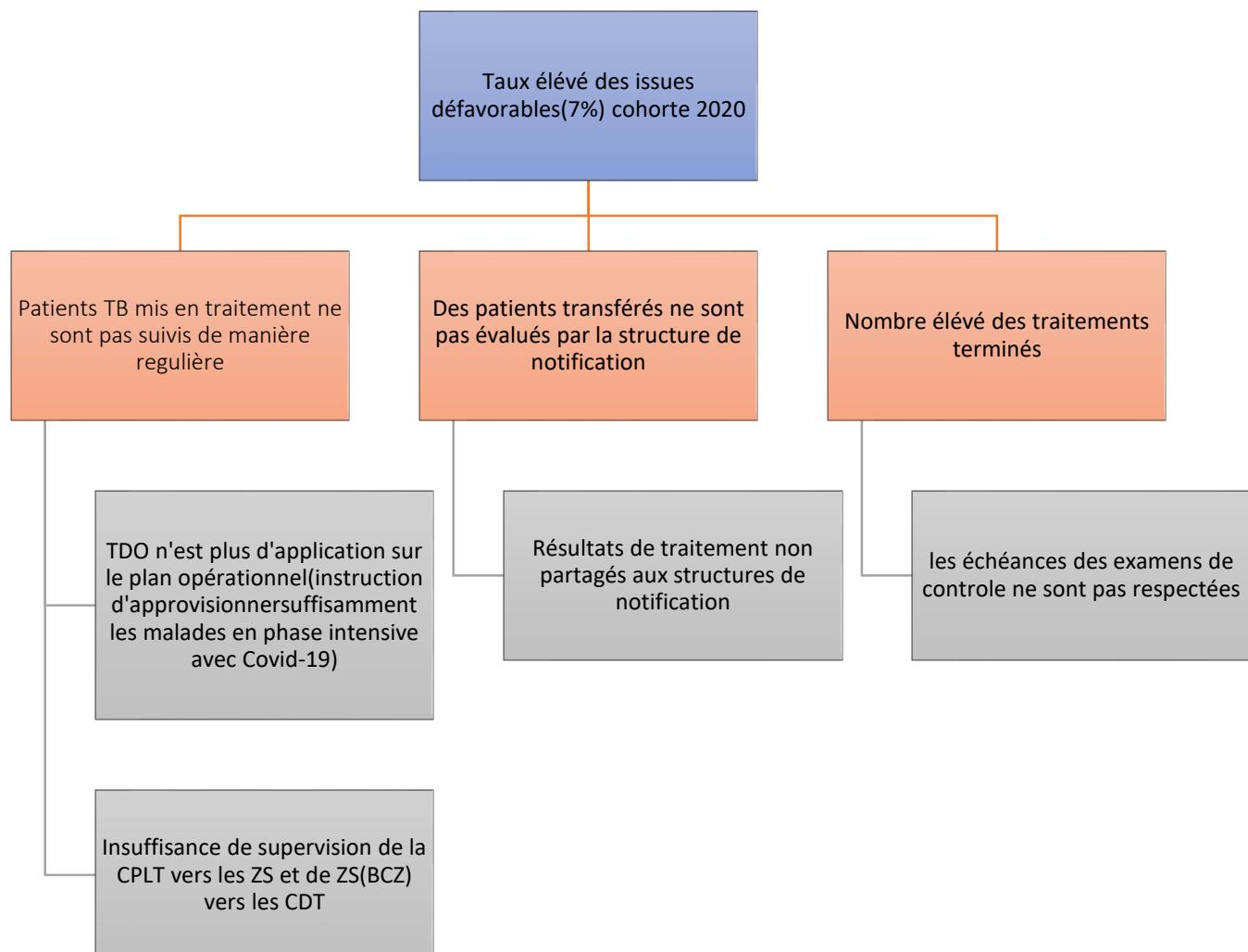
Tout ceci est illustré dans le diagramme ci-dessous.



### 3.6. LES ISSUES DÉFAVORABLES DES PATIENTS TB-PR COHORTE 2020 RETENT IMPORTANTES À 7% EN 2021

- Patients TB mis en traitement ne sont pas suivis de manière régulière :
  - TDO n'est plus d'application sur le plan opérationnel (instruction d'approvisionner suffisamment les malades en phase intensive avec Covid-19)
  - Insuffisance de supervision de CPLT vers les ZS et de la ZS(BCZ) vers les CDT
- Des patients transférés ne sont pas évalués par la structure de notification :
  - Résultats de traitement non partagés aux structures de notification
- Nombre élevé de traitement terminé (%)
  - Les échéances des examens de contrôle ne sont pas respectées

Ceci est illustré dans le diagramme ci-dessous



### **3.7. LA CAPACITÉ DE PILOTAGE, GOUVERNANCE ET GESTION DE LA LUTTE CONTRE LA TB EN RDC RESTE FAIBLE**

#### **3.7.1. Il y a absence d'un cadre stratégique pouvant permettre la coordination des différents partenaires dans la lutte contre la TB en RDC (partenariat multisectoriel, intersectoriel, avec les PTF et ceux de mise en œuvre) TB.**

Ceci a pour causes :

- i. Absence d'un mécanisme formel de communication entre le programme et ses partenaires
  - La coordination des activités n'est pas effective à tous les niveaux
    - ✓ Les aspects de partenariat stratégique ne sont pas clairement développés en termes des directives pouvant permettre la coordination des différents partenariats dans la lutte contre la TB
    - ✓ Le PSN TB n'est pas partagé avec les PTF
    - ✓ Les PAO des partenaires ne sont pas toujours partagés avec le PNLT
    - ✓ Le Partage d'information en termes de rapports techniques et financiers n'est pas effectif,
  - Double emploi dans l'utilisation des ressources de ou par les partenaires
    - ✓ la duplication des interventions de lutte contre la TB à tous les niveaux
  - Partenaires publics et privés dans le cadre du partenariat intersectoriel, et de la mise en œuvre qui ne sont pas souvent bien identifiés
    - ✓ Absence de la cartographie des partenaires publics et privés
    - ✓ Cadre de concertation intersectoriel non existant .....
- ii. Partenariat stratégique non fonctionnel
  - Les autres secteurs ne sont pas engagés dans la lutte contre la TB
    - ✓ Le cadre national multisectoriel lutte contre la TB (CNMLT) n'est pas opérationnel :
- iii. Non uniformisation des conventions de partenariat pour les partenaires :
  - Chaque partenaire travaille selon son MoU signé avec le programme. Il y'a ceux qui collaborent de manière tacite avec le PNLT.
  - Les accords de partenariat signés par le gouvernement (Minisanté) avec les grands bailleurs dans le cadre d'appui à la lutte contre la TB ne sont pas partagés avec le PNLT
  - Diversité des conventions de partenariat pour les partenaires qui ne sont pas concernés par le MoU de la rationalisation
  - Faible engagement politique assorti de la faible allocation du budget pour la lutte contre la TB
    - ✓ Mobilisation insuffisante des ressources domestiques

#### **3.7.2. La Gouvernance dans la lutte contre la TB est faible**

Ceci est dû au fait que :

- a. La coordination des appuis du PNLT est faible
  - La coordination des appuis du PNLT ne tient toujours pas compte des processus édictés en la matière
    - ✓ Les statuts et directives ne sont pas toujours correctement appliqués
    - ✓ Les statuts et directives ne sont suffisamment vulgarisés

- b. Il y a des faiblesses sur la capacité institutionnelle du PNLT pour la mise en œuvre des différents cadres de concertation et task-forces :
- Les mécanismes de suivi de l'application des normes et directives de la TB ne sont pas mis en place ;
  - la collaboration intersectorielle faible.
    - ✓ Cadres de concertation intersectorielle non officialisé ;
    - ✓ La mise en œuvre des actions conjointes pour agir sur les déterminants sociaux liés à la TB n'est pas effective

### **3.7.3. La capacité de gestion des ressources du programme est faible**

La Revue externe à mi-parcours du PSN TB 2021-2023 faite du 10octobre 2022 au 3 Novembre 2022 a mis en évidence les difficultés de PNLT de rendre compte sur les contributions financières des partenaires techniques et financiers intervenant dans la lutte contre la tuberculose et une gestion harmonieuses des ressources humaines et matériels mises à sa disposition.

Les causes :

- Absence de plan de développement de ressources humaines du PNLT
  - ✓ Le profil du personnel affecté au PNLT ne répond pas toujours aux qualités techniques des postes prévus dans l'organigramme ;
  - ✓ Les affectations du personnel sont faites sans tenir compte des besoins réels exprimés par le Programme en ressources humaines ;
  - ✓ Les ressources de l'UC/PNLT sont largement insuffisantes pour lui permettre de bien fonctionner et de rayonner dans tout le pays sur tous les plans (technique, matériel, équipement, etc.)
  - ✓ La réalisation des activités d'appui technique de l'UC/PNLT aux équipes provinciales reste également insuffisante en quantité et en qualité ;
  - ✓ Les dernières formations organisées remontent de l'année 2008 ;
  - ✓ Les supervisions réalisées sont insuffisantes et ne sont pas de qualité
  - ✓ 'évaluation interne non réalisée.
  - ✓ Fuite des cerveaux (les cadres et prestataires formés).
- Inexistence d'un plan de gestion et de renouvellement des équipements et matériels du programme
- Faible capacité d'utilisation des ressources mobilisées en faveur de la lutte contre la TB
  - ✓ Le service des finances de l'UC du PNLT ne sait pas coordonner toutes les informations financières de la lutte contre la TB dans le Pays ;
  - ✓ Le logiciel TOMPRO non disponible au PNLT ;
  - ✓ Insuffisance des budgets d'investissement et de fonctionnement ;
  - ✓ Multiplicité de modèle de gestion (chaque partenaire avec le sien)
- Faible capacité de générer l'information stratégique en temps réel
  - ✓ Absence d'un système informatisé qui prend en compte tous les domaines de la lutte ;
  - ✓ Faible capacité de la division de suivi et évaluation ;
  - ✓ Nombre insuffisant du staff ;

- ✓ Manque d'équipements et d'outils adaptés
- Les affectations du personnel ne sont pas toujours liées aux besoins du programme
  - ✓ Absence d'un cadre organique
  - ✓ Fuite des cerveaux
  - ✓ La recherche du mieux être
  - ✓ Absence d'un plan de développement des ressources et un plan de carrière.
- Vétustés des équipements et matériel
  - ✓ Absence d'un plan de maintenance et de renouvellement des équipements et du matériel
  - ✓ Absence de maintenance des équipements et du matériel
- Faible financement du plan stratégique
  - ✓ Absence d'un plan de mobilisation des ressources pour le PSN
  - ✓ Faible mobilisation des ressources domestiques
  - ✓ Non synchronisation du cycle budgétaire avec le gouvernement
  - ✓ Non endossement des documents stratégique
  - ✓ Forte dépendance des financements extérieurs

### **3.7.4. Faible implication des acteurs communautaires dans la lutte contre la TB**

Avec comme causes :

- Faible connaissance de la Politique nationale de la santé communautaire par les acteurs,
  - ✓ Le Guide sur l'implication communautaire n'est pas disponible
  - ✓ Les directives sur la lutte contre la TB au niveau communautaire ne sont pas suffisamment vulgarisées suite au nombre limité des RECO formés dans les ZS
  - ✓ Les outils communautaires et de sensibilisation ne sont pas mis à la disposition de tous les acteurs communautaires
- La coordination des activités communautaires est insuffisante
  - ✓ La cartographie des OSC et Organisations communautaires intervenants dans la lutte est incomplète et non mise à jour
  - ✓ Task-forces communautés non existants aux niveaux national et provincial
  - ✓ Les activités de la plateforme de coordination des interventions communautaires 'Stop TB RDC' ne sont pas bien appuyées
- Le financement des activités communautaires est insuffisant
  - ✓ Peu d'attention apportée aux activités communautaires par les partenaires du PNLT
  - ✓ Le soutien financier aux acteurs communautaires n'est pas à la hauteur d'une motivation satisfaisante et souvent insuffisant
- Le déploiement des acteurs communautaires dans les provinces est sélectif (beaucoup plus dans les chefs-lieux des provinces et pas dans l'arrière-pays)
  - ✓ Les intervenants communautaires à la base ne sont pas toujours connus au niveau des ZS

- ✓ Pas d'appuis dédiés à l'extension des approches communautaires dans toutes les provinces sont insuffisantes
- Les OAC, OSC, leaders d'opinion, tradipraticiens, ... participent de manière insuffisante à l'orientation des présumés TB au niveau des structures de prise en charge des malades
  - ✓ Les prestataires ne sentent pas l'importance d'impliquer les acteurs communautaires dans la lutte
  - ✓ Les membres des OAC, OSC, leaders d'opinion, tradipraticiens, etc... ne sont pas formés sur la TB
  - ✓ Les acteurs communautaires ne participent pas comme il faut dans les activités de recherche active de cas TB organisée par les structures de prise en charge
  - ✓ Les acteurs communautaires ne disposent pas souvent des outils de sensibilisation et des outils communautaires TB

### 3.7.5. Communication insuffisante sur la TB

Comme causes :

- Les activités de communication ne sont pas suffisamment développées
  - ✓ Plan d'Action de communication du PNLT
  - ✓ Les outils de communication ne sont pas développés
  - ✓ Les messages de sensibilisation sur la TB ne sont pas souvent à jour
  - ✓ Les Staff du PNLT et les responsables des OSC engagées dans la lutte contre la TB ne sont pas formés sur les stratégies de communication
  - ✓ Le PNLT ne dispose pas des matériels et équipement de communication
  - ✓ Les panneaux géants et affiches murailles sur la TB ne sont plus produits
  - ✓ Des activités de communication pour l'augmentation de connaissance de la population sur la TB ne sont pas développées
  - ✓ Les chansons sur la TB ne sont pas diffusées
  - ✓ Le JMT n'est organisée qu'au niveau national et dans quelques provinces
- Les activités de communication ne sont pas suffisamment financées
  - ✓ Financements limités
  - ✓ Les partenaires ne trouvent pas l'importance d'appuyer les activités communautaires (Coupe des activités de communication lors de Grant making, etc..)
- Les actions de plaidoyer en faveur de lutte contre la tuberculose en RDC sont faiblement réalisées
  - ✓ Absence d'un plan de plaidoyer du PNLT
  - ✓ Les activités des Ambassadeurs TB ne sont pas développées par manque de moyens
  - ✓ Les activités de Caucus des députés pour la TB sont faiblement appuyées
  - ✓ Les activités de mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre la TB ne sont pas développées
  - ✓ La réforme des lois et des politiques concernant la prise en compte des aspects de la prise en charge TB et des personnes affectées par la TB n'est pas soutenue

- ✓ Les activités de plaidoyer touchent rarement des autorités pénitentiaires civiles et militaires, les responsables des camps de réfugiés et de carrés miniers, etc...

### **3.7.6. Des obstacles au Genre, droits humains, protection sociale et l'appui aux patients limitent l'accès des personnes affectées aux services de TB**

Ce gap a comme causes :

- a) Obstacles qui entravent l'accès aux services TB (dû parfois au manque d'informations, distance ou aux coûts de services à payer) :
  - Couverture des services de prévention, diagnostic, traitement et soutien TB limité
    - ✓ Offre inadéquate des services TB (manque de plan d'extension des services TB)
    - ✓ Les directives nationales en matière de TB ne sont pas toujours bien appliquées dans certaines contrées du pays
  - Coûts directs et indirects des services TB
    - ✓ (Déterminants socio-économiques : Pauvreté)
    - ✓ Le coût élevé des examens avant l'accès au dépistage, diagnostic et soins de la tuberculose
    - ✓ La rétention des malades qui habitent loin de la structure (Cas HGR Goma et Rutshuru)
  - Sensibilisation de la population sur la GDH TB non effective
    - ✓ Absence de module de formation communautaire GDH TB
    - ✓ Les acteurs communautaires non formés sur la GDH TB
    - ✓ Le Staff PNLT en charge des aspects GDH TB ne sont pas formés en GDH TB
    - ✓ Les messages de sensibilisation sur le GDH TB sont pas vulgarisés et anciens
    - ✓ Les campagnes de sensibilisation sur le GDH TB ne sont pas réalisées
    - ✓ Les organisations intervenantes dans GDH TB ne sont pas bien connues
- b) Soutien aux activités de protection sociale et appui aux patients ne se fait presque pas
  - ✓ Absence de ressources pour l'appui aux patients TB
  - ✓ Les activités de protection sociale des patients TB ne sont pas développées
  - ✓ Le soutien psychosocial des personnes affectées par la TB est faiblement réalisé et pas très bien pris en compte par la PNLT
  - ✓ Les activités de réinsertion sociales des personnes affectées par la TB les plus démunies ne sont développées
- c) Stigmatisation et discrimination liées à la TB :
  - Les anciennes connaissances/pratiques sur la TB sont toujours de l'actualité
    - ✓ Non vulgarisation des nouvelles connaissances et pratiques sur la TB édictées dans les directives du PNLT,
    - ✓ Les prestataires de soins ne sont pas formés sur le GDH TB et peu formés sur l'éthique médicale
    - ✓ Les croyances, us et coutumes par rapport à la TB :
  - Les personnes affectées par la TB sont souvent victimes de discrimination, stigmatisation et violation des droits
    - ✓ Les acteurs juridiques ne sont pas intéressés à accompagnés les victimes de discrimination, stigmatisation et violation des droits liés à la TB parce qu'ils ne sont pas formés sur GDH TB
    - ✓ Le soutien juridique pour les personnes affectées TB n'est pas appuyé

- ✓ La question stigma et discrimination liées à la TB n'est pas discutée aux niveaux national et provincial,

d) Non connaissance des droits des personnes affectées par la TB :

- Vulgarisation de la déclaration des droits des personnes affectées par la TB n'est pas effective
  - ✓ Difficile d'appropriation de la DDPA-TB par toutes les parties prenantes dans la lutte anti-TB
  - ✓ Peu d'attention apporté aux des personnes affectées par la TB
- Autonomisation des personnes affectées par la TB n'est pas suffisamment faite (pour clamer leurs droits)
  - ✓ Environnement juridique non favorable aux personnes affectées par la TB (Pas de loi TB, les politiques TB ne sont pas appliquées à la lettre et ne tiennent pas toujours compte des spécificités des populations clés et vulnérables,)
  - ✓ Le soutien juridique n'est opérationnel (Pas des cliniques juridiques pour accompagner les victimes de stigma et discrimination liées à la TB)
  - ✓ Des aspects de GDH TB non maîtrisés par les agents de santé et acteurs communautaires :
- Les notions sur le genre et droits humains ne sont pas maîtrisées par les prestataires de soins :
  - ✓ Les prestataires de soins ne sont pas formés sur la Tuberculose et GDH
  - ✓ Les prestataires de soins ne sont pas formés sur l'éthique médicale

e) La mise en œuvre des activités GDH TB du PNLT n'est bien assurée

- Non définition des cibles des interventions et absence des indicateurs GDH
  - ✓ Absence du Guide Genre et Droits humains TB
- Inexistence de la Cartographie des OSC et Organisations communautaires intervenants dans le GDH TB
- Financement des activités GDH TB n'est pas suffisant :
  - ✓ Les ressources pour la mise en œuvre des activités GDH sont très limitées
  - ✓ Peu d'attention apportée aux activités GDH TB

## IV. DEFINITION DU CADRE DE PLANIFICATION

### 4.1. VISION

*« Un Congo (RDC) avec zéro décès, ni morbidité, ni souffrances des familles dues à la tuberculose à l'horizon 2035 par l'amélioration de l'accès aux soins de qualité à toute la population congolaise ».*

### 4.2. BUTS :

- Réduire l'incidence de la tuberculose de 318 à 310 cas pour 100.000 habitants d'ici la fin de 2028.
- Réduire le taux de mortalité due à la TB de 44 à 37 pour 100.000 habitants d'ici la fin de 2028.
- Réduire de 56,5 à 50 % le pourcentage des familles subissant les coûts catastrophiques dus à la TB d'ici la fin de 2028.

### 4.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

D'ici la fin de l'année 2028 :

1. *Augmenter de 9,5 à 70% la proportion des cas incidents (nouveaux patients et rechutes) notifiés ayant subi un test moléculaire comme test initial de diagnostic*
2. *Notifier un total de 1.697.885 cas incidents (parmi lesquels 300.247 enfants), dont 287.375 la 1<sup>ère</sup> année, 316.176 la 2<sup>ème</sup> année, 346.156 la 3<sup>ème</sup> année, 368.453 la 4<sup>ème</sup> année et 379.725 la 5<sup>ème</sup> année.*
3. *Notifier 18.753 patients TB-Pharmaco résistants*
4. *Traiter avec succès 95% des patients TB cas incidents notifiés*
5. *Guérir au moins 70% des patients TB-PR notifiés*
6. *Tester au VIH 100% des patients TB (connaissance de leur statut sérologique) (xxx cas incidents TB)*
7. *Mettre sous TAR 100% des patients TB-VIH+ notifiés*
8. *Mettre sous TPT 95% des personnes/cibles éligibles*
9. *Améliorer le pilotage, le partenariat, la coordination, la gouvernance et la gestion du programme de lutte contre la TB en RDC.*

### 4.4. PRINCIPAUX AXES STRATEGIQUE RETENUS DANS LE PSN 2024-2028 :

Ce PSN est élaboré à l'issue de la Revue externe à mi-parcours du PSN 2021-2023 réalisée en octobre 2022 et qui a identifié des défis importants tout en recommandant les principaux axes stratégiques suivants pour adresser les faiblesses :

N°	Axes stratégiques	Actions principales
1	Dépistage et diagnostic de la tuberculose	Décentralisation du dépistage en améliorant l'accès de la population et l'offre des services impliquant le public, le privé et la communauté
		Amélioration quantitative et qualitative du réseau de laboratoires et Rx numérique en veillant à l'extension de nouveaux outils de diagnostic tels que recommandés par l'OMS en vue de rendre plus accessible les services de diagnostic de la tuberculose.
		Disponibilité ininterrompue des réactifs et consommables de laboratoire aux sites des examens pour éviter toute rupture de stock
		Elaboration d'une stratégie de maintenance et de renouvellement des équipements et du matériel
2	Traitement de la tuberculose	Disponibilité ininterrompue des médicaments spécifiques et médicaments des EIM au dernier kilomètre pour éviter toute rupture de stock
		Elaboration de la politique nationale de prise en charge des populations clés et vulnérables et d'un plan national de renforcement de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.
		Amélioration de la surveillance des traitements, la gestion des événements indésirables et la pharmacovigilance / aDSM.
3	Suivi des patients	Réalisation effective des bilans pré thérapeutiques et de suivi des patients TB-PR.
		Réalisation effective des contrôles bactériologiques par les patients TB-PS afin de diminuer le fort taux de traitements terminés au profit du taux de guérison Réalisation effective des cultures de départ et de suivi aux échéances chez les patients TB-PR afin de relever le taux des patients réellement guéris. Mise en place des Incitatifs et appuis sociaux et psychologiques aux patients afin d'améliorer l'observance du traitement
4	Prévention de la tuberculose	Elargissement progressif des cibles actuelles (enfants de moins de 5 ans et PVVIH éligibles) à d'autres cibles : enfants de 5 à 14 ans et adultes les plus à risque
5	Amélioration de la gouvernance	Plaidoyer pour la facilitation du décaissement du financement de l'Etat (Gouvernements central et provinciaux) et exploration d'autres sources de financement en faveur du PNLT.
		Vulgarisation des directives et des normes sur le terrain et diffusion des rapports épidémiologiques
		Elaboration d'un plan de développement des ressources humaines ainsi que des mesures de rétention des experts du programme.
		Mobilisation des financements de l'Etat pour l'achat d'au moins 50% des besoins en médicaments et autres produits de santé.
		Renforcement de la collaboration avec les organisations communautaires, des malades, les prestataires des soins du secteur public et privé et les organisations de la société civile à la gestion de la tuberculose.
		Connexion internet (modems Wifi et forfaits) dans les zones à difficultés d'accès pour la saisie des données dans le DHIS2 et formation des agents de saisie.
6	Améliorer la recherche opérationnelle	Renforcement de la recherche opérationnelle adaptée aux besoins du PNLT (promotion de la recherche opérationnelle sur la gestion de la tuberculose) pour orienter les stratégies de lutte.

Ainsi toutes les interventions et activités vont découler de ces axes stratégiques principaux retenus à l'issue de la Revue externe TB 2022.

#### 4.5. TABLEAU DES INTERVENTIONS, ACTIVITES PRINCIPALES ET SOUS -ACTIVITES

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothese & Commentaires	Modules	2024	2025	2026	2027	2028
<b>1. Augmenter de 9,5 à 70% la proportion des cas incidents (nouveaux patients et rechutes) notifiés ayant subi un test moléculaire comme test initial de diagnostic</b>	<b>1.1. Depistage et diagnostic de la TB: Extension du diagnostic moléculaire rapide dans le pays</b>	1.1.1. Actualiser la cartographie des machines de GeneXpert et TrueNat	Réunion de travail d'un jour au PNLT, pause-café pour 20 personnes au PNLT		x				
		1.1.2. Elaborer un plan budgétisé pour améliorer le système de transport des échantillons	Organiser un atelier de 27 TLP à Kinshasa en 5 jours	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose	x				
		1.1.3. Doter sites supplémentaires des équipements de biologie moléculaire	Acquérir, déployer dans les provinces prévues 138 Machines GeneXpert 10 couleurs, 80 TrueNat selon la cartographie en annexe	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose	x				
		1.1.4. Elaborer un plan de maintenance, entretien et remplacement des équipements de biologie moléculaire ainsi que d'autres équipements de laboratoire	1 Mission d'AT internationale et nationale de 15 jours, avec l'organisation d'un atelier de 15 personnes pour 6 jours pour les personnes de la Division Adm&Fin (Logistique,,,) du PNLT	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					
		1.1.5. Appuyer le transport des échantillons dans toutes les provinces du pays	Transport des CT vers les CDT	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					
			Transport des CDT vers LPR	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					
			Transport des LPR vers LNRM	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					

		1.1.6. Financer le plan de maintenance des équipements		Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					
		1.1.7. Organiser des sessions de briefing/recyclage des prestataires sur les algorithmes de PATI-6 à appliquer	Recyclage local de 3 jours sur PATI-6 pour 2 personnes par CDT x 2595=5190	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					
		1.1.8. Approvisionner régulièrement les sites en intrants, outils de collecte, supports d'information, etc.	Coûts de distribution des intrants de LABO jusqu'aux CDT (voir budget GAS FM - GC7)	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					
		1.1.9. Assurer le suivi de la mise en œuvre de l'application des algorithmes à tous les niveaux	1 mission par semestre x2 x27 CPLT x7 jours	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					
		1.1.10. Evaluer trimestriellement les résultats obtenus	1 reunion de monitorage, vérification et valisation des données et analyse x4 x27 CPLT x10 personnes x1jour	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothese & Commentaires	Modules	2024	2025	2026	2027	2028
2. Notifier un total de 1.697.885 cas incidents (parmi lesquels 300.247 enfants), dont 287.375 la 1ère année, 316.176 la 2ème année,	2.1. Depistage et diagnostic: Amélioration de l'accès aux services TB pour la population	2.1.1. Intégrer les activités TB dans 1031 CDT additionnels aux 2.083 existants à la fin 2021, tout en rationalisant les CT autour des CDT (parmi lesquels 10% - privés soit 103)	(i) Achat de : 1031 microscopes à acquérir Petit matériels de labo (crachoirs, lames, lampes à alcool, etc.)-budget GAS/GC7 (iii) Formation de 2 personnes x 1031 CDT x 3 jours	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					
		2.1.2. Rationaliser les CT et leurs activités autour des CDT	Briefing de 2 personnes par CT x3114 CDT x4 CT pour 1 jour	Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose					

<b>346.156 la 3ème année, 368.453 la 2. 4ème année et 379.725 la 5ème année</b>	<b>2.2. Depistage et diagnostic: Amélioration de l'accès au diagnostic de qualité a toutes les personnes dans le besoin</b>	2.1.3. Mener des séances de plaidoyer auprès des autorités pour définir les mesures d'appui et protection sociale (CSU) et les critères à satisfaire par les personnes atteintes de tuberculose pour en bénéficier	1 seance par an x5 ans x519 ZS						
		2.1.4. Mettre en œuvre l'approche qualité (sur base de l'expérience pilote) dans 10 grandes villes des provinces à forte charge TB	15 grandes villes du pays (voir budget Approche qualite GC7)						
		2.2.1. Acquérir 154 appareils Rx numériques (fixes, mobiles et portatifs)	154 appareils Rx numeriques/DAO: 100 fixes pour les HGR, 27 mobiles dans les CPLT et 27 portatifs dans les grands CDT						
		2.2.2. Former 104 personnes des CPLT sur le suivi et évaluation des activités d'utilisation des Rx numériques dans les 26 provinces	154 personnes x 27 CPLT x 3 jours						
		2.2.3. Former les personnes du niveau opérationnel sur le remplissage des outils des Rx numériques dans les provinces	154 sites Rx x3 personnes x 1 jour						
		2.2.4. Organiser des campagnes de dépistages actifs semestrielles de la TB à l'aide de Rx portatives dans les ZS des 26 Provinces	2x 233 ZS ayant depiste au moins 1 cas x 2 jours						
		2.2.5. Former/recycler le personnel de laboratoire dans le système de management de la qualité	Atelier de 25 personnes LNRM x 7 jours x 2 fois (2024 et 2027)						
		2.2.6. Renforcer la supervision des acteurs à tous les niveaux	15 missions de supervision LNRM vers les provinces par an x 5 ans x 7 jours						
		2.2.7.. Organiser une Assistance Technique pour accompagner le processus d'accréditation du LNRM prévue pour 2026	recruter un AT interfnational pour 180 jours pleins (2 voyages internationaux par an pendant 3 ans, billets d'avion, per diem et honoraires + 1 voyage par an dans une province durant 3 ans)						

		2.2.8. Participer au contrôle de qualité international (LNRM et LPR) (Envoyer des échantillons pour le contrôle de qualité externe des laboratoires de culture au niveau du Laboratoire supranational (IMT Anvers)	Couût d'envoi des échantillons des LNRM et LPR au Bénin/Anvers ou Alger voir coûts historiques						
		2.2.9. Organiser le Panel test pour les différentes techniques utilisées dans le réseau de laboratoire pour 27 CPLT à Kinshasa	Frais d'envoi des tests et des échantillons dans 27 provinces						
		2.2.10. Assurer les visites annuelles d'appui et de supervision par un LSN	1 voyage annuel international, per diem, honoraires : 1 fois par an pendant 5 ans						
		2.2.11. Organiser les revues annuelles des activités de laboratoire avec les TLP dans une province	1 Atelier national avec 15 pers du LNRM + 27 LPR x 7 jours par an x 5 ans						
		2.2.12. Obtenir l'accréditation du Labo d'ici 2026							
<b>2.3. Dépistage et diagnostic :</b> Renforcement du rendement des outils diagnostics existants Renforcement du rendement des outils diagnostics existants		2.3.1. Renforcer le système de transport des échantillons dans le pays avec des moyens modernes :	Acheter 5 drones pour les transport des échantillons (Nord Kivu, Ituri, Maindombe, Equateur, Mongala)						
		Acheter le matériel requis pour le triple emballage des échantillons (bacs, sachet Ziplock, papier absorbant)							
		Acheter le matériel requis pour le triple emballage des échantillons (bacs, sachet Ziplock, papier absorbant)							
		Impliquer la communauté dans la collecte et le transport des échantillons.							
		2.3.2. Assurer une alimentation électrique stable et ininterrompue des équipements du laboratoire	Achat des panneaux solaires de puissance .....pour le LNRM et 20 LPR						
		2.3.3. Acheter des kits de calibration pour les machines Xpert	Achat de 400 kits						

		2.3.4. Acheter les modems pour les sites Xpert pour la connectivité Data To Care	Achat de 341 modems						
		2.3.5. Approvisionner les sites Xpert en crédits pour la connectivité Data To Care	341 sites x 1 modem x 12 mois par an x 5 ans x FF de ... \$						
		2.3.6. Acquérir des plateformes légères ELISA pour QTF ( <b>GAS</b> )	6 provinces x 1 appareil (Kasaï Oriental, Lualaba, Kongo Central, Nord Kivu, Ituri, Kwilu						
		2.3.7. Acquérir les tests IGRA et frais GAS pour les deux structures de Kinshasa et Lubumbashi (( <b>GAS</b> )	GAS						
		2.3.8. Renforcer la capacité du personnel des LNR des deux provinces tests sur le test IGRA (ou les nouveaux à venir) personnes par provinces pendant 5 j	Atelier 6 provinces x 2 personnes x 5 jours						
	<b>2.4. Dépistage et Diagnostic :</b> Renforcement du système de la notification des patients TB	2.4.1. Impliquer toutes les structures dans la notification obligatoire des cas de TB							
		2.4.2. Elaborer un cadre formel de collaboration entre le PNLT et les autres structures du système de santé	1 Atelier pour élaboration des directives et mémorandum d'netete pour les privés lucratifs et d'entreprise 3 jours (35 personnes)						
		2.4.3. Renforcer les capacités des acteurs des structures impliquées.							
		2.4.4. Assurer la supervision de qualité des acteurs de terrains.	1 Atelier pour élaboration des directives et mémorandum d'netete pour les privés lucratifs et d'entreprise 3 jours (35 personnes)						
		2.4.5. Organiser la validation et rapportage des activités TB dans xxx structures privées							

<p><b>2.5. Dépistage et Diagnostic :</b> Intensification du dépistage au niveau des populations vulnérables pour la TB</p>	2.5.1. Elaborer la cartographie des populations vulnérables pour chaque type de population et chaque province	AT : Consultant international 90 jours (2 voyages par an + tickets de voyage + per diem + honoraires; avec Consultant national 60 jours avec 6 voyages en province de 7 jours, per diem, honoraires 1 Atelier de validation de la cartographie et directives 8 jours pour 30 personnes au niveau national + 6 MCP se déplaçant						
	2.5.2. Organiser des réunions de concertation avec les différents groupes des populations spéciales pour leur dénombrement	1 réunion de 1 jour par CPLT x 100 personnes x 5 \$ collation/transport x 27 CPLT						
	2.5.2. Actualiser les stratégies spécifiques pour chaque type de populations vulnérables assorties d'un plan opérationnel.	1 Atelier de 6 jours x 27 CPLT x 15 personnes						
	2.5.3. Vulgariser les directives nationales dans toutes les provinces	Frais d'impression du Guide et directives sur les populations clés et vulnérables						
	2.5.4. Mettre en œuvre les plans opérationnels dans les provinces	Missions de descente sur le terrain 27 CPLT x 4 jours x 2 semestres						
	2.5.5. Organiser trimestriellement des campagnes conjointes de dépistage actif du VIH et de la TB par les unités mobiles auprès des prisonniers dans 22 prisons, des déplacés internes, Réfugiés, migrants et dans les provinces concernées, auprès des mineurs dans 10 DPS (Haut-Katanga, Lualaba, Maniema, Nord-Kivu, Kasaï Oriental, Kasaï, Ituri, Haut-Uélé, Tshopo, Tanganyika)	22 grandes prisons 10 CPLT pour mineurs artisanaux (Ituri, Kasaï Oriental, Sud Kivu, Kasaï, Kasaï Central, Nord Kivu, Tshopo, Maniema, 2 CPLT avec mines industriels (Haut Katanga, Lualaba) 2 CPLT pour les réfugiés/déplacés (Nord Kivu, Ituri, Sud Kivu)						
	2.5.6. Organiser des activités de recherche de la TB dans d'autres portes [CPS, Services de nutrition, SRMNEA, Sites de Soins Communautaires (SSC), etc.] au niveau de différentes provinces	Formation des ECZ et prestataires dans ZS de 10 grandes villes (Kinshasa, Lubumbashi, Goma, Bukavu, Kisangani, Mbuji Mayi, Kananga, Mbandaka, Matadi, Kalemie)						

		2.5.7. Vulgariser la déclaration des droits des personnes affectées par la TB	Imprimer x copies et disseminer dans les 27 CPLT						
		2.5.8. Mobiliser les groupes des populations clés et vulnérables à s'engager dans la lutte contre la tuberculose	Organiser 1 atelier de 2 jours par CPLT x27 CPLT (1 atelier par an pdt 5 ans)						
		2.5.9. Organiser des séances de sensibilisation de différentes communautés sur la lutte contre la TB chez les PCV.	4 seances x2 jours par CPLT par an x27 CPLT						
		2.5.10. Rechercher la TB chez les enfants de moins de 5 ans, 5-14 et adultes contacts des cas contagieux y compris par des approches de proximité et communautaires							
		2.5.11. Doter les prisons en microscopes et équipements pour tests moléculaires	22 grandes prisons du pays						
		2.5.12. Former xxx responsables des prisons, carrés miniers, camps des réfugiés, etc... sur les notions essentielles sur la TB (signes de présomption et prise en charge), 2 responsables par sites 1	4 personnes par prison x22 prisons						
		2.5.13. Former des pairs éducateurs/des relais communautaires sur le rôle des détenus relais communautaires dans le TDO	5 pairs educateurs x22 prisons x2 jours						
		2.5.14. Apporter le soutien nutritionnel pour adhérence aux traitements y compris TDO	1 kit nutritionnel par mois x 6 mois x2860 prisoniers						
		2.5.15. Organiser les réunions trimestrielles de coordination au niveau central et dans les 15 provinces de la première phase (Haut Katanga, Ituri, Kasaï Central, Kasaï Oriental, Kinshasa, Nord Kivu, Tshopo et Sud Kivu)	4 reunions x15 provinces x1 jour par an x5 ans						
		2.5.16. Diffuser les affiches de sensibilisation TB/VIH dns les prisons	22 prisons x...affiches						

		2.5.17. Organiser tous les ans, une campagne de dépistage actif au niveau des écoles en collaboration avec le programme de santé scolaire	519 ZS x1 ecole par an x 2 jours x5 ans						
		2.5.18. Subventionner dans les 519 ZS des examens radiologiques pour les enfants présumés auprès de qui l'examen Xpert est revenu négatif	xxx enfants par ZS x 519 ZS						
		2.5.19. Organiser semestriellement des reunions de concertation avec les programmes connexes de prise en charge de la mère et de l'enfant (Santé reproductive, Nutrition, Santé respiratoire, PEV, PCIME, etc.) et les maladies métaboliques (diabète et HTA)	2 reunions par an x 30 personnes						
		2.5.20. Former/ recycler dans chaque province 20 medecins en TB chez l'enfant et l'adolescent	20 medecins x 26 provinces (2024 et 2026)						
		2.5.21. Former les responsables des prisons sur les notions essentielles sur la TB (Reconnaitre les signes et orienter les présumés)	3 responsables par prison x22 prisons						
		2.5.22. Etendre la recherche active de la TB chez l'enfant dans les selles à l'aide du GeneXpert dans les provinces de Kinshasa, Kongo central, Haut-Katanga, Kasai Oriental, Lualaba, Sud Kivu, Kwilu et Nord Kivu)	Formation de 2 jours pour 2 personnes par site Xpert x 341 sites						
<b>2.6. Dépistage et Diagnostic :</b> Intensification de la recherche systématique de la TB chez les sujets contacts	2.6.1. Vulgariser les directives d'investigation des contacts								
	2.6.2. Actualiser le plan d'accélération de dépistage de la TB-PR , atelier de 15 personnes en dehors de kin( Matadi) pendant 7 jours	Pour booster le depistage de la TB PR, cette activité doit être elargi à d'autres provinces							
	2.6.3. Mettre en œuvre le plan d'accélération TB-PR, atelier de 15 personnes en dehors de Kin ( Matadi) pendant 7 jours	Pour booster le depistage de la TB PR , cette activité doit être elargi à d'autres provinces							

	des cas index TB-PS et TB-PR.	Organiser des missions de suivi du plan d'accélération de l'unité centrale vers les CPLT, Mission de 7 Jours dans les 27 CPLT	Pour booster le dépistage de la TB PR, cette activité doit être étendue à d'autres provinces						
		2.6.4. Renforcer l'accompagnement des prestataires de terrain							
		2.6.5. Former/recycler les RECO dans l'investigation systématique des contacts							
		2.6.6. Organiser des séances de plaidoyer auprès des partenaires/gouvernement pour appuyer les communautaires dans l'investigation systématique des contacts.							
	<b>2.7. Renforcement de l'implication de la communauté à la lutte contre la tuberculose</b>	2.7.1. Vulgariser les directives d'investigation des contacts							
		2.7.2. Renforcer l'accompagnement des prestataires de terrain							
		2.7.3. Former/recycler les RECO dans l'investigation systématique des contacts							
		2.7.4. Organiser des séances de plaidoyer auprès des partenaires/gouvernement pour appuyer les communautaires dans l'investigation systématique des contacts.							

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothese & Commentaires		2024	2025	2026	2027	2028
-----------	----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--	------	------	------	------	------

<b>3. Notifier 18753 patients TB-Pharmaco résistants</b>	3.1. Diagnostic de la TB PR	3.1.1. Doter 178 sites supplémentaires en équipements de biologie moléculaire	178 Xpert, 300 Truenat						
		3.1.2. Approvisionner périodiquement en intrants de biologie moléculaire, fournitures et autres consommables	2796 cartouches par machine pour 1 année						
		3.1.3. Recycler/former les prestataires à l'utilisation de nouveaux outils de diagnostic y compris la maintenance de base.	??? Personnes recycler par an x 2						
		3.1.4. Elaborer un plan de maintenance, entretien et remplacement des équipements de biologie moléculaire ainsi que d'autres équipements de laboratoire voir labo							
		3.1.5. Acheter 2 sequenseurs pour le labo							
		3.1.6. Mettre en oeuvre le plan d'intensification de la TB PR dans 20 provinces	\$449580 pour 20 provinces						

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothese & Commentaires	Modules	2024	2025	2026	2027	2028
<b>4. Traiter avec succès 95% des patients TB cas incidents notifiés</b>	4.1. Réduction des issues défavorables	4.1.1. Assurer le suivi régulier des échéances des examens de contrôles bactériologiques et RDV de traitement							
		4.1.2. Instaurer l'utilisation des échéanciers dans les CDT et CT pour respecter les délais de mise en traitement et les RDV des patients en traitement et renouveler leurs stocks des médicaments et/ou réaliser les examens de contrôle aux échéances indiquées							
		4.1.3. Redynamiser le TDO familial et communautaire tous les 6 jours sur 7 de la semaine							

		4.1.4. Capitaliser les supervisions dans une structure X pour assurer le suivi des malades par les acteurs de tous les niveaux							
		4.1.5. Mettre en place un groupe de partage d'informations (IT par ZS, ISZS par DPS et ISP au Pays) sur les résultats de contrôle, de traitement des patients transfert in							
		4.1.6. Subventionner les frais de communication (sms ou méga) de 2.133 IT, de 519 ISZ et de 27 ISP à raison de 2\$ par mois par acteur							
		4.1.7. Partager, par le groupe mis en place, les résultats de contrôle, de traitement des patients transfert in							
	<b>4.2.</b> Amélioration de taux de guérison des patients TB PR mis en traitement	4.2.1. Etendre les activités de transport organisé (des échantillons de labo des CDT vers les sites de GeneXpert, de ces derniers vers les LPR, des LPR vers le LNRM et/ou vers les plateformes de regroupement provincial, et du LNRM vers le Labo supranational)	Pour diagnostiquer precocement les cas de tuberculose Pharmac résistante						
		§ Déterminer la cartographie de CDT vers les sites de GeneXpert, de ces derniers vers les LPR, des LPR vers le LNRM et/ou vers les plateformes de regroupement provincial, et du LNRM vers le Labo supranational)	Pour diagnostiquer precocement les cas de tuberculose Pharmac résistante						
		4.2.2. Elaborer le plan d'intégration des activités des cultures dans les laboratoires autres que le LNRM (HJ HOSPITAL, INRB, Cliniques Universitaires de Kinshasa, ISTM Bukavu, Hôpital Don Bosco de Lubumbashi)	Contractualisation avec des laboratoires privés pour faciliter la réalisation des examens pré thérapeutiques et de suivi au cours du traitement						

		§ Contractualiser avec des laboratoires privés pour 'xxx examens de culture dans les laboratoires autres que le LNRM (HJ HOSPITAL, INRB, cliniques Universitaires de Kinshasa, ISTM Bukavu, Hôpital Don Bosco de Lubumbashi)						
		4.2.8. Subventionner les frais de consultations des xxx présumés TB PR à raison de 1 \$ par présumé dans 519 ZS	Soutien au patient pour reduire le cout catastrophique et renforcer l'observance du traitement					
		4.2.11. Faire bénéficier d'un counseling adéquat xxx malades TB PR par ZS dans 519 ZS	Le PNLT voudrait intensifier la mise œuvre de l'aDSM ( notification e, rapportage et prise enchâtrge des effets indésirables )					
		Doter les 359 FOSA de 9731 piluliers intelligents (MERM) pour couvrir 100% des malades pharmaco-résistants ( <b>GAS</b> correction au lieu de 1500 budgétisé)	Rappeler la prise des médicaments, pour le renforcement de l'observance du traitement					
		Doter les 16 HGR avec spectrophotomètres et ECG ( <b>GAS</b> )						
		Doter les 359 CDT en spectrophotomètres et appareils d'ECG ( <b>GAS</b> )	Pour permettre la réalisation des examens					
		4.2.16. Organiser xxx missions de collecte active des données sur les effets indésirables dans les provinces Hot Spot (Kinshasa, Haut-Katanga, Kongo central, Kasaï oriental et Sankuru) à raison d'une mission par trimestre et par province	Des missions spécifiques pour le renforcement des capacités des prestataires à tous les niveaux dans la gestion clinique et programmatique TB PR					

	Realiser le bilan initial de XXXX malades TB PR avant leur mise en traitement et les examens de suivi de tous les patients en traitement	pour faciliter la réalisation des examens pré thérapeutiques et de suivi au cours du traitement						
	Renforcer les capacités des acteurs des structures impliquées							
	Organiser les VAD pour le traitement des cas TB-UR, TB-VIH ou grabataires							
	Doter xxx FOSA des étiquettes des médicaments ( 99 DOTS)							
	Doter xxxx FOSA de pilluliers intelligents (MERM)	Les Pilluliers intelligents permettent de rappeler la prise des médicaments et en definitive l'observance du traitement						
	Doter xxx patients TB-UR de smart phones pour le suivi par vidéo de l'observance du traitement	Pour assurer le suivi des malades en traitement ; la prise régulière des médicaments , surveillance à distance des EIM etc						
	4.2.22. Améliorer la capacité de la culture/DST phénotypique	Améliorer la recherche de la résistance aux nouvelles molécules : Bedaquiline, Linezolide etc						
	§ Approvisionner xxx laboratoires de culture en xxx réactifs et xxx produits de base pour la culture et le DST	Pour la recherche de la résistance aux FQ et aux nouvelles molécules telles que BDQ, LZD etc						
	§ Former/recycler xxx agents des laboratoires de culture au LNRM	pour le renforcement des prestataires aux nouvelles techniques de diagnostic au laboratoire						

		§ Assurer des contrats de service/maintenance pour le P3 et tous les équipements majeurs des laboratoires de culture/DST	Pour un meilleur fonctionnement du P3 et un diagnostic de qualité de la TB						
		§ Réhabiliter et équiper les LPC pour pouvoir réaliser la culture selon les recommandations des évaluations réalisées en 2022 et en consultation avec le LNRM	renforcer l'équipement du LNRM pour le diagnostic de la TB PS et TB PR						
		4.2.24. Réaliser une étude de faisabilité pour contractualiser avec un laboratoire privé de culture au Kasaï Oriental	Contractualisation avec des laboratoires privés pour faciliter la réalisation des examens pré thérapeutiques et de suivi au cours du traitement						
		4.2.24. Participer au PANEL test international							

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothese & Commentaires	Modules	2024	2025	2026	2027	2028
5. Guérir au moins 70% des patients TB-PR notifiés	5.1. Intensifier l'utilisation des schémas thérapeutiques plus courts, plus sûrs et entièrement oraux recommandés par l'OMS pour la TB-PR (y compris la TB-pré-UR et la TB-UR) : BPAL M bpal	5.1.1. Organiser un atelier d'élaboration/actualisation et vulgarisation du guide TB PR	Atelier de 20 personnes x 10 jour en dehors de Kinshasa						
		5.1.2. Organiser un atelier pour élaborer les directives sur la pharmacovigilance	Atelier de 5 jours x15 personnes						
		5.1.3. Former xxx prestataires en pharmacovigilance et TB MR avec accompagnement d'une personne de l'unité centrale	2 TB cliniciens par ZS x519 ZS; 2133 IT de CDT, 27 MCP et 27 ISP						
		5.1.4. Acheter 9731 cures complètes des antituberculeux de malades TB-PR	9731 cures						

		5.1.5. Acheter 9326 quantité des médicaments pour la gestion des effets indésirables pour 519 ZS	80% de la cible PSN (=80% x9731)						
		5.1.6. Pré positionner les cures complètes des médicaments au niveau des CPLT	9731 cures						
		5.1.7. Assurer transport fidélisé des cures complètes de la CPLT vers les sites de prise en charge (sites Xpert) à raison de xxx \$ par course aller-retour pour une moyenne de yyy /mois	9731 cures x???\$ par jour x12 mois						
		5.1.8 Organiser xxx missions spécifiques pour le suivi des malades MDR et XDR à raison d'une mission par trimestre dans les 5 provinces ci-haut cités (2 personnes de l'unité centrale par CPLT x 27 )	1 Audit clinique 2x par an						
		5.1.9. Organiser des missions d'évaluation de la prise en charge des malades TB PR dans le cadre de GLC (Green Light Commutée)	1 mission par an						
		5.1.10. Réorganiser réunions CCTM au niveau national et provincial, 20 personnes au niveau centrale et 10 personnes au niveau provincial ( 27 CPLT)	1 reunion par trimestre x 25 personnes						
		5.1.11. Acheter 359 spectrophotomètres ( 359 structures de PEC)	1 spectrophotometre x359						
		5.1.12. Réaliser le bilan initial de malades TB PR avant leur mise en traitement et les examens de suivi de tous les patients en traitement	9731 malades TB PR						
		5.1.13. Organiser des réunions annuelles sur la TB PR , en dehors de Kin ,	15 CPLT + 15 personnes de l'unité centrale						

		<p>5.1.14. Organiser les VAD pour le traitement des cas TB-UR, ou TB MR grabataires</p>	<p>Possibilité de recourir à des outils numériques, comme des technologies liées à l'observance du traitement, des centres d'appel et des applications mobiles pour offrir de l'aide à domicile aux personnes porteuses de la tuberculose en matière de soutien et de suivi thérapeutique, de conseil et de signalement des effets indésirables des médicaments. Les technologies numériques d'observance, telles que le suivi thérapeutique par vidéo, les pochettes ou les étiquettes de médicaments (p. ex. 99DOTS) et les piluliers intelligents (p. ex. MERM)</p>				
		<p>5.1.15. Participer au cours et conference international sur la TB pharmaco résistante</p>	<p>1x par an</p>				
<p>5.2. Amélioration de taux de guérison des</p>	<p>5.2.1. Subventionner les frais de transport de xxx échantillons au cout de yyy \$ par échantillon à raison de 14 par présumé dans 519 ZS</p>	<p>xxx échantillons</p>					

	<p>patients TB PR mis en traitement</p> <p>6.1. Réduction des issues défavorables</p>	5.2.2. Contractualiser avec des laboratoires privés pour 'xxx examens de culture dans les laboratoires autres que le LNRM (HJ HOSPITAL, INRB, cliniques Universitaires de Kinshasa, ISTM Bukavu, Hôpital Don Bosco de Lubumbashi)	Contractualiser dans 27 provinces						
		5.2.6. Appuyer mensuellement xxx (9326) patients TB PR en Kit nutritionnel à raison de 40\$ par patient dans 519 ZS	9731 patients x40\$ par mois						
		5.2.7. Payer mensuellement le transport aux xxx (9326) patients TB PR à raison de 40\$ par patient dans 519 ZS	9731 patients x40\$ par mois						
		5.2.9. Acheter 9731 quantité des médicaments pour la gestion des effets indésirables pour 519 ZS	9731 x???\$						
		5.2.10. Mettre en place un logiciel de gestion des données TB-PR	Pour l'encodage des données individuelles MDR en créant une passerelle au DIHS2						
		5.2.11. Former un cadre des CPLT sur le logiciel	1 personne par CPLT x27 + 7 personnes de l'unité centrale						
		6.1.1. Reproduire les échéanciers à utiliser dans les CDT et CT pour respecter les délais de mise en traitement et les RDV des patients en traitement, renouveler leurs stocks des médicaments et/ou réaliser les examens de contrôle aux échéances indiquées							
		6.1.2. Subventionner les frais de communication (sms ou méga) de 2.133 IT, de 519 ISZ et de 27 ISP à raison de 2\$ par mois par acteur afin de permettre un partage d'informations							

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothese & Commentaires	Modules	2024	2025	2026	2027	2028
<b>6. Tester au VIH 100% des patients TB (connaissance de leur statut sérologique) (xxx cas incidents TB)</b>	<b>6.1 Amélioration de l'accès des patients TB au paquet VIH</b>	6.11. Etendre l'approche Guichet unique dans les différentes Zones de santé pour intensifier le dépistage du VIH chez les TB et de la TB chez les PVVIH, y compris l'application du réseautage des FOSA dans les ZS n'ayant pas encore d'appui	L'extension de l'approche Guichet Unique va permettre de réduire la charge de la du VIH chez les personnes souffrant de la TB et de la TB chez les PVVIH						
		6.12. Intégrer le paquet VIH dans 416 CDT dans de 472 ZS sans paquet VIH	416 CDT n'ont pas intégrer le paquet VIH dans les 472 ZS. Une formation en paquet coinfection VIH/TB doit être organisée pour couvrir tous les CDT dans les ZS						
		6.13. Ériger 160 sites VIH de plus de 500 malades PVVIH en CDT (dotation en microscope) (GAS)	Transformer les 160 sites VIH en CDT en intégrant le paquet TB						
		6.16. Intégrer le paquet VIH dans les 47 Zones de santé qui en sont dépourvues							
		6.15. Former 235 membres des ECZ de 47 ZS (5 pers /ZS : 235) en paquet coinfection VIH/TB	Renforcement des capacités de 235 membres des ECZ seront formés dans 47 ZS non couvertes en paquet coinfection VIH-TB						
		6.16. Former 1410 prestataires des 47 ZS par CDT/CT non encore couvertes en paquet VIH	Renforcement des capacités de 1410 prestataires sur la coinfection VIH-TB dans les CDT non couverts (47*30= 1410) dans les 47 ZS						
		6.17. Doter les intrants de dépistage pour les deux maladies	Les intrants sont indispensables pour la prise						

		dans les ZS n'ayant pas encore intégré le paquet TB chez les PVVIH	en charge des patients co-infectés après la formation des prestataires						
		6.18. Organiser trimestriellement une campagne de dépistage actif mobile de la TB et du VIH auprès des mineurs, prisonniers, camps de réfugiés et militaires	Une campagne par trimestre avec les unités mobiles pour assurer le dépistage de la TB auprès de cette population clé et vulnérable						
		6.19. Assurer un soutien financier aux RECO et aux OAC pour la sensibilisation, l'IEC, l'orientation, la recherche active des cas	Une motivation de 10\$ mensuellement par RECO pour organiser les activités communautaires dans la lutte contre la TB						
	<b>6.2. Renforcement des mécanismes de collaboration entre les 2 programmes</b>	6.2.1. Organiser l'atelier d'actualisation et de validation des documents normatifs de la coïnfection TB/VIH (Guide de PEC)	Le guide actuel de la co-infection date de 2020 et n'a pas été validé ni vulgarisé. Un atelier sera organisé pendant 6 jours avec la participation de 15 personnes pour l'actualiser						
		6.2.2. Reproduire les documents élaborés à raison de 5 exemplaires par structure de 11 DPS prioritaires	Rendre disponible les guides dans les structures pour une bonne application dans la prise en charge de la coinfection VIH-TB						
		6.2.3. Assurer la distribution des guides de prise en charge de la coïnfection TB/VIH	Rendre disponible les guides dans les structures pour une bonne application dans la prise en charge de la coinfection VIH-TB						
		6.2.4. Organiser une réunion nationale d'orientation avec les parties prenantes sur la planification et la mise à échelle	Pour renforcer les activités de collaboration TB-VIH						

		des activités de collaboration TB/VIH						
		6.2.5. Organiser une réunion trimestrielle de coordination (Taskforce) des activités TB/VIH au niveau national	Ces réunions permettent l'évaluation de la mise en œuvre des activités et la prise de decisions dans le sens de l'amélioration de l'offre de la coinfection VIH/TB					
		6.2.6. Organiser un atelier d'élaboration des PAO TB/VIH 2024- 2028 au niveau national et provincial	Pour l'évaluation de la mise en œuvre en vue de la planification.					
		6.2.7. Organiser une mission de supervisions conjointe TB/VIH par semestre du niveau central vers les DPS (17 DPS par semestre avec 2 experts TB et VIH du niveau national par axe) pendant 7 jours	Les supervisions conjointes permettent de renforcer les capacités des cadres et prestataires dans la coinfection VIH/TB					
		6.2.8. Organiser une réunion trimestrielle de validation des données conjointes	S'assurer de la production de données de qualité pour une bonne prise de décision.					
		6.2.9. Organiser une revue annuelle conjointe TB/VIH chaque année	Cette réunion va permettre de faire l'évaluation de la mise en œuvre des activités en vue de la planification.					
	<b>6.3. Amélioration de la gestion d'autres comorbidités</b>	6.3.1. Développer l'algorithme de recherche de la TB chez les diabétiques	L'algorithme va permettre une bonne prise en charge de la TB chez les diabétiques					
		6.3.2. Organiser un atelier d'élaboration des outils conjoints de collecte des données	A ce jour, on n'a pas une documentation de la TB chez les diabétiques. Ces outils vont permettre de collecter ses informations et					

		constituer une base des données						
	6.3.3. Organiser XXX sessions de formation conjointe entre le PNLT et le secrétariat technique	Renforcement des capacités pour la prise en charge de la TB et Covid-19						
	6.3.4. Développer une passerelle pour la collecte des données sur les comorbidités	Pour capter les données au niveau de suivi et évaluation						
	6.3.5. Organiser annuellement la recherche active de la TB et du VIH chez les prestataires de soins des 2.645 CDT : (coût de la réalisation de clichés radiographiques du thorax) x 2 personnes x 2.645 CDT)	Elle permet de dépister à temps la TB ou le VIH chez les prestataires des soins et prendre des actions appropriées. Dans le plan d'extension du PNLT, il est prévu de passer à 2645 CDT en 2025.						
	6.3.6. Organiser un atelier d'actualisation du guide de prise en charge de la co-infection TB-VIH (atelier de 6 jours pour 15 personnes) à Kisantu	Le Guide actuel de la co-infection date de 2020 et n'a pas été validé ni vulgarisé						
	6.3.7. Former les agents des centres conviviaux en paquet VIH, TB et santé mentale de base (détecter, prévenir et orienter)	Assurer le renforcement des capacités intégrées dans les centres conviviaux pour une meilleure prise en charge des PVVIH sur le VIH; la TB et la santé mentale						
	6.3.8 Organiser le screening systématique TB auprès des enfants et adolescents VIH+ dans les sites de soins communautaires, centres de jeunes et dans les CEICA (centre d'écoute et informations	Améliorer le dépistage de la TB chez les enfants et adolescents VIH+ dans les sites de soins communautaires, centres de jeunes et dans les centres d'écoute et informations						

		6.3.9. Organiser une fois (1) l'an des ateliers de partage d'expériences des acteurs communautaires TB/VIH	Partage des bonnes pratiques ainsi que des expériences novatrices dans la prise en charge du VIH pédiatrique et adopter les mesures et les instructions novatrices de la pris en charge du VIH pédiatrique.						
		6.3.10. Organiser DOT ARV/tuberculostatique chez les enfants durant 2 à 6 mois par les agents communautaires et dans les sites de soins communautaires	Améliorer la prise en charge du VIH pédiatrique par l'observance du traitement chez les enfants.						

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothese & Commentaires	Modules	2024	2025	2026	2027	2028
<b>7. Mettre sous TAR 100% des patients TB-VIH+ notifiés</b>	7.1. Amélioration des approvisionnements	7.1.1. Approvisionner régulièrement les FOSA en médicaments anti-Tb et des ARV	Assurer la disponibilité des médicaments anti-Tb et des ARV						
		7.1.2. Approvisionner régulièrement les FOSA guichets uniques en outils de rapportage	Assurer la disponibilité des outils de rapportage pour la gestion des données dans xxx FOSA						
	7.2. Renforcement de l'implication la communauté à la lutte contre la TB/VIH	7.2.1. Mettre en œuvre des approches différenciées de soins communautaires chez les patients Co-infectés (PODI, TDO Communautaire, GAS, Club d'observance, GC TB/VIH).	Pour renforcer la prise en charge des patients co-infectés dans la communauté						

		7.2.2. Assurer un soutien financier aux RECO et aux OAC pour l'accompagnement des malades à domicile (DOT communautaire TB, récupération de perdus de vue TB et VIH, rappel des examens de contrôle TB et VIH, transport des échantillons de contrôle collectés TB et VIH, soutien psychologique, etc.) et éducation sanitaire dans les CSDT	Une motivation de 10\$ par mois x ??mois x ???RECO pour organiser les activités communautaires dans la lutte contre la TB						
<b>8. Mettre sous TPT 95% des personnes/cibles éligibles</b>	8.1. Depistage/Test pour l'ITL	8.1.1. Actualiser le Guide ITL	Atelier résidentiel de 5 jours x25 personnes						
		8.1.2. Vulgariser le guide ITL	Imprimer et distribuer ?? Guides x 27 CPLT						
		8.1.3. Collecter et compiler les données de ITL							
		8.1.4. Sensibiliser la population sur l'ITL et sa prise en charge							
		8.1.5. Rechercher les cas d'ITL dans les ménages auprès des cas index de la TB							
		8.1.6. Renforcer la couverture en outil Diagnostic de l'ITL							
	8.2. Administration du traitement preventif	8.2.1. Quantifier les médicaments avec des cibles adéquats							
		8.2.2. Acheter les médicaments de TPT 3HP, 3RH et INH							
		8.2.3. Assurer l'accompagnement des personnes sous ITL par les agents communautaires pour garantir l'observance de TPT							

		8.2.4. Elaborer et vulgariser les outils de captage d'informations chez les prestataires des soins.							
	8.3. Application des mesures sur la prevention et le control des infections	8.3.1. Mettre en place un système évaluation des mesures de contrôle de TB dans les établissements de santé							
		8.3.2. Mettre en place un comité de contrôle de l'infection TB dans les établissements de santé							
		8.3.3. Acquérir des EPI pour tous les CDT et LPR							
		8.3.4. Inclure une séance sur la biosécurité et la gestion des déchets dans chaque formation du personnel							
		8.3.5. Doter et réhabiliter les LPR et les site Xpert d'incinérateur pour la gestion des déchets							
		8.3.6. Mettre en place des ventilateurs d'extraction dans les laboratoires de culture où la ventilation est insuffisante.							
		8.3.7. Sensibiliser sur les mesures de contrôle de l'infection de la TB dans la communauté							
		8.3.8. Renforcer les capacites des prestataires sur la prevention et le control de l'infection							

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités			2024	2025	2026	2027	2028
<b>8. Renforcer l'action des communautés</b>	8.1. Renforcement de l'implication de	8.1.1. Elaborer le Guide national sur l'implication de la communauté dans les activités de							

<b>et Organisation de la Société Civile ainsi que la communication dans la lutte contre la tuberculose</b>	la communauté à la lutte contre la TB	lutte contre la tuberculose en RDC							
		8.1.2. Vulgariser le Guide national sur l'implication de la communauté							
		8.1.3. Développer la cartographie des OSC à impliquer dans la lutte contre la TB en RDC							
		8.1.4. Actualiser et imprimer les outils communautaires (Bilos, Fidesco, etc...) TB du PNLT							
		8.1.5. Appuyer la participation des acteurs communautaires (OAC, OSC, RECO, ...) aux activités de recherche active et/ou intensive des cas TB organisées hors FOSA							
		8.1.6. Organiser trimestriellement la réunion de concertation CPLT-OSC, dans chaque CPLT							
		8.1.7. Assurer un soutien financier aux RECO et aux OAC pour l'accompagnement des malades TB							
		8.1.8. Mettre en place le Task-Force TB communautaire au niveau national							
		8.1.9. Appuyer les activités de la Plateforme nationale « Stop TB RDC »							
		8.1.10. Former leaders d'opinion, tradipraticiens, etc. sur la TB							
		8.1.11. Imprimer les outils de sensibilisation du PNLT							

	8.2. Renforcement des capacités des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre la TB	Former les relais communautaires, les membres des églises, OAC, les anciens malades, et les membres de la société civile sur la TB, TB-PR, TB-VIH, TB PED et genre et droits humains, l'investigation des contacts TB dans 90 ZS hot spot							
	8.2.1. Former les acteurs des OAC, OSC et Reco à la gestion des activités communautaires								
	8.2.2. Doter les acteurs des OAD, OSC et Reco des outils communautaires du PNLT et Guide national TB communautaire								
	8.2.3. Doter aux acteurs communautaires des outils de sensibilisation sur la TB								
	8.3. Soutien aux activités de communication du PNLT	8.3.1. Elaborer un Plan d'Action de communication du PNLT							
		8.3.2. Elaborer les outils de communication							
		8.3.3. Organiser un atelier actualisation des messages de sensibilisation de la tuberculose							
		8.3.4. Former les cadres du PNLT et les responsables des OSC engagées dans la lutte contre la TB sur les stratégies de communication							
		8.3.5. Acheter des matériels et équipements de communication pour le PNLT							

		8.3.6. Produire les panneaux géants et affiches murales TB à placer dans les grands carrefours des grandes villes à travers le pays							
		8.3.7. Organiser les concours TB (ex. Question pour un champion,) dans les établissements scolaires							
		8.3.8. Diffuser les chansons de la tuberculose à travers les médias publics et communautaires							
		8.3.9. Organiser chaque année la Journée Mondiale de la Tuberculose							
		8.3.10. Organiser xxx campagnes de sensibilisation contre la TB dans les milieux scolaires et non scolaires (travail, orphelinat, prisons, ...)							
	8.4. Renforcement des actions de plaidoyer en faveur de lutte contre la tuberculose en RDC	8.4.1. Elaborer un plan de plaidoyer en faveur de la lutte contre la tuberculose							
		8.4.2. Assurer le soutien financier aux activités des Ambassadeurs TB en RDC							
		8.4.3. Appuyer les activités de Caucus des députés pour la TB							
		8.4.4. Organiser le forum annuel de mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre la tuberculose en RDC							
		8.4.5. Appuyer un plaidoyer pour la réforme des lois et des politiques concernant la prise en compte des populations clés dans la lutte contre la TB (et le VIH)							

		8.4.6. Appuyer un plaidoyer pour le vote d'une loi ou la publication d'un décret ministériel concernant la taxation des produits faisant parti des facteurs favorisant l'expansion de la TB en faveur de la lutte contre la TB							
		8.4.7. Organiser des séances de plaidoyer auprès des autorités pénitentiaires civiles et militaires, les responsables des camps de réfugiés et de carrés miniers sur la problématique de la Tuberculose en milieu carcéral, camps de réfugiés et carré miniers.							
		8.4.7. Faire le plaidoyer pour le désengorgement des prisons							
	8.5. Intensification de la recherche active de la TB parmi les cas index TB-PS	8.5.1. Vulgariser les directives d'investigation des contacts							
		8.5.2. Renforcer l'accompagnement des prestataires de terrain							
		8.5.3. Former/recycler les acteurs communautaires (ONG, OAC, RECO) dans l'investigation systématique des contacts							
		8.5.4. Assurer le soutien financier aux acteurs communautaires pour l'investigation systématique des contacts							

9. Améliorer le pilotage, le partenariat, la coordination, la gouvernance et la gestion du programme de lutte contre la TB en RDC.		Periode
--	--	---------

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothese & Commentaires		2024	2025	2026	2027	2028
<b>9. Améliorer le pilotage, le partenariat, la coordination, la gouvernance et la gestion du programme de lutte contre la TB en RDC.</b>	9.1. Renforcement de l'engagement multisectoriel (intra et inter) par l'amélioration du mécanisme de communication entre le programme et ses partenaires	9.1.1. Elaborer les documents cadres du partenariat stratégique dans la lutte contre la TB							
		9.1.1. Appuyer le lancement du Comité National Multisectoriel Lutte contre la TB (CNMLT)							
		9.1.2. Organiser les réunions trimestrielles du CNMLT							
		9.1.3. Organiser les réunions trimestrielles de Forum des partenaires							
		9.1.4. Elaborer la cartographie de tous les PTF intervenants dans la lutte contre la TB à tous les niveaux							
		9.1.5. Mettre en place un cadre de concertation avec tous les Partenaires							

		techniques et financiers (PTF)						
		9.1.6. Instaurer un système de rapportage périodique des activités et des appuis des Partenaires auprès du PNLT						
		9.1.7. Mettre en place les outils de récolte d'informations auprès des Partenaires PNLT						
	9.2. Renforcement du pilotage de PNLT pour une bonne gouvernance	9.2.1. Faire l'évaluation de la capacité de gestion institutionnelle du PNLT						
		9.2.2. Vulgariser les statuts et directives du PNLT						
		9.2.3. Assurer le suivi de l'application de statuts et directives du PNLT						
		9.2.4. Officialiser le cadre de concertation intersectorielle						
	9.3. Renforcement de l'engagement politique	9.3.1. Organiser un atelier						

	en faveur de la lutte contre la TB	d'élaboration d'un plan de mobilisation des ressources						
		9.3.2. Mener le plaidoyer pour l'obtention de fonds de contrepartie pour le compte du PNLT						
		9.3.3. Organiser les séances des plaidoyers pour l'engagement politique des autorités pour la mobilisation des ressources locales en faveur de la lutte contre la TB						
	Engagement des prestataires privés pour les soins de la TB/DR-TB	Mise en place de la stratégie "Pharios" dans 6 villes prioritaires (Kinshasa, Lubumbashi, Kisangani, Goma, Bukavu et Matadi)	IL faut terminer la stratégie, commencer la mise en œuvre et ensuite passer à l'échelle en ajoutant les provinces du Haut Katanga, de Nord Kivu, Sud Kivu et Tshopo					

		Former les prestataires du secteur privé sur la TB/TP-PR (20 personnes par CPLT/5 jours)	Former les prestataires du secteur privé sur la TB/TP-PR (20 personnes par CPLT/5 jours). Cette formation est importante afin d'avoir l'adhésion des privés à la lutte contre la TB et les implication dans l'orientation des présumés vers les CDT (Amélioration de la détection)						
Collaboration avec d'autres programmes/secteurs		Organiser la Journée Mondiale de la Tuberculose chaque année au niveau CENTRAL							
		Appuyer l'organisation de la célébration de la journée mondiale de lutte contre la TB niveau provincial (Dans les 18 Provinces)							
		Sensibiliser les leaders religieux et tradi praticiens sur la TB, TB-VIH, TB PR et TB PED							

		pour l'orientation des cas							
--	--	-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Gestion des ressources du programme				Hypothese & Commentaires	Periode				
Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	2024		2025	2026	2027	2028	
<b>10. Renforcer la capacité de gestion du Programme</b>	10.1. Amélioration de la gestion des ressources humaines du PNLT	10.1.1. Élaborer un plan de développement des Ressources humaines du PNLT (contrat de 30 jours avec un consultant national) - Honoraires Consultant	Nécessaire afin d'adapter les profils des cadres du PNLT à la mission régionale et lui permettre de jouer complètement son rôle						
		10.1.2. Elaborer le cadre organique du PNLT							
		10.1.3. Organiser un atelier de finalisation du projet du nouveau cadre organique du PNLT (Un consultant national pdt 20 jours suivi d'un atelier de validation avec 20 personnes/5 jrs, résidentiel à Kinshasa) - Atelier de validation	Il faut récrtuter le consultant afin que cette actualisation soit faite car l'organigramme actuel ne correpond plus à l'évolution du PNLT						
		10.1.4. Renforcer les capacités des cadres et agents du PNLT (Formation en .....							
		10.1.5. Former les chargés du personnel sur les mesures d'application des statuts du personnel des carrières des services publics de l'Etat							
		10.1.6. Recycler les gestionnaires et les logisticiens de l'UC et des CPLT sur les principes de gestion conformément aux différents manuels actualisés							

		10.1.7. Appuyer le fonctionnement de l'Unité Centrale du PNLT;	Permet à l'unité centrale d'avoir des fournitures et petits matériels et de travailler dans des bonnes conditions. Augmenter les fonds alloués.						
		10.1.8. Doter le Personnel du PNLT en 15 Kits informatiques (ordinateur, imprimante, photocopieur, disque dur externe, ...)	Ces matériels informatiques sont importants afin d'améliorer les conditions de travail au PNLT car plusieurs cadres utilisent des machines personnelles qui souvent tombent en panne et certaines ne sont pas adaptées pour qu'on y installe certains logiciels ou programmes						
		10.1.9. Appuyer le fonctionnement des CPLT y compris abonnement internet et frais de communication;	Accompagner les CPLT dans la gestion des fonds, faire la remontée active des pièces justificatives et libérer les fonds dans le trimestre afin d'avoir les résultats escomptés et revoir le carburant à la hausse afin de permettre à la CPLT de couvrir toutes les ZS						
		10.1.10. Réaliser les activités d'appui technique de l'UC/PNLT aux équipes provinciales							
		10.1.11. Réaliser l'évaluation interne au niveau de l'UC/PNLT							
		10.1.12 Organiser mensuellement la réunion de coordination PNLT et partenaires (15 personnes pendant un jour avec pause café et pause déjeuner)	Améliorer la coordination des appuis des partenaires en faveur de la lutte et permet d'éviter le doublon						

		10.1.13. Assurer le paiement des primes du gestionnaire et assistant au Gestionnaire de projet PNLT;						
		10.1.14. Organiser les visites de suivi des cadres de la CAGF vers les provinces.						
		10.1.15. Acquérir 15 véhicules dont 5 pour les 5 CPLT non pourvues actuellement, 3 pour la Direction du PNLT, 6 pour les Divisions et 1 pour le gestionnaire de projet FM-TB PNLT	Il faut doter les autres CPLT (8) avec des land-cruisers 4X4 tout terrainen 2025 (KCO, Mai-Ndombe, Sankuru, Maniema, Bas-Uélé, Sud Kivu, Lualaba). Ces véhicules servent pour les missions de supervision, mais aussi pour le transport des médicaments et intrants de laboratoire vers les ZS/CDT. Il faudra ajouter d'autres mini-unités mobiles (3)afin de couvrir les provinces non couvertes					
10.2. Renforcement de la capacité de générer l'information stratégique.	10.2.1. Mettre en place un système informatisé qui prend en compte tous les domaines de la lutte							
	10.2.2. Renforcer les capacités de la division de suivi et évaluation							
	10.2.3. Achat d'équipements et d'outils adaptés à la gestion d'information stratégiques							
	10.2.4. Reproduire les outils de collecte et de rapportage des données chaque année							

		<p>10.2.5. Actualiser, reproduire, puis diffuser les documents normatifs, les politiques et Guides techniques ainsi que les manuels de procédures sur le suivi et évaluation selon les innovations de la Stratégie mondiale « Mettre fin à la Tuberculose »</p>	<p>Il faut rapidement reproduire le PATI 6 et ses annexes afin que les structures travaillent avec des documents mis à jour et harmonisés, mais aussi les autres documents (Guide TB-PR, Guide TB-Pédiatrique, Guide ITL, PATI LAB, PATIMED, Stratégie TB eb faveur des populations spéciales, PAO Rx numérique, PSN LABO, PSN TB 2024-2026, etc....)</p>						
		<p>10.2.6. Tenir les réunions trimestrielles de validations des données et d'appréciation d'atteinte des cibles fixées pour les 27 CPLT</p>							
		<p>10.2.7. Organiser chaque année 2 réunions semestrielles de la Task force de suivi et évaluation TB/VIH</p>							
		<p>10.2.8. Réaliser les missions de suivi, accompagnement et de supervisions prévues du niveau central vers les 27 CPLT sur différentes thématiques (gestion programmatique TB-PS, qualité des prestations de service, TB/VIH et TB-PR, Laboratoire, gestions des médicaments et intrants, Suivi et évaluation, gestion des ressources humaines, Logistique, Finances)</p>							
		<p>10.2.9. Organiser semestriellement un RDQA (Routine Data Quality Audit) sur la qualité des prestations et des données par le niveau central sur un échantillon aléatoire des CPLT et sur la qualité des</p>							

		prestations et des données par les staffs des CPLT vers les ZS						
		10.2.10. Organiser annuellement un DQA (Data Quality Audit) au niveau de 5 CPLT sélectionnées chaque année sur les 5 années						
		10.2.11. Organiser annuellement la réunion de revue du programme (une revue des activités TB au niveau national)						
		10.2.12. Organiser les enquêtes et autres recherches opérationnelles telles que prévues et détaillées sur la liste des sujets du PNLT						
		10.2.13. Mettre en œuvre les Assurances techniques telles que prévues sur la liste du PNLT pour la période 2024-2028						
		10.2.14. Réaliser l'évaluation du PSN 2024-2028 et de la lutte contre la TB en 2027 (Revue externe internationale)						
		10.2.15. Produire trimestriellement le bulletin épidémiologique						
		10.2.16. Produire annuellement un rapport épidémiologique						
		10.2.17 Diffuser annuellement le rapport épidémiologique						
		10.2.18. Paramétrier les services des soins des prisons dans DHIS2						

		<p>10.2.19. Conduire les recherches opérationnelles chaque année</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualiser l'agenda de recherche par l'identification des sujets de recherches dans les 26 provinces</li> <li>• Étude de la mortalité des malades tuberculeux sous traitement antituberculeux</li> <li>• Etude sur les facteurs de risque de la TB-MR en RDC</li> <li>• Etude sur l'impact de la participation communautaire dans la lutte contre la TB</li> <li>• Recherche opérationnelle sur la TB latente et l'autre sur la co-infection TB/VIH chez l'enfant</li> <li>• Recherche opérationnelle sur la co-infection TB/VIH chez l'enfant</li> </ul>						
		<p>10.2.20. Conduire une recherche opérationnelle au niveau des 25 ZS (99 CSDT) ayant notifié une proportion de plus de 20% des cas de TB pédiatrique.</p>						
		<p>10.2.21. Appuyer la participation de 20 personnes par année aux réunions, conférences et assises internationales (TB, TB PED, TB-MR, TB/VIH)</p>	Permet le renforcement des capacités des cadres du programme, mais aussi le partage des expériences avec les autres pays en matière de lutte contre la tuberculose					
		<p>Poursuivre l'enquête de résistance au niveau national (DRS : Drug Resistance Survey) (Budget de l'Enquête Pharmacorésistance)</p>	Permettra d'avoir les données actualisées sur la prévalence de la pharmacorésistance au pays car la					

			dernière enquête date de plus de 5 ans						
10.3. Renforcement des capacités d'utilisation des ressources mobilisées	10.3.1. Mettre en place les mécanismes de coordination des informations financières de la lutte contre la TB dans le Pays								
	10.3.2. Former les Gestionnaires – comptables de UC du PNLT et des CPLT à l'utilisation du logiciel TOMPRO								
	10.3.3. Acheter le logiciel TOMPRO pour le PNLT (UC et CPLT)								
	10.3.4. Uniformiser le modèle de gestion des ressources de lutte contre la TB entre les partenaires								
	10.3.5. Actualiser et assouplir les procédures de gestion des ressources mobilisée pour la lutte contre la TB par le pays et gérées par plusieurs partenaires								
	10.3.6. Elaborer un plan de mobilisation des ressources pour le PSN TB								
	10.3.7. Assurer la synchronisation du cycle budgétaire avec le gouvernement								
10.4. Amélioration de la gestion des matériels et équipements du PNLT	10.4.1. Elaborer un plan de gestion et de renouvellement des équipements et matériels du programme								
	10.4.2. Elaborer un plan de maintenance des équipements et du matériel								

GDH, Protection sociale et Appui aux patients					Periode				
Objectifs	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothese & Commentaires		2024	2025	2026	2027	2028
<b>11. Améliorer l'accès des personnes affectées par la TB aux services de TB pour contribuer à la réduction du gap de détection de personnes manquantes affectées par la TB</b>	11.1. Suppression des obstacles qui entravent l'accès aux services TB (dû parfois au manque d'informations, distance ou aux coûts de services à paye population	11.1.1. Elaborer le guide GDH TB							
		11.1.2. Imprimer 6000 exemplaires du guide GDH TB							
		11.1.3. Elaborer le module de formation communautaire GDH TB							
		11.1.4. Organiser une session de Formation des formateurs du niveau national sur le GDH TB							
		11.1.5. Former les cadres des CPLT sur la GDH TB							
		11.1.6. Disséminer 6.000 exemplaires du Guide GHD TB dans les 26 DPS/CPLT							
		11.1.7. Renforcer les capacités du staff PNLT en charge des aspects GDH TB sur les aspects CRG (Community, Right and Gender)							
		11.1.8. Former les acteurs communautaires sur la GDH TB							
		11.1.9. Intensifier la surveillance menée par la communauté par l'extension de l'approche CLM-OnelImpact TB dans 10 nouvelles DPS (2 DPS/an)							
		11.1.10. Promouvoir l'utilisation de OnelImpact TB comme « application TB pays » pour la communauté congolaise par la conception et diffusion des spots et émissions radiotélévisées au niveau national et dans les 15 provinces prioritaires							
		11.1.11. Sensibiliser les OSC et organisations communautaires sur le CLM-OnelImpact TB dans les 15 provinces prioritaires							
		11.1.12. Organiser un atelier actualisation des messages de sensibilisation de GDH TB							

		11.1.13. Organiser xxx campagnes de sensibilisation de la population sur la GDH TB						
		11.1.14. Subventionner les frais de consultation (fiches, et labo) des personnes affectées par la TB les plus démunies (5.000 patients TB)						
		11.1.15. Mener la post évaluation CRG TB						
		11.1.16. Elaborer le Plan d’Action CRG TB						
		11.1.17. Développer la Cartographie des OSC et Organisations communautaires intervenants dans le GDH TB						
	11.2. Promotion des droits de l’homme et genre dans la lutte contre la TB	11.2.1. Reproduire la Déclaration des droits des personnes affectées par la TB en 1.193.651 exemplaires en 4 langues nationales (297.412 exemplaires/langue) recadrage An 3 PSN 2024 – 2026						
		11.2.2. Disséminer 1.193.651 exemplaires de la Déclaration des droits des personnes affectées par la TB en 4 langues nationales (297.412 exemplaires/langue) dans les 26 DPS/CPLT						
		11.2.3. Vulgariser la Déclaration des droits des personnes affectées par la TB avec un plaidoyer fort auprès de toutes les autorités et leaders d’opinion pour leur implication						
		11.2.4. Former les membres des organisations des anciens malades TB sur le GDH TB (domaines législatif et défense des intérêts)						
		11.2.5. Organiser la session de formation des 225 acteurs des cliniques juridiques (15prs/CPLTx15 CPLT) sur la tuberculose pour 5 jours, à Kinshasa						

		11.2.6. Organiser la session de formation des personnels pénitentiaires sur les droits humains et l'éthique médicale en lien avec la TB (4 personnes par prison, 3jrs) dans chaque prison (26 prisons)						
		11.2.7. Organiser la session de formation des personnes privées de liberté/détenus/prisonniers sur les droits humains TB. 30 PVL par prison, 3jrs) dans chaque prison (26 prisons)						
	11.3. Soutien aux activités de protection sociale et appui aux patients	11.3.1. Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre des activités GDH TB						
		11.3.2. Appuyer les activités de soutien psycho-social des personnes affectées par la TB à travers les groupes de pairs TB (xxx associations des anciens patients TB)						
		11.3.3. Assurer la réinsertion sociale xxx personnes affectées par la TB les plus démunies par les AGR ou l'apprentissage						
		11.3.4. Mettre en place un Task-force GDH TB au niveau national et .... Task-force GDH TB au niveau provincial						
		11.3.5. Former xxx prestataires de soins sur la GDH TB et l'éthique médicale						
		11.3.6. Vulgariser les nouvelles connaissances et pratiques sur la TB et en rapport avec GDH édictées dans les directives et guide GDH du PNLT par la production des dépliants, diffusion des informations GDH dans les médias et les réseaux sociaux						
	11.4. Réduction/élimination de la Stigmatisation et discrimination liées à la TB	11.4.1. Réaliser une étude sur les déterminants socioculturels qui augmentent la vulnérabilité à la tuberculose et à la coïnfection VIH / TB						

		11.4.2. Former xxx membres des organisations des anciens malades TB sur les notions essentielles GDH TB dans 15 provinces prioritaires (8/an1 et 7/an2)						
		11.4.3. Appuyer les organisations des anciens malades TB dans l'accompagnement des personnes affectées par la TB victimes de stigma et discrimination dans 15 provinces prioritaires						
		11.4.4. Sensibiliser xxx responsables religieux et xxx leaders d'opinion sur la violence fondée sur GDH TB						
		11.4.5. Appuyer le service de soutien juridique pour xxx personnes affectées par la TB victime de stigmatisation ou discrimination						
		11.4.6. Mener la post évaluation TB Stigma						
		11.4.7. Elaborer le Plan d'action de la réduction de la Stigmatisation et Discrimination liées à la TB						
		11.4.8. Mener la post évaluation CRG TB assortie d'un plan d'action CRG TB						
		11.4.9. Mobiliser les fonds pour la mise en œuvre des plans d'action Stigma TB et CRG TB						
		Réaliser l'évaluation de la stigmatisation associée à la tuberculose avec l'outil de Halte à la tuberculose et l'élaborer le Plan opérationnel pour adresser le stigma associé à la tuberculose (25 personnes pdt 3 jours au niveau central)	Permettra d'avoir des données réelles sur la stigmatisation et discrimination liées à la TB et à prendre des actions correctrices. L'évaluation sera reprise à la dernière année de la subvention GC7					
		Organiser un atelier de production et de traduction en 4 langues des formats adaptés et de vulgarisation et d'utilisation de la Déclaration des droits des personnes affectées par la tuberculose TB (7 jrs, 25 pers en résidentiel à Kinshasa)	Il faut écrire et vulgariser la charte des patients atteints de la TB afin de permettre à ceux-ci de connaître leurs droits et réduire la stigmatisation ainsi que la discrimination					

		Mener une étude sur la stigmatisation liée à la TB dans la communauté, les secteurs de la santé, des mines, du travail, du droit et de la justice (police, prisons, armée) pour comprendre le fardeau de la tuberculose dans différents contextes et le long de la cascade de soins	Permettra d'avoir des données globales par rapport à la stigmatisation et la discrimination					
		Organiser un atelier d'élaborer du plan d'action opérationnel de reduction de la stigmatisation en fonction des résultats des études sur la stigmatisation liée à la tuberculose.	Transformer les recommandations de l'évaluation en actions programmatiques pour la réduction/élimination de la stigmatisation dans la prise en charge de la TB					
	Garantie de services de lutte contre la TB centrés sur la personne et fondés sur les droits dans les formations sanitaires	Organiser les séances des plaidoyers pour l'engagement politique des autorités pour la mobilisation des ressources locales en faveur de la lutte contre la TB (3 plaidoyers pour chacun des 27 DPS/CPLT, et 12 pour l'Unité Centrale du PNLT).	Il faut intensifier afin que l'engagement politique en faveur de la lutte contre la TB soit effectif dans toutes les 26 provinces					
		Redynamiser le Caucus des parlementaires TB (1 atelier de haut niveau avec 30 personnes pendant 1 journée)	Reprogrammer afin de renforcer l'engagement politique au plus haut niveau, continuer jusqu'à l'obtention de la loi portant protection des patients atteintes de la TB et l'augmentation des ressources TB dans le budget de l'Etat. Il doit être organisé au moins une fois l'an afin d'avoir l'implication des politiques dans la lutte contre la TB et pourquoi leur mobilisation pour le financement de la lutte apparaisse dans le budget de l'Etat comme une ligne spécifique					
		Organiser une enquête de satisfaction de prise en charge des malades de la TB	Permettra d'avoir des éléments factuels sur la satisfaction des patients dans la prise en charge de la					

			TB et revoir les éléments de l'offre des soins afin d'améliorer la qualité des prestations					
Mobilisation et sensibilisation de la communauté, y compris soutien aux groupes dirigés par des survivants à la TB	Appuyer financièrement les associations à la base des anciens malades tuberculeux et des populations clés vulnérables TB	Renforcement l'engagement des associations des anciens malades et des groupes des populations clés et vulnérables dans la lutte contre la TB						
	Organiser les séances de discussions (focus groupe) entre les malades, les anciens malades de la tuberculose dans les FOSA (le TDO, les expériences.....) et les prestataires	Cette activité permet les échanges avec les anciens malades et les prestataires, mais il faut augmenter le budget qui est largement issufissant (15\$)						
Éducation juridique ("Connaissez vos droits") (TB)	Organiser la session de formation des 225 acteurs des cliniques juridiques (15prs/CPLTx15 CPLT) sur la tuberculose pour 5 jours							
	Former les pairs conseillers, para juristes sur la stigmatisation de la TB	Renforcer les capacités des para-juristes afin d'assurer le soutien juridique des patients atteints de la TB victimes de violation des droits humains et stigmatisation.						
	Organiser un atelier pour élaborer un module de formation et définir les kits d'intervention pour les pairs conseillers et les para juristes communautaires	Permettre de définir le vrai contenu des modules d'intervention des para-juristes et des conseillers communautaires en faveur de la TB						
Réduction de la discrimination fondée sur le genre, des normes de genre nocives et de la violence en lien avec la TB	Former les prestataires de soins sur la GDH TB et l'éthique médicale (15 personnes par CPLT pendant 3 jours)	Former les prestataires de soins sur la GDH TB et l'éthique médicale (15 personnes par CPLT, pendant 3 jours à Kinshasa). Ces aspects ne sont pas encore bien maîtrisés par les prestataires des soins.						
	Organiser les émissions pour la vulgarisation des informations sur la promotion du genre	Permet la vulgarisation des informations en rapport avec le genre et les droits humains dans la lutte contre la TB						

		Organiser un atelier de révision les outils communautaires de sensibilisation en y insérant les aspects liés aux droits humains et genre TB (7 jrs, 25 pers à kinshasa)	Besoin d'actualiser les outils afin d'insérer les aspects genre et droits humains et les vulgariser						
--	--	---	---	--	--	--	--	--	--

## V. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Le présent PSN 2024-2028 vient d'être élaboré sur base des recommandations de la Revue externe du Programme de lutte contre la TB intervenu à la fin de l'année 2022. La fin de sa mise en œuvre interviendra deux années avant l'échéance sur les ODD en 2030.

C'est dans le but de réaliser des progrès remarquables et significatifs dans le cadre de la stratégie mondiale « **Mettre fin à la Tuberculose** » que le PSN prend les **sept (7) grandes priorités suivantes** :

- L'amélioration de la **notification des patients souffrant de la TB** jusqu'à atteindre le plateau de l'incidence-pays avant d'amorcer la décroissance de celle-ci aux niveaux annoncés. Plusieurs stratégies, approches innovantes, interventions et des activités sont proposées à cette fin ;
  - Une prise en charge de qualité centrée sur le patient afin d'améliorer la **guérison des patients notifiés** ;
  - L'amélioration de la lutte contre la **coïnfection TB-VIH** et les **autres comorbidités**
  - L'amélioration de la **prévention de la TB** en coupant la chaîne de transmission et en vidant le réservoir des personnes susceptibles de passer de l'ITL à la TB maladie
  - L'amélioration de la prise en charge des **populations clés et vulnérables**
  - L'**élimination/réduction des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose**
  - L'amélioration du **Pilotage, Partenariat, Coordination, gouvernance et gestion** du programme au niveau de la lutte contre la TB en RDC.
- Les points qui suivent décrivent comment le programme prévoit d'organiser la mise en œuvre autrement afin d'atteindre les résultats escomptés.

### 5.1. NOTIFICATION DES PATIENTS TB

Cette dernière concerne les patients TB toutes formes, aussi bien la TB-PS, aussi bien pour les adultes que les enfants ; et la TB-PR.

- Extension de la couverture et offre des services de la TB de proximité : augmentation des CDT et surtout la maîtrise du réseau diagnostique CT autour des CDT, avec un accent sur les centres privés et les FOSA fortement fréquentées, quelles qu'elles soient. L'objectif est de mettre un paquet minimum d'activités TB dans la majorité des 16.880-18.000 FOSA mentionnées dans le PNDS-recadré (et sans doute dans le nouveau PNDS 2023-2027).
- Préconisation d'un dépistage précoce et un diagnostic rapide avec des outils recommandés par l'OMS (Biologie moléculaire, Rx numérique DAO/IA) en utilisant des algorithmes plus sensibles du PNLT, avec un système fonctionnel de transport des échantillons.  
La cartographie des machines de GeneXpert et TrueNat (Projet New Tools avec USAID) devra être actualisée.

Le test de résistance à la rifampicine devra être appliqué à tous les patients TB bactériologiquement confirmés.

- Il faudrait un réseau de diagnostic efficace et de qualité incluant :
  - du personnel formé, l'entretien des équipements (avec des contrats de maintenance, remplacement des modules, microscopes et machines défectueux),
  - la mise en place de superviseurs provinciaux pour la maintenance des GeneXpert et des TrueNat,
  - des solutions au problème de connectivité (renforcement du Data to Care en réalisation pilote à Kinshasa et Kongo Central à étendre dans toutes les provinces),
  - la biosécurité,
  - l'assurance qualité et
  - un système d'approvisionnement continu en intrants.
- Résultats de la DRS 2015/2016 ne sont peut-être plus vraiment d'actualité. C'est la raison pour laquelle une nouvelle DRS va être réalisée en 2023 afin d'avoir des données plus récentes pour éventuellement revoir notre planification même à mi-parcours.
- Concernant la Rx numérique, le PNLT vient d'élaborer un document global de la stratégie qui sera vulgarisé, avec une extension des machines actuelles acquises avec la subvention COVID-19, le Projet New Tools de l'USAID et d'autres machines qui sont ou seront sur le terrain avec l'appui du PDSS/Banque Mondiale dans certains hôpitaux du pays.
- **Investigation systématique de la TB autour des sujets contacts** des cas index TB+, tant pour la TB sensible que pour la TB-PR.  
Ici l'implication des communautaires sera primordiale pour ces investigations systématiques.
- **Intensification du dépistage actif de la TB** auprès des **populations clés vulnérables** qui va nous rapporter plus des cas de TB : Enfants (Ultra, selles, à l'aide des tests rapides recommandées par l'OMS, etc.), PVVIH, prisonniers, déplacés/réfugiés, mineurs artisanaux et industriels, populations des bidonvilles. Des enquêtes préalables devront être réalisées pour chacun de ces groupes.  
Cette intervention utilisera le mode de dépistage actif avec les grands véhicules basés dans les CPLT (Kinshasa, Kongo Central, Kasaï Oriental), ainsi que les véhicules plus légers 4X4 à acquérir avec la subvention en cours dans les provinces de Haut Katanga, Lualaba, Kasaï Central, etc.
- Implication effective des **prestataires des CDT/CT** dans la réalisation des cibles à atteindre jusqu'au niveau de chaque aire de santé, tout en octroyant des **incitatifs de motivation**.

La **stratégie phare de ce PSN** pour la notification reste bien l'approche « *FAST-TRACK TB CASES* » ou « *ACCELERATION DE LA NOTIFICATION DES CAS TB* ».

Elle pourrait permettre d'augmenter sensiblement le nombre des cas notifiés par le pays à partir du travail fait au niveau des CDT (et CT satellites). A partir des cas notifiés en 2021 (215.000 cas), elle vise à atteindre au moins 300.000 patients notifiés à la fin de l'année 2023.

Cette stratégie est décrite dans le document A... repris en annexe.

- Participation à une **réunion d'induction** de toutes les parties prenantes au démarrage de la mise en œuvre du PSN en 2024 pour une **responsabilité collective et individuelle** et en vue d'une **redevabilité à tous les niveaux**.
- Enfin, toujours en vue d'intensifier la notification des patients TB, toutes les approches innovantes qui ont démarré dans le précédent PSN 2021-2023 comme projets pilotes vont être étendues au vu des résultats obtenus repris en annexe : investigations TB chez contacts cas Index, TIFA TB-PR et autres, Approche Qualité dans les FOSA surtout de forte fréquentation, TB chez l'enfant (EGPAF, échantillons selles, santé néonatale et respiratoire, sites des soins communautaires, etc.), dépistage actif populations clés vulnérables (milieux carcéraux CPLT avec GIZ-FM, bidonvilles, etc.), transport des échantillons (provinces appuyées respectivement par Cordaid/FM et Prosani/USAID), etc....

## 5.2. AUGMENTATION DU POURCENTAGE DES PATIENTS GUÉRIS

- Les schémas de traitement qui ont été repris dans le guide TB PATI 6 sont ceux recommandés par l'OMS. Toutes les étapes du cycle d'approvisionnement des médicaments (quantification, commande, réception, stockage primaire au niveau national et secondaire des CDR, distribution au niveau des ZS/CDT) doivent être respectées afin de garantir la disponibilité des médicaments en quantité suffisante. En 2021, bien que le succès thérapeutique soit élevé, le taux de guérison est resté faible à 58%. Avec le présent PSN, le programme prévoit d'améliorer le taux de guérison avec l'implication communautaire et la disponibilité permanente et ininterrompu du traitement au niveau des sites, en intensifiant les stratégies suivantes :
  - Disponibilité des médicaments et application du schéma de 4 mois (2RHZE/2RH) pour les formes bénignes de TB chez les enfants ;
  - Trois schémas pour la TB-PR : BPaLM 6 mois, BPaL, schéma court de 9 mois pour quelques cas exceptionnels (femmes enceintes, enfants de < 15 ans et schéma long individualisé
  - Mise rapide et effective en traitement des patients notifiés,
  - Soutien à l'observance du traitement dans les CDT/CT et au niveau communautaire;
  - Application des mesures de récupération des défaillants, avec l'aide des communautaires
  - Renforcement de la réalisation des contrôles bactériologiques ;
  - Monitoring et évaluation des activités de suivi du traitement des patients TB .
  - Encadrement et accompagnement des prestataires à la base avec des supervisions basées sur la résolution des problèmes avec suivi des progrès réalisés.
- Pour la TB-PR : l'accent sera mis sur la réalisation des bilans pré-thérapeutiques, mise en traitement rapide (7 jours), réalisation des bilans de suivi, examens de Ziehl et des cultures de contrôle aux échéances jusqu'à la fin du traitement, activités de suivi clinique des patients et aDSM avec identification des EIM, traitement avec les médicaments appropriés et rapportage sur ces effets selon le circuit établi, les appuis nutritionnels et autres psycho-sociaux.
- Extension de la couverture et offre des services de la TB de proximité : augmentation des CDT et surtout la maîtrise du réseau diagnostique et de traitement CT autour des CDT, avec un accent sur les centres privés et les FOSA fortement fréquentées, quelles qu'elles soient. L'objectif est de mettre un paquet minimum d'activités TB dans la

majorité des 17.500-18.000 FOSA mentionnées dans le PNDS-recadré (et sans doute dans le nouveau PNDS 2023-2027).

- Pour les 2 (TB-PS et TB-PR) ; la disponibilité et gratuité des médicaments (tous oraux avec les formulations appropriés) et autres intrants, un bon monitorage régulier (trimestriel) des activités, des supervisions de qualité et veiller sur la qualité des données, le soutien particulier des acteurs de la base (prestataires et communautaires), les appuis aux activités des BCZS, CPLT, DPS et niveau national.

Nous espérons que, contrairement au PSN 2021-2023, le budget d'achat des médicaments prévus dans le PSN 2024-2028 sera à la hauteur des ambitions du programme qui tient à fournir tous les efforts pour réduire fortement le gap de notification des patients TB !!!

### **5.3. PRÉVENTION DE LA TB**

- Définition d'un dénominateur avec des cibles précis pour les enfants de moins de 5 ans, contacts des cas TB+ à investiguer sur la TB, puis réalisation du TPT sur base d'algorithme.
- Objectif de screening de la majorité de nouvelles inclusions PVVIH et screening aux RDV des PVVIH de la file active, puis TPT pour les éligibles et Traitement antituberculeux pour les Co infectés. Un bon développement, extension et suivi des activités de cette porte devra nous apporter aussi davantage des cas TB.
- Prise en compte des enfants de 5 à 14 ans et les adultes, contacts étroits des cas index TP+.
- Mesures de Prévention et Contrôle de l'infection à appliquer : administratives et environnementales, mesures de protection individuelle, EPI, etc.
- Diagnostic de laboratoire sur l'ITL pour une partie des personnes particulières à risque de 5 à 14 ans et adultes éligibles en appliquant un algorithme rigoureux jusqu'au TPT (expérience de Kinshasa et Lubumbashi à étendre progressivement).
- La bithérapie (3HP et 3RH) ainsi que l'INH pour les personnes avec contre-indications à la bithérapie restent les molécules de choix.
- Suivi et évaluation ; suivi des personnes sous TPT avec l'aide des communautaires, outils collecte des données et évaluation des cohortes de TPT (achèvement du TPT).

### **5.4. CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE VIH (CONNAISSANCE STATUT SÉROLOGIQUE AU VIH ET MISE SOUS TAR ET CTX)**

- L'ambition du PNLT est d'avoir 100% des patients TB qui connaissent leur statut sérologique au VIH, puis de voir tous les co-infectés être mis sous ARV pendant leur traitement antituberculeux. Après, avec le continuum des soins, grâce aux GU (à étendre), ces patients guéris de leur TB pourront poursuivre leur TAR à vie selon les différentes approches du PNLS.
- Nous allons discuter largement des capacités et des possibilités du PNLS d'intégrer le paquet VIH dans les ZS où il n'y a rien, ainsi que dans celles où il faudra faire une extension des FOSA disposant du paquet, mais aussi de notre volonté commune et concertée de développer davantage des G.U.
- Il est clair que pour avancer dans ce sens, l'extension des GU est indispensable, allant au-delà des CDT jusqu'aux CT pour lequel le PNLT préconise un développement maîtrisé par les ZS.

- La coordination et activités concertées sont indispensables au niveau central, de la même façon que les activités conjointes au niveau provincial (CPLT et BPC) au niveau de la planification, mise en œuvre, suivi et évaluation devront être redynamisées.

## 5.5. PILOTAGE, PARTENARIAT, COORDINATION ET GOUVERNANCE AU NIVEAU DE LA LUTTE CONTRE LA TB EN RDC.

La formalisation par un Décret du cadre stratégique multisectoriel et de redevabilité devra être une priorité, tous les textes et documents ayant déjà été produits en drafts.

De la coordination de la mise en œuvre du PSN, celle-ci sera assurée par le Ministère de la Santé, à travers le PNLT qui coordonnera la mise en œuvre selon le principe qui veut qu'on ait :

- Un seul plan stratégique
- Un seul mécanisme de coordination
- Un seul plan de suivi et évaluation.

Cette mise en œuvre est une responsabilité partagée du Ministère de la Santé à travers les différents niveaux du système de santé dont le PNLT avec toutes ses structures, de l'ensemble des partenaires aussi bien de mise en œuvre que financier du PNLT et des acteurs de la société civile impliqués dans la lutte contre la tuberculose en RDC.

Des plans opérationnels annuels seront élaborés, en collaboration avec tous les partenaires de mise en œuvre, en s'appuyant sur ce qui y est préconisé.

Les interventions des différents partenaires seront mises en œuvre par chacun d'eux, sous la coordination du PNLT, avec un devoir de redevabilité.

Ainsi, les différents partenaires désireux de rejoindre la lutte contre la tuberculose en RDC devront s'aligner et s'harmoniser avec le présent plan stratégique 2024-2028 dans un esprit d'appropriation.

Par ailleurs, plusieurs problèmes devront être résolus pour permettre au PNLT de jouer son rôle et d'assumer ses responsabilités pour la bonne marche de la lutte : financement domestique accru particulièrement par le gouvernement, un montage institutionnel qui le responsabilise davantage, un cadre organique revu, différents cadres de concertation et task-force fonctionnelle, mécanismes d'élaboration, de vulgarisation et de suivi de l'application des normes et directives de la TB, etc.

Concernant la capacité gestionnaire du PNLT, l'amélioration passera par l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines, la mise en place des mécanismes de rétention de ces RH qui ont actuellement tendance à aller chez les PTF, l'élaboration d'un plan de gestion et de renouvellement des équipements et matériels du programme, l'amélioration de la capacité d'utilisation efficiente des ressources mobilisées en faveur de la lutte contre la TB, l'amélioration de la capacité à générer l'information stratégique en temps réel, etc.

Le GAS reste un sujet d'importance dont tous les contours devront être améliorés, tant au niveau central (avec PATIMED pour quantification, commandes, acquisitions, stockage, expéditions vers les CDR) qu'au niveau intermédiaire (DPS, CDR, CPLT, GTM) et opérationnel (utilisation, CMM, rapportage). L'objectif ici est de voir le logiciel INFOMED (ou autre logiciel) fonctionner effectivement.

Quant aux appuis financiers, si vraiment tout le monde s'accorde sur les progrès à réaliser pour aller vers l'élimination de la TB avec des résultats compatibles, les appuis devront augmenter, notamment pour l'acquisition des médicaments et intrants, des équipements de diagnostic moléculaire rapide avec ses corolaires, les moyens de fonctionnement y compris pour le LNRM qui ambitionne son accréditation d'ici la fin de ce PSN, les moyens de supervision et d'accompagnement des acteurs sur le terrain, l'amélioration de la qualité de l'information stratégique générée, la recherche opérationnelle et enfin la MOTIVATION des acteurs à tous les niveaux (central intermédiaire et particulièrement opérationnel).

A ce sujet, le PNLT espère un accroissement des appuis financiers des Gouvernements central et provinciaux, de ses partenaires habituels (FM/avec les subventions TB-VIH, RSS, COVID-19, avec les explications qui sont données au niveau du chiffrage, l'USAID avec tous les projets en cours de mise en œuvre et ceux à venir, Action Damien, ...) ainsi que d'autres nouveaux partenaires internationaux et locaux à mobiliser.

C'est pour cette raison qu'un Plan de mobilisation des ressources en faveur du PSN 2024-2028 doit accompagner cette élaboration.

L'implication effective des acteurs communautaires devra être renforcée, en même temps les actions relatives à la communication elles-mêmes seront améliorées.

Enfin, la lutte ne pourra réellement aboutir que si tous les obstacles qui entravent l'accès aux services TB dans les domaines du genre et droits humains sont levés ou tout au moins réduits.

## VI. COMPOSANTE SUIVI ET EVALUATION DU PSN 2024-2028

### 6.1. CADRE DES RESULTATS

Vision : Amélioration d'accès aux soins liés à la tuberculose à toute la population congolaise pour un Congo sans tuberculose avec zéro décès, ni morbidité, ni souffrances dues à la tuberculose à l'horizon 2035 par l'amélioration de l'accès aux soins de qualité à toute la population congolaise et sans risque financier aux usagers ».

But de ce PSN : Contribuer à l'accélération du progrès vers la fin de l'épidémie de la TB en RDC par la réduction d'ici 2028 de l'incidence de la tuberculose de 318 à moins de 305 cas pour 100.000 habitants, du nombre des décès dus à la TB de 4.575 en 2021 à moins de 1.827, des coûts catastrophiques de 56% à 50% au niveau des familles avec des patients affectés

Items	Indicateurs	Type d'indicateurs	Données de base			CIBLES ANNUELLES							
			Baseline	Année	Sources de vérification	2024	2025	2026	2027	2028	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Responsable
L'objectif général de ce Plan Stratégique National 2024-2028 est de contribuer à l'accélération du progrès vers la fin de l'épidémie de la TB en RDC par la réduction d'ici 2028 *de l'incidence de la tuberculose de 318 à moins de 305 cas pour 100.000 habitants, *du nombre des décès dus à la TB de 4.575 en 2021 à moins de 1.827, *des coûts catastrophiques de 56% à 50% au niveau des familles avec des patients affectés	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	Impact	318	2021	WHO TB Global Report 2022	315	313	311	308	305	WHO TB Global Report	Estimation sur base de SNIS	OMS
	Taux de mortalité par tuberculose VIH négatif (pour 100 000 habitants)	Impact	44	2021	WHO TB Global Report 2022	40	37	35	33	31	WHO TB Global Report	Estimation sur base de SNIS	OMS
	Taux de mortalité par tuberculose/VIH positif (pour 100 000 habitants)	Impact	7,5	2021	WHO TB Global Report 2022	6,5	6	5	4	3	WHO TB Global Report	Estimation sur base de SNIS	OMS

	Nombre des déces	Impact	4575	2021	Rapport PNLT	2962	2735	2508	2281	2054	Rapport PNLT	SNIS de routine	PNLT
	La prévalence de la resistance à la Rifampicine parmi les nouveaux patients	Impact	NA	2021	Enquête DRS	Résultat enquête	Rapport d'enquête	Enquête	PNLT				
	Nombre des ménages ayant bénéficié des mesures de réduction des couts catastrophiques	Impact	56%	2020	Rapport d'enquête	54%	53%	52%	51%	50%	Rapport d'enquête	Enquête	PNLT
	Pourcentage de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et récidives) testés au moyen des tests rapides recommandés par l'OMS lors du diagnostic	Résultat	9%	2021	WHO TB Global Report 2022	20%	30%	45%	50%	60%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS2</b> . Notifier au total 1.697.885 patients cas incidents, dont 295.951 enfants et 24.459 TB-PR.	Nombre des CDT planifiés (Couverture du programme)	processus	2083	2021	DHIS2	2.391	2.582	2.645	2.773	2.964	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
	Taux de couverture	Résultat	70%	2021	WHO TB Trend Tool 2022	80%	86%	92%	96%	97%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT

Nombre de cas déclarés de tuberculose toutes formes confondues (c.-à-d. cas confirmés bactériologiquement plus cas diagnostiqués cliniquement), nouveaux cas et récidives	Résultat	214 408	2021	WHO TB Global Report 2022	287.375	316.176	346.156	368.453	379.725	WHO Global Report	SNIS de routine	PNLT
Proportion des malades TB orientés par la communauté sur l'ensemble	Résultat	32%	2021	Rapport synthèse TB OAC	32%	32%	32%	32%	32%	Rapport annuel PNLT(DHIS2)	SNIS de routine	PNLT
Pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie de frottis parmi le nombre total de laboratoires effectuant des analyses par microscopie de frottis pendant la	Résultat	72%	2021	Rapport annuel PNLT	81%	84%	86%	88%	90%	Rapport CDQ Labo	Collecte active	PNLT
Proportion des enfants TB dépistés	Résultat	13%	2021	WHO TB Global Report 2022	15%	16%	17%	18%	20%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
Nombre d'enfants 0-14 ans notifiés	Résultat	26919	2021	Rapport PNLT	43.323	50.817	59.083	66.555	76.174	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
Proportion des patients TB PR notifiés selon les cibles pays	Résultat	20%	2021	Rapport PNLT	50%	55%	60%	65%	70%	Rapport PNLT	SNIS de routine	PNLT

Nombre de cas déclarés de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multirésistante pays	Résultat	1236	2021	WHO TB Global Report 2022	7.641	7.870	8.106	8.349	8.599	WHO TB Global Report	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas déclarés de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multirésistante selon PSN	Résultat	1236	2021	WHO TB Global Report 2022	3.547	3.981	4.515	5.239	5.629	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	
% de patients TB PR ayant bénéficié de tests de sensibilité de deuxième ligne	Résultat	47%	2021	WHO TB Global Report 2022	65%	70%	75%	80%	90%	WHO TB Global Report 019 page 201	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou de tuberculose multirésistante ayant commencé un traitement de seconde intention	Résultat	1115	2021	WHO TB Global Report 2022	3.370	3.782	4.334	5.082	5.517	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) déclarés dans la population carcérale	Résultat	1.939	2021	Rapport PNLT	3.097	3.736	3.931	4.109	4.069	Rapport annuel PNLT(DHIS2)	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) déclarés dans la population autre que la population carcérale (mineurs)	Résultat	813200%	2021	Rapport PNLT	12.422	14.286	16.428	18.893	21.727	Rapport annuel PNLT(DHIS2)	SNIS de routine	PNLT
Proportion des patients TB ayant été testé au Covid 19	Résultat	ND	2021	Rapport annuel PNLT	10%	12%	14%	16%	20%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT

	Taux succès des patients TB PR	Effets	80%	2021	WHO TB Global Report 2023	85%	85%	85%	85%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT	
<b>OS4</b> : Guérir au moins 70% des patients TB-PR et au moins 90% des patients TB-PS notifiés	Proportion des CDT n'ayant connu aucune rupture de stocks des médicaments antituberculeux de première intention	processus	96%	2021	Rapport annuel PNLT	100%	100%	100%	100%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT	
	Proportion des patients TP+ mis sous traitement de première ligne et guéris	Effets	89%	2021	Rapport annuel PNLT	89%	90%	90%	91%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT	
	Proportion d'enfant TP + mis sous traitement de première ligne et guéris	Effets	22%	2021	Rapport annuel PNLT	26%	27%	28%	29%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT	
	Proportion des patients TP+ VIH+ mis sous traitement de première ligne et guéris	Effets	34%	2021	Rapport annuel PNLT	36%	37%	38%	39%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT	
	Proportion des patients TB PR mis sous traitement de seconde ligne et guéris	Effets	14%	2021	Rapport annuel PNLT	25%	35%	45%	55%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT	
<b>OS5</b> Tester au VIH 100% des patients TB (connaissance de leur statut sérologique) (xxx cas incidents TB)	Proportion de patients tuberculeux enregistrés (nouveaux cas et récidives) dont le statut sérologique VIH est documenté	Résultat	77%	2021	WHO TB Global Report 2022	80%	85%	90%	95%	100%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS6</b> Mettre sous TAR 100% des patients TB-VIH+ notifiés	Proportion de malades coïnfectés TB/VIH mis sous ARV	Résultat	82%	2021	WHO TB Global Report 2022	90%	95%	100%	100%	100%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT

<b>OS7</b> Mettre sous TPT 95% des personnes/cibles éligibles	Couverture du traitement de cas avec ITL chez enfants 0-5 ans	Résultat	52%	2021	WHO TB Global Report 2022	55%	65%	75%	85%	95%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
	Couverture du traitement de cas avec ITL chez PVVIH nouvelle inclusion	Résultat	58%	2021	Rapport annuel PNLT	63%	65%	75%	85%	95%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
	Nombre d'enfants 0-5 ans en contact avec des patients tuberculeux qui ont commencé un traitement préventif 3 RH	Résultat	59.419	2.021	WHO TB Global Report 2022	106.544	139.929	168.587	222.009	223.382	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
	Nombre d'enfants 5-14ans en contact avec des patients tuberculeux qui ont commencé un traitement préventif 3 HP	Résultat	ND	2.021	Rapport annuel PNLT	40.847	37.829	34.601	31.154	26.678	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS8</b> : Améliorer le pilotage et la gouvernance du programme de lutte contre la TB en RDC	Nombre des recherches opérationnelles publiées	processus	1	2021	Rapport annuel PNLT	2	2	2	2	2	Rapport annuel PNLT	Rapport d'enquête	PNLT

## 6.2. EVALUATION DU PSN TB 2024-2028

Il est proposé de mener 2 évaluations de la mise en œuvre de ce PSN TB 2024-2026 :

- Une évaluation à mi-parcours à la fin de l'année 2026 avec possibilité de recadrer certaines choses et aspects pour le reste de la période
- Une évaluation finale externe à la fin de l'année 2028 pour permettre l'écriture d'un nouveau PSN pour les 5 années suivantes.

## 6.3. RECHERCHE OPERATIONNELLE

Une série des sujets ont été déjà sélectionnés par le PNLT au cours d'un atelier et a identifié les thèmes suivants pour faire partie de la recherche opérationnelle sur 5 ans :

N°	THEMES
	<b>Priorité 1 : Améliorer l'accès, le dépistage et le diagnostic de la tuberculose</b>
1	Enquête sur la résistance au niveau national (DRS : <i>Drug Resistance Survey</i> )
2	Enquête de la stagnation du dépistage, et diagnostique des cas TB dans les formations sanitaires pour identifier les barrières et les bonnes pratiques existantes pour la détection des cas de tuberculose dans les structures
3	Ampleur, distribution et les tendances de la TB MR en RDC
4	Contribution des nouveaux outils diagnostic dans le dépistage de la TB chez l'enfant
5	Déterminants de la forte prévalence de la TB à Lukalenge, province de Kasai Oriental
6	Enquête nationale sur les déterminants socio-culturels limitant l'accès aux services TB
7	Enquête CAP dans les 26 prisons
8	Enquête sur la prévalence comparative dans deux provinces de profil géographique différent (région montagneuse à faible notification et région de la plaine à forte notification)
9	Enquête sur la prévalence de la tuberculose parmi les populations spéciales (vulnérables) (pilote intensive case finding « ICF » among vulnerable groups)
10	Impact des techniques de traitement du crachat dans la détection
11	Facteurs liés à la tendance de notification élevée des cas de TB pédiatrique dans 100 CDT ayant notifié une proportion de plus de 20% des cas de TB pédiatrique
	<b>Priorité 2 : Développer une collaboration durable avec tous les prestataires de soins pour le contrôle de la tuberculose</b>

12	Enquête de satisfaction de services TB rendus par CPLT auprès de la population
13	Impact des actions de Mobilisation sociale dans la lutte anti TB
14	Enquête sur la satisfaction de la qualité des services TUB-VIH : Stratégies de prise en charge combinée TB-VIH: "One stop approach »
<b>Priorité 3 : Prévention et traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH</b>	
15	Etude sur la coïnfection TB/VIH chez l'enfant
16	Etude sur les déterminants du diagnostic précoce, sur la coïnfection TB-VIH
17	Etude sur les déterminants socioculturels qui augmentent la vulnérabilité à la tuberculose, à la coïnfection VIH / tuberculose.
<b>Priorité 4 : Traitement de la tuberculose sensible, TB PR/XDR : accès , prestation et participation communautaire</b>	
18	étude des facteurs liés à la mortalité des malades tuberculeux sous traitement antituberculeux
19	Etude sur la stigmatisation liée à la TB dans les secteurs de la santé,
20	Profil ponderal des enfants tuberculeux de 10-14 ans pour améliorer la prise en charge des cas TB Pédiatrique
21	Etude sur l'impact de la participation communautaire dans la lutte contre la TB
22	Facteurs de risques de la tuberculose chez l'enfant contact d'un cas index TB
23	Facteurs de risque de la MR en RDC
<b>Priorité 5 : Renforcement des capacités pour la recherche opérationnelle</b>	
24	Assurer une assistance technique pour le développement du guide de la recherche opérationnelle du PNLT (PATI OR)
25	Former en recherche opérationnelle des 60 personnes unité centrale et CPLT
27	Soutenir les réunions du comité d'experts pour la recherche opérationnelle (réunion mensuelle de 1 jour de 15 personnes : PNLT, les chercheurs universitaires et partenaires techniques du PNLT)

#### 6.4. PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE

Des assistances techniques sont prévues dans quelques domaines de la lutte contre la TB :

- Progression vers l'accréditation du LNRM ;

- Mission de GLC pour la TB-PR avec 1 visite chaque année
- AT pour une enquête étendue, avec l'élaboration d'une cartographie de différentes Populations clés et vulnérables ainsi qu'un Guide et un Plan opérationnel à mettre en œuvre selon les provinces concernées.
- AT pour l'élaboration et de remplacement des équipements logistiques avec formation du personnel.

## VII. CHIFFRAGE DU PLAN STRATEGIQUE 2024-2028 (BUDGETISATION)

Sur base des interventions et activités à réaliser, et se basant sur les hypothèses coûts récents et/ou les coûts historiques,

Composantes	2024	2025	2026	2027	2028	Total général	%
Diagnostique de la TB	27.079.551	14.208.867	14.761.979	18.683.466	12.167.671	86.901.533	14,9
Diagnostique de la TB-PR	2.168.207	2.155.700	2.155.700	2.155.700	2.155.700	10.791.007	1,8
Prise en charge de tuberculose sensible et TB PR	50.362.720	51.983.804	47.122.879	44.240.461	50.947.253	244.657.117	41,8
Coïnfection TB VIH et autres comorbidités	13.488.006	12.685.380	12.302.139	12.825.175	12.825.175	64.125.875	11,0
Tuberculose pédiatrique	20.229	31.061	20.229	31.061	31.061	133.641	0,0
Plaidoyer & mobilisation (PCMS)	14.243.611	13.342.434	17.037.966	14.243.611	14.052.611	72.920.233	12,5
Partenariat privé et public (PPM)	1.025.572	2.309.958	912.726	1.416.085	1.416.085	7.080.426	1,2
Suivi & Evaluation	311.095	311.095	311.095	311.095	311.095	1.555.477	0,3

Recherche opérationnelle	668.334	1.310.527	611.911	863.590	863.590	4.317.952	0,7
Prévention TB	8.688.492	9.388.055	8.519.350	8.865.299	8.865.299	44.326.496	7,6
Gouvernance	25.537.071	5.572.038	5.519.063	5.639.494	5.639.496	47.907.163	8,2
<b>S/TOTAL</b>	<b>143.592.887</b>	<b>113.298.919</b>	<b>109.275.038</b>	<b>109.275.038</b>	<b>109.275.038</b>	<b>584.716.840</b>	<b>100,0</b>

## **VIII. ANNEXES**

## **BIBLIOGRAPHIE**