

REPUBLIQUE DU CONGO
Unité*Travail*Progrès

=====



**PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE
LA TUBERCULOSE DU CONGO**

2023-2027



SOMMAIRE

CHAPITRE I : VUE D'ENSEMBLE DU PAYS

1.1. LE CONTEXTE GENERAL

- 1.1.1. Contexte physique
- 1.1.2. Contexte démographique
- 1.1.3. Contexte administratif
- 1.1.4. Contexte politique
- 1.1.5. Contexte socioéconomique

1.2. LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE ET DE PROTECTION SOCIALE

- 1.2.1. Organisation du système de santé
- 1.2.2. Situation socio sanitaire
- 1.2.3. Ressources humaines en santé
- 1.2.4. Financement de la santé
- 1.2.5. Protection sociale
- 1.2.6. Santé communautaire

1.3. LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

- 1.3.1. Organisation de la lutte contre la tuberculose
- 1.3.2. Structures opérationnelles

1.4. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE AU CONGO

- 1.4.1. Rappel des cibles TB
- 1.4.2. Mortalité de la TB
- 1.4.3. Incidence de la TBPS
- 1.4.4. Incidence de la TBPR
- 1.4.5. Epidémiologie de la TB au Congo

CHAPITRE 2 : EXAMEN SUCCINCT DE LA MISE EN OEUVRE DU PLAN STRATEGIQUE TB 2020-2022

- 2.1. Analyse de la réponse nationale
- 2.2. Lacunes programmatiques
- 2.3. Analyse FEFOM

CHAPITRE 3 : CADRE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL

- 3.1. Processus d'élaboration du PSN
- 3.2. Vision du PSN
- 3.3. Principes directeurs
- 3.4. Buts, objectifs, interventions, activités, cadre logique

CHAPITRE 4 : FINANCEMENT DU PSN

- 4.1. Budget
- 4.2. Partenaires du PNLT
- 4.3. Stratégies de mobilisation de ressources

Conclusion

Annexes

- Un plan opérationnel
- Un plan de suivi évaluation
- Un plan d'assistance technique
- Un plan budgétaire détaillé
- Références bibliographiques

REMERCIEMENTS

L'élaboration du plan stratégique 2023-2027 est une étape très importante du cycle de planification du programme national de lutte contre la tuberculose. L'équipe du PNLT tient à remercier les experts internationaux, nationaux, responsables de structures et organisations qui ont apporté leur appui :

- Ministère de la Santé et de la Population
- Ministère de la Justice
- Direction Général Population
- PNLS
- Service de diabétologie, CHU Brazzaville
- CTA Brazzaville
- Croix Rouge Congolaise
- Croix rouge Française
- Association Congolaise de lutte contre la TB (ASCOLUCOTU)
- Association Assistance & Conseil Pointe Noire (AACIO)
- Réseau National des Associations des positifs du Congo
- Croix rouge Française
- UNHCR
- Organisation Mondiale de la Santé
- Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
- Expertise France, Initiative 5%

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviral
CAMEPS	Centre d'Achat des médicaments essentiels et produits de santé
CAT	Centre Antituberculeux
CCN	Comité de coordination nationale des subventions du Fonds mondial
CHUB	Centre Hospitalier et universitaire de Brazzaville
COSA	Comité de santé
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DDSSSa	Direction départementale des soins et services de santé
DGSSSa	Direction Générale des soins et services de santé
DHIS	District Health Information System
DST	Test de sensibilité aux médicaments
DS	District sanitaire
ECD	Équipe cadre de district
FM	Fonds mondial
FOSA	Formation Sanitaire
HCR	Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
INS	Institut National de la Statistique
IT	Infection tuberculeuse
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
NFM 3	New Funding model 3
ODD	Objectif de développement durable
OIT	Organisation International du Travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDV	perdu de vue
PEC	Prise en charge
PC	Population carcérale
PCI	prévention et contrôle de l'infection
PNDS	Plan national de développement sanitaire ?
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PRE XDR	Tuberculose résistante à la Rifampicine, isoniazide, fluoroquinolone ou aminoside
PQE	Programme Qualité essentiel
TB	Tuberculose
TB-PS	Tuberculose pharmaco sensible
TB-PR	Tuberculose pharmaco résistante
TB-XDR	Tuberculose résistante à la Rifampicine, isoniazide, fluoroquinolone et aminoside
TB-RR	Tuberculose résistante à la rifampicine
UCPP	Unité de coordination des programmes et projets
VSBG	Violence sexuelle basée sur le genre

Résumé d'orientation

Ce plan s'aligne sur les principes directeurs de la stratégie END TB. Il donne un cadre de travail qui fait suite à une revue conjointe du PSN 2020-2022 par les personnels nationaux, les communautés et les partenaires durant la période allant du 26 octobre au 18 Novembre 2022.

Il permet de contribuer à l'atteinte des Objectifs du développement durable (ODD) et il est en phase avec les nouvelles orientations stratégiques pour la période « après 2015 » notamment dans ses deux phases, proposées par l'OMS et ses partenaires.

La République du Congo est parmi les trente pays à charge élevée s'agissant de la tuberculose. Le territoire est l'un des moins denses d'Afrique avec 14,8 habitants au kilomètre carré mais la moitié de la population se concentre dans les villes principales de Brazzaville et de Pointe-Noire. L'économie et la vie sociale ont été largement impactées par la COVID et la guerre de l'UKRAINE qui ont augmenté la pauvreté entre 2020 et 2021.

La tuberculose reste un défi majeur de santé publique pour le pays. En dépit des différentes stratégies mises en œuvre pour diminuer l'incidence au Congo, celle-ci reste importante et est estimée en 2021 à 370 (231-542) cas pour 100 000 habitants

De même que l'incidence, la mortalité toute formes confondues est élevée soit 54 pour 100 000 habitants pour les patients TB-HIV négatifs et 45 pour 100 000 habitants pour les patients TB-HIV positifs.

Depuis 2005, le niveau de notification est nettement en dessous de l'estimation de l'incidence avec une baisse considérable en 2020. Le pays enregistre chaque année des cas manquants, liés probablement aux malades non diagnostiqués et non notifiés. Les départements de Pointe-Noire (416,1/100 000) et Brazzaville (238,2/100 000) et de Sangha (289,5/100 000) ont les taux de notification les plus élevés en 2021.

La détection des cas de tuberculose n'est pas optimale car 45% cas incidents ne sont pas diagnostiqués et mis sous traitement. L'insuffisance du dépistage de la tuberculose est liée à l'absence d'intégration des activités de dépistage dans les établissements de soins du secteur public (77,6%) et à la faiblesse des stratégies spécifiques de screening chez les populations clés et vulnérables, notamment les enfants, les personnes vivant avec le VIH, les détenus, les migrants et réfugiés, les groupes autochtones.

L'accès limité au laboratoire, le nombre insuffisant de tests rapides moléculaires, le système de transport des échantillons à l'état de projet pilote, la fonctionnalité non optimale du LNR, les besoins non satisfaits en personnels font du réseau de laboratoire un dispositif pas pleinement opérationnel.

Le taux de succès du traitement a certes progressé atteignant 75,2% en 2021, mais la prise en charge reste confrontée à des pesanteurs socio-sanitaires qui engendrent des dépenses pour le patient, un important nombre de perdus de vue (12,6%), des non évalués (10%).

Concernant la TBPR, même si l'offre diagnostique n'est pas encore décentralisée, le taux de succès du traitement est assez satisfaisant (81%) et le soutien économique et nutritionnel aux patients est quasi permanent.

Des efforts ont été faits pour instaurer des guichets uniques TB/VIH, cependant les activités de collaboration TB-VIH sont encore suboptimales. En effet, la couverture du dépistage du VIH chez les patients TB au Congo reste faible et reste inférieure à 45%, et seulement 40% des co-infectés sont mis sous ARV.

La proportion des enfants parmi les nouveaux cas et rechutes de TB est restée dans l'intervalle

5 à 15% (norme OMS). La prise en charge thérapeutique des enfants et des adolescents se fait surtout dans des services intégrés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur la base des directives nationales. Cependant, elle est confrontée à de nombreux défis de type organisationnel et technique.

La communauté contribue à la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la tuberculose à travers les ONGs mais sa participation est encore peu développée pour agir sur les déterminants et favoriser l'atteinte des indicateurs. Il importe de noter que les activités de communication, de collaboration multisectorielle et du secteur privé (6,1%) ne sont pas très solides pour impulser une dynamique poussée de performance.

Cependant, le Congo dispose d'une gratuité totale pour le dépistage, les médicaments de première et de deuxième ligne, d'une application des nouvelles directives du traitement de la pharmaco résistance avec suppression totale des injectables, et de l'appui des partenaires tels que le Fonds Mondial (FM), IDA, OMS

Le PNLT a fourni des efforts importants dans le PSN 2020-2022 mais des défis sont toujours identifiés dans les domaines programmatiques.

Afin de renforcer les progrès observés dans la mise en œuvre des interventions et d'améliorer les lacunes il s'avère nécessaire de changer de paradigme et de mener des stratégies plus porteuses d'impact dans la lutte contre la tuberculose au niveau du Congo. Cette présente planification qui couvre la période 2023-2027 s'inscrit dans les grandes orientations de la stratégie mondiale « END TB ».

Elle s'appuie sur la revue épidémiologique, l'analyse de réponse nationale, l'identification des lacunes, les opportunités à saisir, les faiblesses et des menaces. L'année 2025 comprise dans la période couverte par le PSN, pose des jalons importants d'objectifs de réduction de l'incidence et la mortalité par rapport à 2015.

Pour cela le pays doit accélérer l'atteinte des objectifs au nombre de 10 s'articulant autour de 3 buts principaux :

- **But 1** : Réduire l'incidence de la tuberculose de 370 cas pour 100 000 habitants en 2021 à 353 cas pour 100 000 habitants en 2027 ;
- **But 2** : Réduire le taux de mortalité lié à la tuberculose de 54 décès pour 100,000 habitants en 2021 à 42 décès pour 100 000 habitants en 2027 ;
- **But 3** : Renforcer la gouvernance du programme national de lutte contre la tuberculose

Ce plan comporte des interventions et innovations majeures telles :

- La mise en place de stratégies ambitieuses en communication sur la tuberculose à l'endroit de la population générale et des patients TB;
- Le développement d'une approche Qualité dans la détection des cas ;
- Le relèvement du plateau technique du réseau de laboratoires et du LNR ;
- L'intégration des activités de lutte TB dans 52 districts sanitaires du pays ;
- La décentralisation de l'utilisation des tests moléculaires pour le diagnostic initial de la tuberculose et de la TBMR ;
- L'opérationnalisation d'un système de transport efficace des échantillons ;
- Des mécanismes d'amélioration et de surveillance de l'application des protocoles thérapeutiques ;
- Une prise en compte des mécanismes de protection sociale par l'élargissement du soutien et la prise en charge des séquelles ;
- Une surveillance particulière des obstacles liés aux droits humains et au genre dans les intervention de lutte contre la tuberculose et la TB/VIH ;
- Une application optimale de la prévention de la tuberculose conformément aux nouvelles orientations de l'OMS ;

- Un développement de stratégies spécifiques et innovantes pour les populations clés et vulnérables ;
- La structuration des interventions communautaires avec l'implication de grandes ONG nationales et la définition d'un paquet de services adaptés aux besoins programmatiques ;
- Des mécanismes innovants dans la gestion des médicaments et des stocks,
- Une optimisation de l'approche développée avec le secteur privé pour un meilleur impact dans les indicateurs ;
- Le développement du nouveau produit traquer/DHSI2 dans le système de suivi évaluation ;
- Un développement de la recherche opérationnelle basée sur un plan stratégique qui utilise les données de routine et une implication du tissu scientifique, universitaire et communautaire,
- Une rénovation et équipement du PNLT, du LNR et des sites à grande file active,
- Des stratégies de mobilisation de ressources domestiques et externes pour renforcer le financement de la lutte contre la tuberculose.

Le coût total de la lutte antituberculeuse pour la période 2023-2027 est estimé à vingt milliards cent soixante millions huit cent quarante et un mille trois cent soixante-seize (20.160.841.376) Francs CFA soit 32. 624. 574 USD.

Introduction

La Tuberculose reste un défi majeur de santé publique au Congo. L'OMS estime en 2021 l'incidence de TB en République du Congo à 370 (231-542) cas pour 100 000 habitants. De même que l'incidence, la mortalité toute forme confondue reste élevée au Congo pour la tuberculose. En effet, elle était estimée en 2021 à (30-85) habitants pour les patients TB-HIV négatifs contre 45 (22-75) pour 100 000 pour TB-HIV.

Cette affection est exacerbée par la coïnfection au VIH et l'apparition des résistances aux médicaments antituberculeux. En effet, en 2021, 12152 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été notifiés parmi lesquels 19% ont été co-infectés avec le VIH et 131 cas de tuberculose multi-résistante.

L'analyse épidémiologique a montré que les services de lutte contre la tuberculose ont subi des perturbations du fait de la pandémie de COVID-19 et l'impact sur les efforts de lutte contre la maladie a été particulièrement marqué durant les années 2020- 2022.

La revue épidémiologique menée en 2022 a été un outil essentiel pour le pays, les partenaires et la société civile de passer en revue les progrès accomplis et de se préparer en vue de l'élaboration d'un plan stratégique qui prend en compte, l'analyse de la réponse nationale, les priorités du programme TB et les innovations nationales et mondiales.

Le présent PSN TB 2023-2027 poursuit la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose et termine la phase (2016-2025) visant notamment une utilisation optimale des interventions existantes, une couverture sanitaire universelle pour les interventions essentielles de prévention, de traitement et de soins et des actions sur les conséquences sociales de la maladie.

Ce PSN est une réponse cohérente de la revue et montre la volonté essentielle du Congo d'intensifier la lutte contre la tuberculose désormais parmi les principales maladies infectieuses les plus mortelles dans le monde à côté du VIH.

CHAPITRE I : VUE D'ENSEMBLE DU PAYS

1.1. Contexte général

1.1.1. Contexte physique

La République du Congo est située en Afrique centrale et s'étend sur une superficie de 342.000 km². Elle partage ses frontières avec 5 pays : le Gabon à l'Ouest sur 1.903 km, le Cameroun au Nord-Ouest sur 523 km, l'Angola et l'enclave du Cabinda au Sud sur 201 km, la République Centrafricaine au Nord sur 467 km et la République Démocratique du Congo à l'Est sur 2.410 km le long du fleuve Congo et la rivière Oubangui.

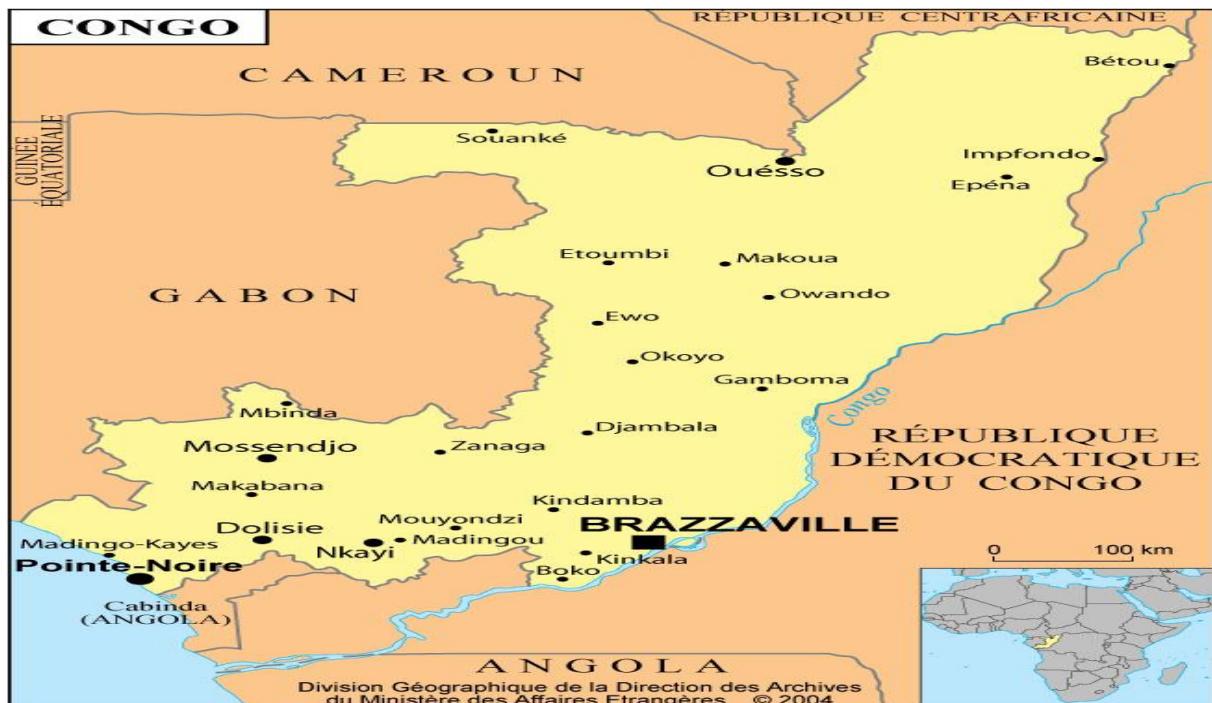


Figure- 1 : carte du Congo

1.1.2. Contexte démographique

Selon l'Institut national des statistiques (INS), le taux de croissance moyen de la population serait de 3% l'an. Sur la base de ce taux, la population congolaise est estimée à 5 766 678 en 2023 et 6 502 144 en fin 2027. En 2021, la proportion des femmes est estimée à 50,5%. Les moins de 20 ans représentent environ 52% de la population (dont 42% pour les moins de 15 ans et 10% pour les 15-19 ans) et 2,7% pour les plus de 65 ans. La population, dont près de 40% a moins de 15 ans, est en majorité urbaine (61,8%). Brazzaville (37,1%) et Pointe Noire (19,3%) concentrent 56,4% de la population générale. La population refugiée provenant des pays voisins a été estimée à 40 765. La pyramide des âges se présente comme suit :

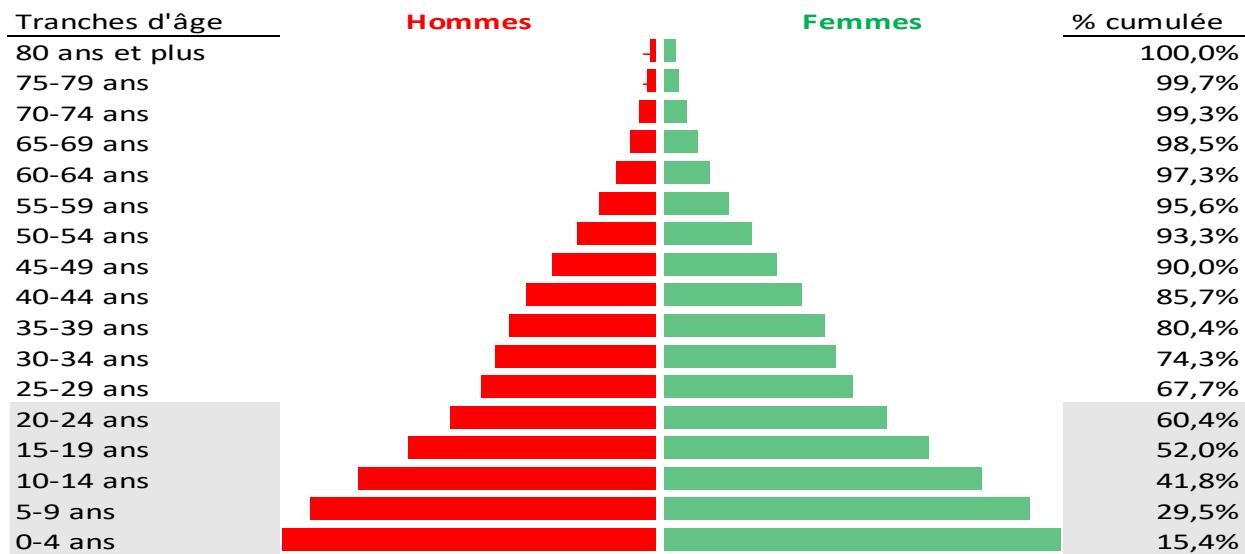


Figure-1 : Pyramide des âges en 2021 (projection à partir des données INS)

Les données démographiques projetées par Département se présentent comme suit :

Département	Population Totale	Femmes en âge de procréer	Enfants de	Enfants de	Adolescents	Jeunes de 20-24 ans	Naissances vivantes
			0 à 11 mois	1 à 9 ans	de 10-19 ans		
Kouilou	148 636	29 727	5 947	23 782	31 808	14 270	6 392
Niari	373 759	74 752	14 951	59 803	79 985	35 663	16 073
Lékoumou	155 766	31 154	6 232	24 923	33 334	15 174	6 700
Bouenza	499 464	99 893	19 978	79 915	106 886	47 949	21 478
Pool	382 356	76 472	15 295	61 177	81 825	36 707	16 441
Plateaux	282 147	56 430	11 287	45 144	60 381	27 087	12 134
Cuvette	252 187	50 439	10 088	40 352	53 969	24 211	10 845
Cuvette – Ouest	117 975	23 596	4 720	18 876	25 247	11 326	5 073
Sangha	138 576	27 716	5 544	22 173	29 656	13 304	5 960
Likouala	249 085	49 819	9 965	39 854	53 305	23 913	10 711
Brazzaville	2 219 610	443 923	88 785	355 138	474 997	213 084	95 443
Pointe-Noire	1 156 163	231 232	46 247	184 987	247 420	110 992	49 716
Total	5 975 724	1 195 153	239 039	956 124	1 278 813	573 680	256 966
		20,6%	4,1%	16,5%	22,0%	9,9%	4,4%

Tableau-1 : Évolution des principaux indicateurs démographiques

1.1.3. Contexte administratif

Sur le plan administratif, la loi n°3-2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation administrative territoriale, subdivise le pays en douze (12) départements, seize (16) communes, vingt-trois (23) arrondissements, quatre-vingt-huit (88) districts, cinquante-deux (52) communautés urbaines, six (6) communautés rurales, sept cent vingt (720) quartiers et trois milles deux cent quatre-vingt-seize (3296) villages. La loi n°10 du 06 février 2003 transfert trois domaines de compétence aux collectivités locales : (i) la gestion de la santé, (ii) l'activité sociale et (iii) la protection civile. Les départements sont placés sous l'autorité des préfets, les districts, les

communes et les arrondissements sont administrés, respectivement par les sous-préfets, les maires et les administrateurs maires délégués. La décentralisation a été amorcée par la mise en place de conseils départementaux et municipaux.

Le transfert de compétence et des ressources associées est en cours d'étude pour une mise en place effective. En parallèle, le statut de la fonction publique territoriale a été prévu par la loi n°5-2005. Cette dernière a fait l'objet de dix-huit décrets d'application adoptés en conseil des ministres le 29 décembre 2011. Il sied aussi de noter que dans les faits, le fonctionnement de l'Etat demeure encore assez centralisé. Le processus de décentralisation tarde à produire tous ses effets.

1.1.4. Contexte économique

L'économie congolaise reste très peu diversifiée et largement basée sur les ressources naturelles, en particulier le pétrole, qui représente environ 95% des exportations et plus de 70% des recettes budgétaires. De 2017 à 2020, le taux de croissance économique a connu des fluctuations, tout en restant au-dessus de 3,5% (5,3% en 2017, 5,2% en 2018, 3,5% en 2019 et 4,5% en 2020). Bien que les données de 2021 et 2022 ne soient pas disponibles, on note que la croissance économique a été impactée par la pandémie de COVID-19 en 2020, mais a rebondi en 2021 grâce à la reprise de la production pétrolière et à une croissance solide du secteur agricole. Les prévisions pour 2022 et au-delà dépendent de nombreux facteurs, notamment de la situation mondiale liée à la COVID-19 et des politiques économiques du Gouvernement.

S'agissant du niveau de pauvreté, la Banque mondiale estime à environ 43,5% la proportion de la population de vivait sous le seuil de pauvreté national en 2018. Pour l'employabilité des jeunes, il ressort que le taux de chômage des jeunes de 15-24 ans est particulièrement élevé avec environ 42,18% des jeunes actifs sont sans emploi en 2021 (estimation modélisée de l'OIT).

1.1.5. Contexte politique

Le pays est caractérisé par sa stabilité politique et son dynamisme relationnel. Le nouveau gouvernement donne la priorité aux questions de gouvernance institutionnelle, économique, financière, sociale et inclusive. Le Congo est très actif dans le règlement de la crise des Grands Lacs et signataire de l'accord-cadre d'Addis-Abeba pour la paix en République démocratique du Congo et dans la région des Grands Lacs. Il est aussi à la tête de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC) depuis le 27 novembre 2020

Le pays s'est investi aussi dans le processus politique de sortie de crise en République centrafricaine (2014-2016), en assurant la présidence du comité de suivi des accords de Libreville de 2013. Ainsi il est contributeur de troupes au sein de la composante police de la mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la stabilisation en Centrafrique (MINUSCA). En matière d'environnement, le Congo préside la Commission climat du bassin du Congo créée en marge de la COP22, avec l'initiative de « Fonds bleu pour l'environnement et la paix ».

Les relations du Congo sont étroites avec la Chine, devenue l'un de ses premiers partenaires économiques, la France et les États-Unis. Depuis quelques années, Brazzaville noue également des liens de plus en plus forts avec les pays émergents, en particulier sur le plan économique : Russie, Turquie, Brésil, Inde.

1.2. Le système national de soins de santé et de protection sociale

1.2.1. Organisation du système de santé

Le décret n° 2018 - 268 du 2 juillet 2018, organise le ministère en charge de la santé en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique ou opérationnel.

Le niveau central ; son rôle est stratégique, normatif et régulateur. Il a également la responsabilité de la coordination de l'ensemble du secteur et de la mobilisation et l'allocation des ressources. Le ministère dispose de plusieurs organes de consultation, de plaidoyer et d'aide à la décision que sont : (i) le Conseil national de santé, (ii) le Comité de Pilotage du PNDS, (iii) le Conseil national de lutte contre le VIH/Sida, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies (CNLSE), (iv) le Comité de coordination nationale (CCN) des projets de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida financés par le fonds mondiale, (v) le Comité de coordination inter agences (CCIA) pour la vaccination et les vaccins et divers autres comités. Au niveau central, on retrouve sur le plan opérationnel les structures suivantes :

- Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), disposant d'un plateau technique de plus haut niveau avec un labo P3, est chargé du contrôle de la qualité des examens biologiques pratiques dans les laboratoires du pays.
- Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a pour mission d'assurer la disponibilité des produits sanguins sécurisés en organisant leur collecte, traitement, stockage et distribution. sur l'ensemble du pays.
- La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Produits de Santé (CAMEPS), est chargée de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques notamment ceux des initiatives de gratuité comme les antirétroviraux (ARV) et les combinaisons à base d'artémisinine (CAT ou ACT) et en matériels médicaux des FOSA publiques et des organismes privés à but non lucratif.
- Les centres de traitement ambulatoires spécialisés assurent la PEC des pathologies spécifiques : le Centre National de Référence de la drépanocytose (CNRD) de Brazzaville, 2 centres de traitement ambulatoire (CTA) pour l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et 2 centres antituberculeux (CAT) à Brazzaville et Pointe-Noire

Le niveau intermédiaire est représenté par : (i) les 12 directions départementales de la santé (DDS), (ii) les 12 directions départementales de la population et (iii) les 12 inspections départementales de la santé et de la population. Ces dernières jouent respectivement le rôle d'appui technique aux districts sanitaires et de respect de la réglementation du secteur à ce niveau. Les territoires des départements sanitaires obéissent au découpage administratif du pays. Sur le plan opérationnel des soins, on retrouve à cet échelon les structures suivantes :

- Les HB ou hôpitaux de référence (HR) pour le DS, délivrent un paquet complémentaire d'activités (PCA) comprenant au minimum les consultations de référence, la PEC des urgences, l'imagerie médicale, la biologie médicale de base, et quatre services d'hospitalisation (pédiatrie, médecine, chirurgie et maternité)
- Les HG, au nombre de 8, représentant le 3^e échelon dans la référence et servant d'appui technique aux HB de leur zone de couverture, assurent le rôle d'hôpital de référence (HR) pour les DS où ils sont implantés. Ils disposent outre du PCA, d'unités spécialisées de soins et d'un plateau technique complet permettant de réaliser une activité médicale continue. Ce sont: le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB), l'Hôpital Central des Armées (HCA) P.Mobéngo, l'Hôpital Spécialisé Mère-Enfant (HSME) Blanche Gomes à Brazzaville, HG de Loandjili et

HG. A. Sicé à Pointe-Noire, HG de Dolisie dans le Niari, HG 31 juillet d'Owando et l HG Edith Bongo Ondimba d'Oyo dans la Cuvette..

Le niveau périphérique est représenté par le DS. Actuellement le pays est découpé en 52 districts sanitaires selon l'arrêté n°5369 du 02 août 2017. Chaque DS se subdivise en plusieurs aires de santé. Le DS est géré par une Équipe cadre du district (ECD) et la population bénéficiaire participe à la gestion du système de santé à travers les comités de gestion (COGES) et des comités de santé (COSA). Ce sont des organes de participation communautaire qui soutiennent le fonctionnement du système de santé au niveau périphérique. On distingue :

- Le secteur public dispose de deux types de CSI: (i) les CSI à PMA standard (CSI PMAS) offrant tout le paquet de soins de santé primaires (SSP) à la population excepté les accouchements, et (ii) les CSI à PMA élargi (CSI PMAE) qui, outre des activités dévolues au CSI/PMAS, offrent les activités d'accouchement et de chirurgie ainsi que l'hospitalisation.
- Le secteur privé à but lucratif et non lucratif, régi par le décret n°88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la médecine, dispose des centres médico-sociaux (CMS) relevant des ONG et des confessions religieuses, des cabinets médicaux et des soins paramédicaux, ouverts par des particuliers.

1.2.2. Situation socio sanitaire

Maladies transmissibles : on y retrouve (i) le paludisme qui constitue la première cause des consultations (54%), d'hospitalisation (40 %) et de mortalité (42%)4 ; (ii) la tuberculose dont l'incidence est de 370 pour 100.000 habitants ; (iii) le VIH/SIDA avec une séroprévalence dans la population générale de 3,2% et des disparités d'un département à l'autre ; oscillant entre 1,5% et 4,8% ; (iv) les infections sexuellement transmissibles et (v) les maladies diarrhéiques représentant 17,4% auprès des enfants de moins de 5 ans.

Maladies non transmissibles : elles sont essentiellement (i) l'HTA avec une fréquence hospitalière de 55,8% chez les sujets âgés de 37 à 73 ans ; (ii) les accidents vasculaires cérébraux avec une prévalence de 40% au CHU de Brazzaville et à l'hôpital général de Loandjili en 2017 ; (iii) le diabète avec 946 cas rapportés au CHU en 2015 et un taux de létalité de 3,38%, en cela il constitue la première cause d'insuffisance rénale selon les données hospitalières ; iv) les cancers du sein (12,1%), de la prostate (11,3%), du col utérin (8,8%), du foie (8,8).

Maladies Tropicales Négligées : les principales MTN sont (i) l'onchocercose présente dans six des 12 départements avec une prévalence communautaire variant entre 0,6 et 49% ; (ii) la filariose lymphatique avec un taux de prévalence de 4,7% en 2012; (iii) la schistosomiase avec 23% dans la Bouenza et le Kouilou; (iv) les géo-helminthiases avec un taux oscillant entre 20 et 80%; (v) le trachome avec 2,9% dans la Sangha et la Likouala ; (vi) la trypanosomiase humaine africaine avec une prévalence de 0,21% en 2017 ; (vii) la lèpre avec une prévalence de 73 nouveaux cas par an dans trois départements.

Maladies à potentiel épidémique : celles-ci sont (i) le choléra dont la dernière épidémie a été enregistrée en 2016 à l'Île Mbamou avec 18 cas et 3 décès, soit une létalité de 16,7 ; (ii) la maladie hémorragique à virus Ebola dont la dernière épidémie remonte à 2005 avec 12 cas et un taux de létalité de 75% ; (iii) la rage qui sévit dans les départements de la Bouenza, de la Lékoumou, du Niari, du Kouilou et de Pointe Noire depuis 2012 avec un taux de létalité de 100% ; (iv) le chikungunya pour lequel depuis janvier 2017, il a été enregistré 125 cas suspects

sans décès ; (v) le monkeypox de manière épisodique ; (vi) la grippe H1N1 qui a fait 6.253 cas dont 4.453 à Brazzaville entre janvier et juin 2017

Éducation : les données les plus récentes sur l'éducation en République du Congo proviennent du Ministère de l'Education Nationale et de l'UNICEF. Selon leur rapport de 2021, le taux de scolarisation primaire au Congo est de 75,3%, avec un taux de scolarisation féminine de 70,8%. Le taux de scolarisation secondaire est de 25,1%, avec un écart considérable entre les sexes, où seulement 22,2% des filles fréquentent le secondaire comparé à 28% des garçons. Les défis pour améliorer l'éducation au Congo comprennent le manque de personnel enseignant qualifié, les infrastructures scolaires insuffisantes et l'absentéisme des enseignants.

Sexualité : l'âge au premier rapport est un déterminant direct de l'exposition au risque de grossesse et des IST quand ces rapports sexuels ne sont pas protégés. Dans l'enquête CAP réalisée en milieu scolaire en 2021, cet âge est de 15 ans pour 52% d'adolescentes à Kindamba dans le Pool et de 16 ans pour 76% des adolescentes à Mossendjo dans le Niari. Selon le MICS-5 2014-2015, la proportion des jeunes de 15-24 ans ayant des rapports avant l'âge de 15 ans était de 13,7% chez les femmes et de 16,8% chez les hommes.

Grossesses précoces : Malgré l'exposition plus grande aux risques de complication de la grossesse et de l'accouchement, la proportion des grossesses précoces augmente avec le temps et l'âge. Dans une étude rétrospective sur les grossesses précoces, 13% des accouchées dont 50,4% des élèves, étaient agées de 12 à 18 ans. Le code de la famille en son article 128, n'autorise pas de contracter le mariage « avant 21 ans révolus pour l'homme et 18 ans révolus pour la femme », sauf accord des dispenses d'âge du Procureur de la République près le Tribunal d'Arrondissement ou de District.

Avortements : En dépit des dispositions répressives du code pénal du Congo, l'avortement bien que faiblement notifié, est un phénomène récurrent. Pratiqués sur les femmes en âge de procréer indifféremment de leur âge et statut matrimonial, à différents âges de la grossesse, Les avortements et leurs complications qui touchent dans la plupart des cas des femmes moins agées ont constitué la troisième cause de mortalité pré-partum (18%) dans une étude réalisée à Brazzaville¹.

Les violences basées sur le genre (VBG) : Les VBG, violation grave des droits de l'homme dont les conséquences sont souvent des urgences médico-psychologiques, se manifestant sous différentes formes (sexuelle, physique, psychosociale, économique). Les violences domestiques avec coups et blessures volontaires, et surtout les violences sexuelles dont les viols et abus sexuels, constituent un problème social avec des séquelles souvent psychologiques. Le phénomène des enfants de la rue, autre aspect de violence, a entre autres déterminants les maltraitances et autres injustices que subissent ces derniers à la disparition de l'un ou des deux parents géniteurs, à leur abandon suite à l'extrême précarité des familles ou à des considérations ou croyances religieuses.

Allaitement et soins du nourrisson : Le taux de l'allaitement précoce avec 60,5% des nouveau-nés mis au sein dans la première heure après la naissance, est encore en deçà de la cible de 80% du plan SRMNIA 2018-2020. L'allaitement pendant les six premiers mois de la vie, en augmentation de 32,7% en 2014 à 37% en 2021, reste encore faible. Sa poursuite jusqu'à l'âge d'un an est pratiquée chez 62,3% des enfants. (MAS et MAM) restent très faibles

¹ **Source** : Rapport de la revue de la stratégie intégrée de la santé de la reproduction maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition du Congo 2018 - 2022

avec respectivement 12% et 8%. La couverture vaccinale avec comme traceur le vaccin Pentavalent de 73% en 2020 est en dessous de la cible de 83% au niveau national.

Indicateurs	Valeur	Année , sources
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	33‰	2020, BM
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	18,7	2020, BM
Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans, garçons (pour 1 000)	48,6	2020, BM
Taux de mortalité, brut (pour 1 000 personnes)	6,9‰	2020, BM
Taux de mortalité des enfants moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	44,6‰	2020, BM
Taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)	108,3‰	2020, BM
Indice synthétique de fécondité	4,23	2022, BM
Grossesse précoce	26%	MICS 2015
Taux d'immunisation rougeole (% d'enfants âgés de 12 à 23 mois)	68%	2021, BM
Prévalence du diabète (% de la population âgée de 20 à 79 ans)	5,5	2021, BM
Vaccination, hépatite B (% des enfants âgés d'un an)	77	2021, BM
Prévalence de la surcharge pondérale (estimation, % d'enfants de moins de 5 ans)	5,1	2020, BM
Prévalence de l'insécurité alimentaire modérée ou sévère dans la population (%)	88,7%	2020, BM
Taux de prévalence de la malnutrition		2021, SMART
Malnutrition générale	5%	
Malnutrition aiguë modérée	3,8%	
Malnutrition aiguë sévère	1,3%	
Allaitement exclusive des moins de 6 mois	32,9%	MICS 2015
Couverture des soins prénatals	93,2 %	MICS 2015
Accouchement en institution	96,9 %	2019, DGPOP
Incidence du paludisme (Population générale, pour 1000)	114,5‰	2020, DHIS2
Incidence du paludisme (parasitémie chez les enfants, pour 1000)	389‰	2020, DHIS2
Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois	29,8%	MICS 2015
Besoins non satisfaits en PF	17,9%	MICS 2015

Tableau-2 : Principaux indicateurs de santé

1.2.3. Ressources humaines en santé

Le pays compte 5.715 personnels soignants dont 544 médecins, 921 sages-femmes et 4.250 infirmiers pour 4.936.184 habitants. Le ratio quantité-effectif est de 1,1 médecin pour 9.074 habitants, 1,9 sage-femme pour 5.360 femmes en âge de procréer et 8,6 infirmiers pour 1.161 habitants.

Les normes OMS étant 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 infirmier pour 10.000 habitants et 1 sage-femme pour 5.000 femmes en âge de procréer, on pourrait déduire qu'il y a une inégale répartition des effectifs des infirmiers et des médecins et un déficit en sage femmes.

La formation des ressources humaines en santé est assurée par la Faculté des Sciences de la Santé pour les médecins, les techniciens de laboratoire et les techniciens de santé publique, les licenciés en sciences infirmières et sages-femmes et dans les quatre écoles paramédicales et médico-sociales pour les infirmiers et sages-femmes et laborantins. Des initiatives de formation du corps médical à l'étranger pour renforcer l'offre sanitaire sont établies par le gouvernement et les premières promotions vont être opérationnelles en 2020

A côté des ressources humaines techniques, **les ressources communautaires** participent dans la réponse aux divers défis auxquels le pays est confronté dans

le domaine de la santé, à travers l'implication de trois entités distinctes : (i) les organes de participation communautaires que sont les comités de santé (COSA) et comité de gestion (COGES), (ii) les relais communautaires et (iii) les Organisations non gouvernementales (ONG) .

1.2.4. Financement de la santé

La dépense totale en santé a été relativement constante. Rapportée au PIB, elle a évolué de 3% en 2012 à 4% en 2015. La dépense totale par habitant est estimée à 39.736 FCFA (72 dollars US). Au Congo, celle-ci avait même dépassé la norme de dépense totale par habitant, recommandée aux Etats par la Commission de macroéconomie et de santé pour l'atteinte des OMD (46 USD par habitant).

Les sources de financement de la santé en 2015 étaient :(i) l'administration publique avec 46,50%, (ii) les ménages avec 31,25% et (iii) l'aide internationale (20, 75%).Il se pose donc plusieurs problèmes dans la distribution et dans l'utilisation efficiente des fonds. Parmi ces problèmes, on peut citer : (i) l'inadéquation dans l'allocation des ressources (financières et humaines) entre les structures stratégiques et celles du niveau opérationnel du système.

1.2.5. Protection sociale

32% des dépenses courantes en santé sont faites par paiement direct par les ménages dépassant ainsi la limite supérieure (20%) au-delà de laquelle l'incidence des difficultés financières est qualifiée de catastrophique. Afin d'y faire face, le pays a initié le processus de mise en place du régime d'assurance maladie universelle depuis 2014, qui n'est pas encore opérationnel.

Il existe des initiatives de gratuités en cours de mise en œuvre dans le pays, c'est le cas de la gratuité du traitement du paludisme, du Sida, de la tuberculose, de la césarienne et des autres interventions obstétricales majeures.

Le secteur privé formel (notamment les compagnies d'assurances) a mis en place les mécanismes d'assurance maladies.

1.2.6. Santé communautaire

Pour améliorer le niveau de ces indicateurs, la participation communautaire devient un pilier important du système de santé. La population congolaise bien qu'en majorité urbaine (60% RGPH2, 2007), elle reste insuffisamment couverte par les services de santé de premier échelon, estimé à 27%. La participation communautaire est en train d'être développée pour toucher les personnes dans les zones reculées et atteindre les groupes souvent oubliés du système de santé.

1.3. Le programme national de lutte contre la tuberculose

Le PNLT abrite un programme prioritaire du Ministère de la santé et de la population. Il est partie intégrante de l'unité de coordination des Programmes et Projets et est directement rattaché au cabinet du MSP. Comme tout programme de lutte contre la tuberculose, il a adhéré à la Stratégie DOTS puis à la Stratégie Halte à la Tuberculose en 2006 et tout dernièrement à la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » en 2016. Le programme de lutte contre la tuberculose au Congo selon le décret 2019-222 du 13 Aout 2019 est composé de la Direction du programme et du comité scientifique d'appui.

1.3.1. Organisation de la lutte contre la tuberculose

L'organisation de la lutte antituberculeuse reproduit la pyramide sanitaire et comprend trois niveaux :

Le niveau central : avec le PNLT qui est l'organe de coordination, en charge de la mise en œuvre de la politique nationale en matière de lutte contre la tuberculose et de ses stratégies, de l'application des normes et directives, du suivi et de l'évaluation au niveau national. La Direction du PNLT outre le secrétariat, est composée de cinq départements qui sont le département de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose, le département du dépistage et de la surveillance épidémiologique, le département de la formation et de la recherche, le département de la gestion et de la logistique et le département de la documentation des archives et de la statistique.

Le niveau intermédiaire avec le secteur opérationnel des grandes endémies dont le médecin-chef est l'un des 5 chefs de service de la directions départementales des soins et services de santé (DDSSSa) dont le rôle est de faire appliquer les stratégies et directives déterminées par le PNLT en les adaptant aux réalités du terrain.

Le niveau périphérique ou opérationnel avec le DS qui organise autour du médecin-chef et de son équipe de gestion, la lutte contre la TB dans les formations sanitaires de prise en charge.

1.3.2. Structures opérationnelles

- Le Laboratoire national de référence de mycobactéries implanté au niveau du PNLT joue le rôle d'encadrement, de formation, de suivi des malades et de coordination des activités du réseau de laboratoire.
- Les CAT au nombre de 2 sont situés à Brazzaville et Pointe-Noire. Ce sont des structures spécialisées dans la prise en charge de la tuberculose, implantées dans les Secteurs opérationnels des grandes endémies. Ces deux CAT sont animés par les médecins Pneumo-phtisiologues et disposent d'un laboratoire.
- La PEC dans les hôpitaux se réalise dans les services Pneumo-phtisiologie du CHU de Brazzaville, en pédiatrie grands-enfants du CHU, aux maladies infectieuses du CHU et dans les hôpitaux, Hôpital Central des Armée de Brazzaville), hôpitaux de base ou de référence.
- Deux unités de prise en charge des cas TB-MR ont été réhabilitées au CHU (service de pneumologie) et à l'hôpital de base de Makelekele (service des maladies infectieuses). Celle du CHU est opérationnelle depuis novembre 2018

1.4. La situation épidémiologique de la tuberculose au Congo

1.4.1. Rappel des cibles TB

L'Assemblée mondiale de la santé a adopté une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose en 2015 avec des objectifs ambitieux. Cette stratégie vise à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose en réduisant de 95% le nombre de décès dus à la tuberculose et de 90% l'incidence entre 2015 et 2035, et qu'aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à cette maladie. Il fixe des jalons pour 2020, 2025 et 2030.

Le Plan stratégique 2023- 2027 intègre une année importante dans l'agenda END TB 2025 où on demande au pays de réduire à 50 % la morbidité et à 75 % la mortalité par rapport à

la situation de 2015. Il termine aussi la première phase et entre dans la deuxième phase de la stratégie actuelle.

Au niveau de la première phase (2016-2025), les pays sont invités à assurer une utilisation optimale des interventions existantes, mettre en place une couverture sanitaire universelle pour les interventions essentielles de prévention, de traitement et de soins et agir sur les déterminants sociaux et les conséquences sociales de la tuberculose.

Pour la seconde phase (2026-2035), les performances devront être améliorées par la mise en place de nouveaux outils notamment des vaccins efficaces avant et après exposition, des tests réalisables sur le lieu des soins pour diagnostiquer la maladie et l'infection, des schémas thérapeutiques de plus courte durée pour traiter la maladie et l'infection tuberculeuse latente.

	2020	2025	2030	2035
<i>Réduction du nombre de décès dus à la tuberculose par rapport à 2015</i>	35 %	75 %	90 %	95 %
Réduction du taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015	20 % (<85/100 000)	50 % (<55/100 000)	80 % (<20/100 000)	90 % (<10/100 000)
Familles supportant des coûts catastrophiques liés à la tuberculose(%)	0	0	0	0
PRINCIPES	1. Tutelle des pouvoirs publics, obligation de rendre des comptes, suivi et évaluation 2. Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés 3. Méthode de mise en œuvre fondée sur les droits de l'homme, éthique et équité 4. Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, doublée d'une collaboration mondiale			

Tableau 3: cibles et principes d'END TB

VISION	Un monde sans tuberculose – Zéro décès et plus de morbidité ni de souffrances dus à la tuberculose
BUT	Mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose
JALONS POUR 2025	<ul style="list-style-type: none"> – Réduire de 75 % le nombre de décès par tuberculose (par rapport à 2015) – Réduire de 50 % le taux d'incidence de la tuberculose (moins de 55 cas pour 100 000 personnes) – Faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à la tuberculose
CIBLES POUR 2035	<ul style="list-style-type: none"> – Réduire de 95 % le nombre de décès par tuberculose (par rapport à 2015) – Réduire de 90 % le taux d'incidence de la tuberculose (moins de 10 cas pour 100 000 personnes) – Faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à la tuberculose
PRINCIPES	
<ol style="list-style-type: none"> <i>1. Tutelle des pouvoirs publics, obligation redditionnelle, suivi et évaluation</i> <i>2. Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés</i> <i>3. Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité</i> <i>4. Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, avec une collaboration mondiale</i> 	
PILIERS ET COMPOSANTES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT <ol style="list-style-type: none"> Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque TraITEMENT de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes pharmacorésistantes, et soutien aux patients Activités de collaboration contre la co-infection VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités TraITEMENT préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose 2. POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN <ol style="list-style-type: none"> Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention Collaboration renforcée des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'utilisation rationnelle des médicaments et la lutte anti-infectieuse Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose 3. INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION <ol style="list-style-type: none"> Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation 	

Tableau 4 : cibles et principes d'END TB

1.4.2. Mortalité TB

La mortalité TB se définit comme le nombre de décès dus à la TB chez des personnes VIH-négatives. L'OMS recueille cette mortalité à travers les systèmes d'enregistrement d'état civil qui codent les décès selon la dernière classification internationale des malades (CIM-10). Le système d'enregistrement étant absent au Congo, la mortalité vient directement du produit de l'incidence et de la létalité. Au Congo, le taux de mortalité liée à la TB a connu une baisse régulière de 2006 à 2012, puis augmente jusqu'en 2017 et enregistre à nouveau une baisse régulière entre 2017 et 2019. L'année COVID 2020 a fortement impacté sur la mortalité avec un taux avoisinant

A partir de 2021, on enregistre à nouveau une baisse à 54 (30-85) pour 100 000 habitants. Globalement, entre 2015 et 2021, on observe une augmentation de 6,1% du nombre de décès dus à la TB en lieu et place d'une réduction si on devait évaluer la cible mortalité en 2020.

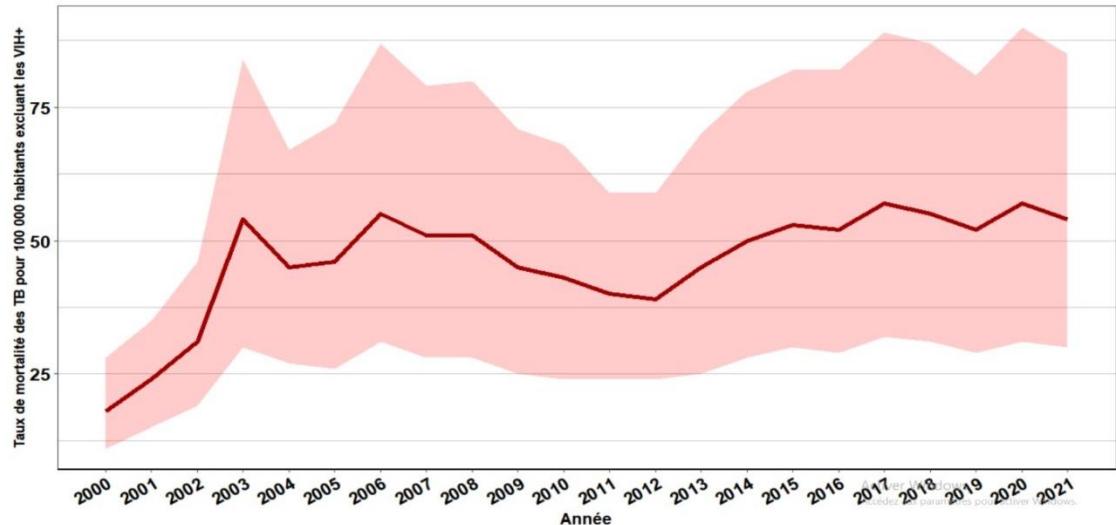


Figure-2 Estimation OMS de la mortalité TB (excluant VIH+TB) avec intervalle d'incertitude au Congo, 2000-2021

Concernant les Co infectés TB/VIH, le taux de mortalité est resté stable entre 2013 et 2017 avant de baisser régulièrement jusqu'en 2019. Dans la même dynamique, l'année COVID 2020 a entraîné une hausse du taux de mortalité chez les TB/VIH. La tendance a amorcé une baisse en 2021 pour atteindre 45 (22-75) cas de décès pour 100 000 habitants.

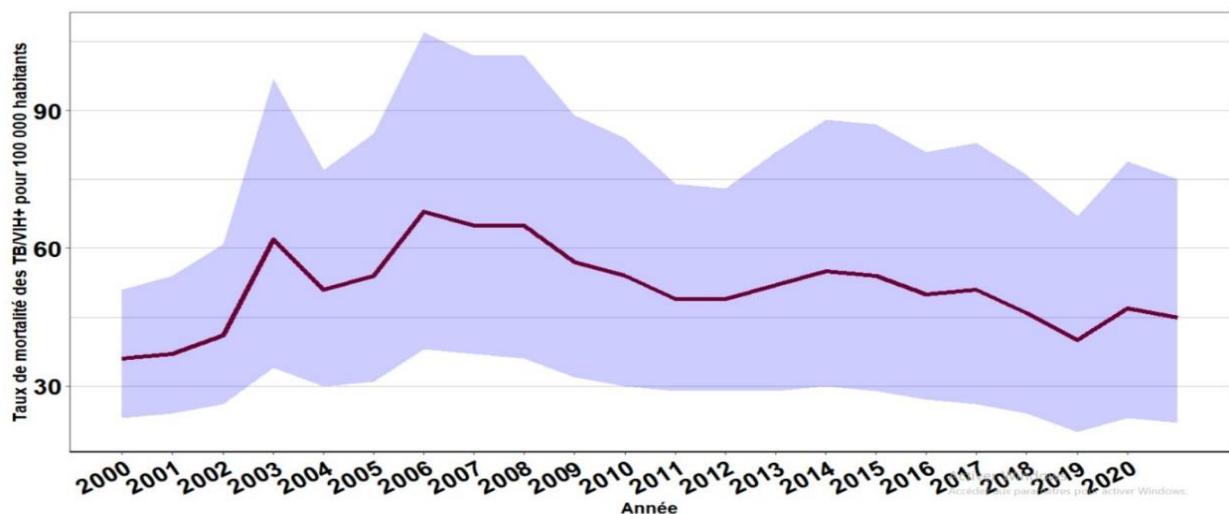


Figure-3 Estimation OMS de la mortalité TB chez les VIH+ avec intervalle incertitude Congo, 2000-2021

1.4.3. Incidence de la TB

Le Congo fait partie des 30 pays présentant la plus forte charge de la maladie TB et de la TB/VIH. Il est dépourvu de système de surveillance remplissant les conditions de mesure directe de l'incidence à partir des données du pays. De ce fait, l'incidence de la TB dans ce pays est généralement estimée par l'OMS par des méthodes combinant l'utilisation des données de notification et l'opinion d'experts sur le sous-diagnostic et la sous-déclaration dans le pays.

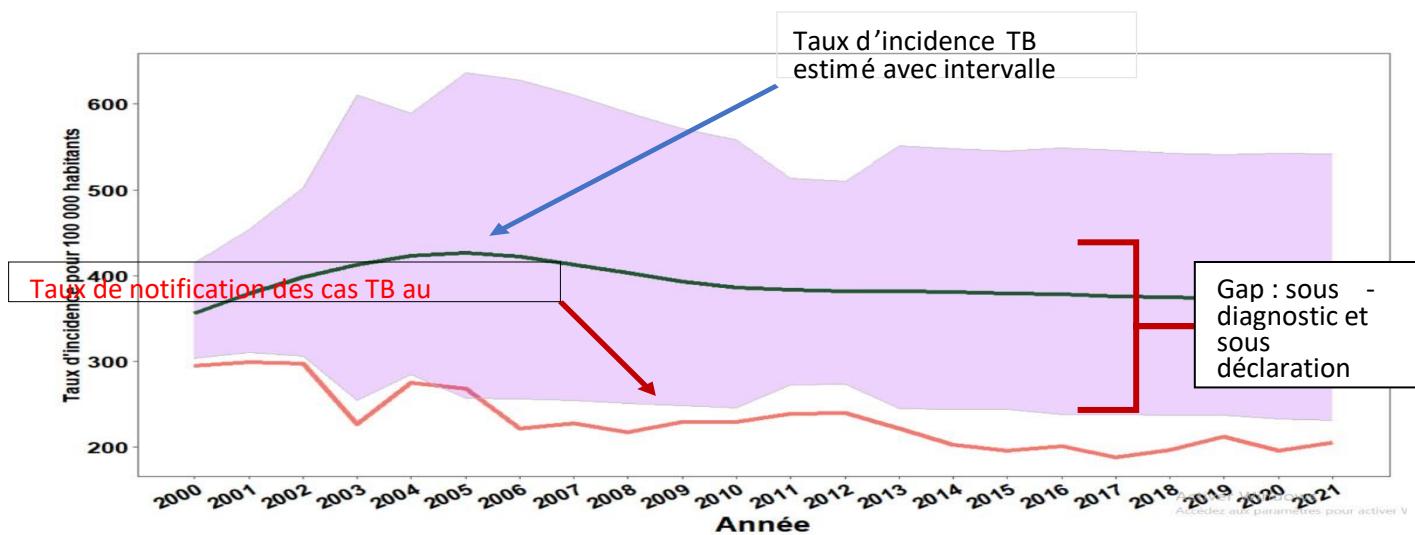


Figure - 4: Taux de notification des cas TB (toutes formes, nouveaux cas et rechutes) (ligne rouge) et taux d'incidence estimé par l'OMS (ligne bleue), Congo, 2000-2021

Même si l'incidence de la tuberculose régresse d'environ 2 % par an à l'échelle mondiale, le taux d'incidence de la TB au Congo estimé par l'OMS à 370 (231542) cas pour 100 000 habitants n'a pas connu de grande variation depuis l'année 2000.

En effet, l'incidence TB au Congo en 2021 a augmenté de 4% par rapport à son niveau de 2000. Par rapport à 2015, ce taux a baissé de seulement 2,4% et la figure montre que depuis 2005, le niveau de notification est nettement en dessous de l'estimation de l'incidence.

Le gap est important et est constitué de malades non diagnostiqués mais aussi de malades non notifiés. En 2021, le système de surveillance du Congo a notifié 11980 nouveaux cas et rechutes de tandis que l'incidence estimée était de 22000 cas soit un gap de 45%.

L'incidence de la TB parmi les personnes VIH-positive est estimée à 113 (55-190) cas pour 100 000 en 2021 au Congo.

1.4.4. Incidence de la TB multi-résistante au Congo

Aucune enquête sur la prévalence de la pharmaco résistance aux antituberculeux n'a été réalisée au Congo. En 2021, l'OMS estimait le taux d'incidence de la tuberculose MDR/RR à 9,8[0-25] cas pour 100 000 habitants soit 570 [0-1500] cas de TB-MR/RR. La prévalence de la pharmaco résistance aux antituberculeux était estimée à 2,2% chez les nouveaux cas de TB et 12% chez les cas déjà traités⁶

1.4.5. Epidémiologie de la tuberculose au Congo

□ Distribution temporelle et géographique des cas TB notifiés

Les nouveaux cas et rechutes de TB notifiés au Congo ont connu une évolution ascendante de 18% entre 2017 et 2019. La pandémie à COVID 19 en 2020, a entraîné une baisse du nombre de cas avant de repartir à la hausse en 2021 (figure)

Le taux de notification a suivi la même variation avec une hausse de 7% entre 2018 et 2019, puis une chute de 7,8% en 2020.

L'amélioration de la couverture diagnostique et des outils de collecte des données qui ont été révisés peuvent expliquer l'augmentation du nombre, toutefois la situation des cas manquants persiste encore. La Nouvelle stratégie de recherche de cas manquants de TB en début de mise en œuvre permettra de maintenir l'évolution positive de la notification au Congo ainsi que son renforcement.

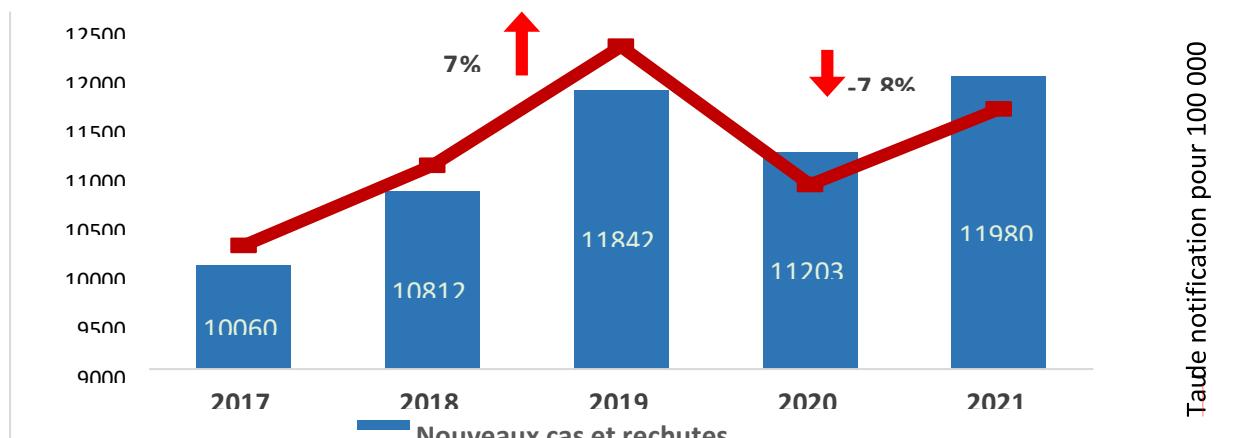
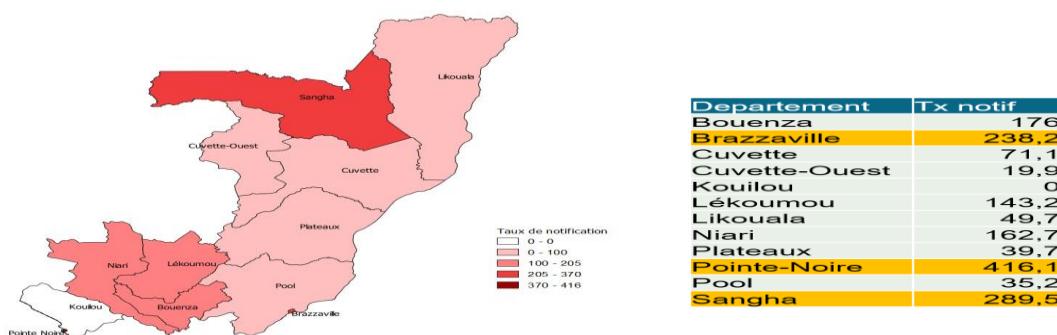


Figure-5. Evolution du taux de notification de la TB, Congo, 2017-2021

Les départements de Sangha (289,5/100 000), Pointe-Noire (416,1/100 000) et Brazzaville (238,2/100 000) ont les taux de notification les plus élevés en 2021 au Congo. D'ailleurs les 2 centres urbains ont eu à notifier 79% des cas en 2021.

Les départements qui ont un taux de notification faible en 2021 sont la Cuvette-Ouest (19,9/100 000), le Pool (35,2/100000), le Plateau (39,7/100 000) et la Likouala (49,7/100000). Suite à une nouvelle division administrative, l'aire de couverture du département de Kouilou ne notifiait pas de cas de TB durant la période objet de la revue.



□ Distribution des cas TB notifiés selon la Forme

Au Congo, la forme diagnostiquée cliniquement est la principale forme de TB diagnostiquée. En 2021, la forme pulmonaire cliniquement diagnostiquée représentait 35% et la forme extra pulmonaire 24% soit 57% pour ces 2 formes de TB. Ces proportions étaient relativement stables depuis 5 ans. Entre 2021 et 2021, la forme confirmée bactériologiquement a varié entre 37 et 40%.

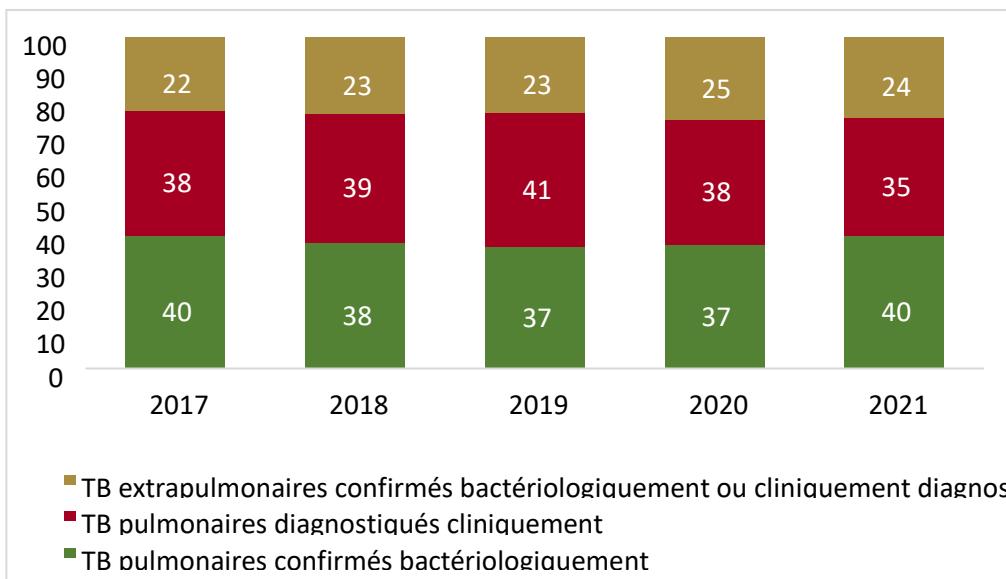


Figure-6. Proportion des formes cliniques des nouveaux cas et rechutes de TB, Congo, 2017-2021

Il faut signaler des disparités de proportion entre les différents départements avec la présence de trois groupes : un premier groupe avec un nombre de formes pulmonaires cliniquement diagnostiquées particulièrement élevé dans les départements de Bouenza, Sangha, un autre groupe avec un tiers pour chaque forme de TB (Brazzaville, Pointe-Noire) et un dernier groupe avec une proportion élevée de formes pulmonaires confirmés bactériologiquement (Cuvette, Cuvette-Ouest, Likouala).

□ **Notification par sexe et par classe d'âge**

La sex-ratio homme-femme des cas de TB au Congo est restée stable à 1,3 depuis 2018. A l'échelle départementale, la sex-ratio est supérieure à 1,5 dans certains départements comme Pool, Sangha. Bouenza est le seul département où la sex-ratio n'est pas en faveur des hommes (0,9).

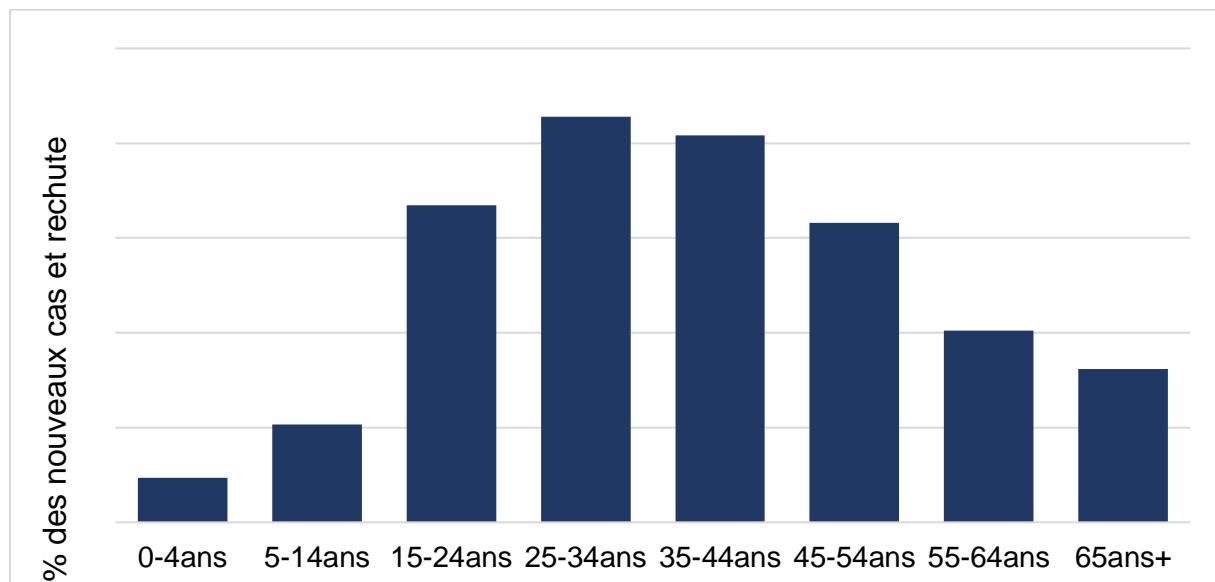


Figure-7. Proportion des nouveaux cas (et rechutes) par classe d'âge, Congo, 2021

Pour ce qui est de la répartition des cas de TB par classe d'âge, en 2021 les enfants représentaient 7,5% des cas de TB notifiés. Malgré cette proportion des enfants et en l'absence du taux de notification chez les enfants, un sous-diagnostic est notifié chez ce groupe. Les 25-44 ans et les plus de 55 ans représentent respectivement 41,8% et 18,2% de la population TB en 2021.

□ **Populations clés et vulnérables**

Les populations vulnérables sont celles qui sont mal desservies ou exposées à la tuberculose. Dans le contexte du Congo, ce sont les suivantes : (i) les personnes vivant avec le VIH, (ii) les populations carcérales, (iii) les personnes déplacées et les migrants, (iv) les populations autochtones, (v) les enfants et (vi) le groupe des contacts des cas de TB.

✓ **Les PVVIH**

L'infection par le VIH est un facteur de risque important de la tuberculose. Le Congo connaît une épidémie de VIH/SIDA de type généralisée avec une prévalence estimée en 2020 à 3,8 % chez les 15-49ans (*figure8*)

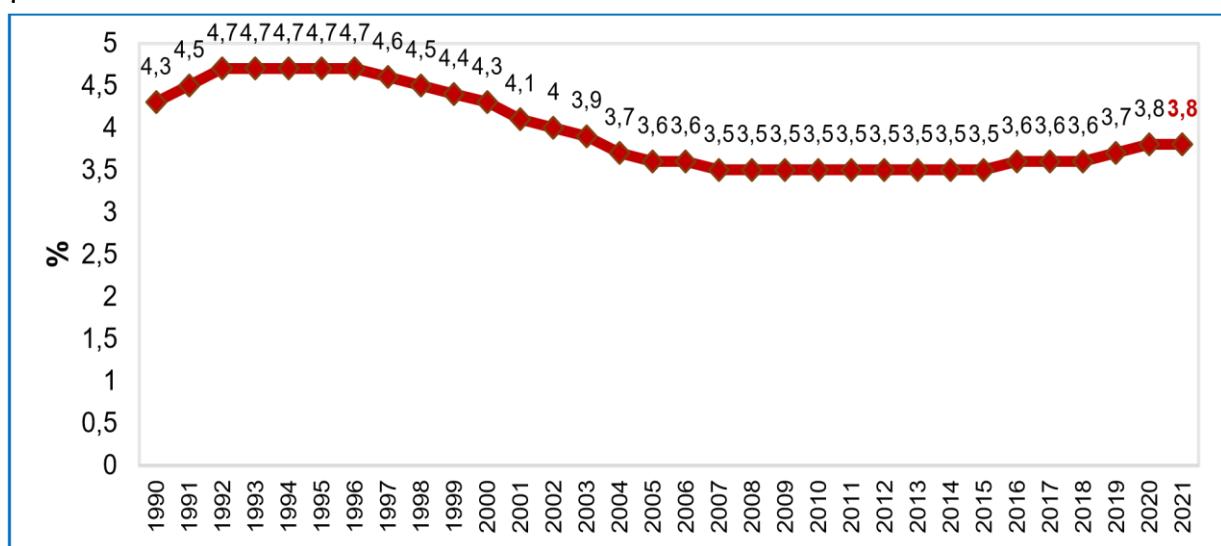


Figure-8: Prevalence du VIH chez les 15-49 ans de 1990-2021, Congo.

Source: **UNAIDS Estimates 2021; Global AIDS Monitoring 2021**

Cependant la couverture du dépistage du VIH chez les patients TB au Congo reste faible depuis 5 ans et est inférieure à 45%. Exceptionnellement en 2019, elle a atteint 49,14%.

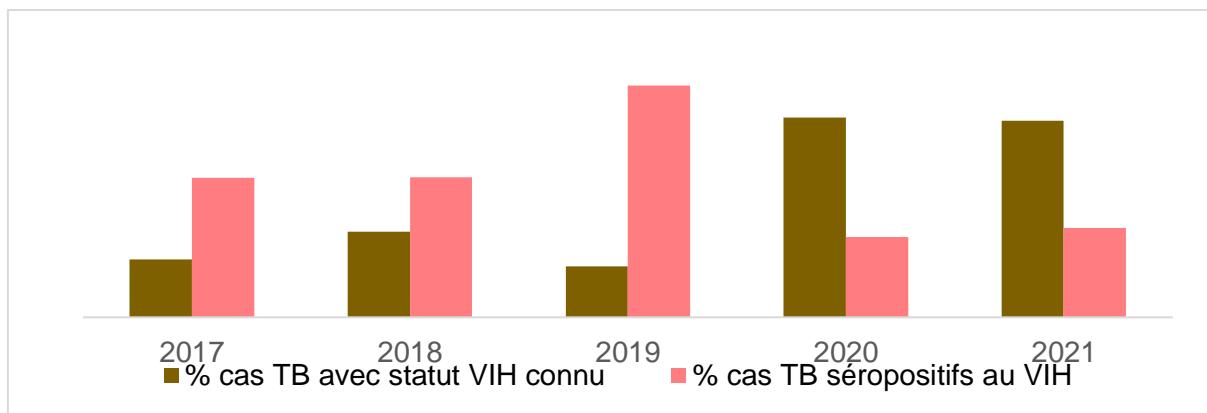


Figure-9 .Dépistage du VIH chez les CAS de TB, Congo, 2017-2021

✓ **Les populations carcérales**

Le pays dispose de 17 maisons d'arrêt avec une population de 1911 personnes dont 66% sont à Brazzaville (800) et Pointe Noire (454). On note une faiblesse de notification dans les 17 prisons qui disposent d'une infirmerie et seulement celle de Brazzaville notifie des cas au niveau du PNLT. En 2019 elle a notifié 7 cas de TB. Le dépistage des cas pour cette population est en général passif.

✓ **Les migrants, réfugiés et déplacés internes**

Le risque infectieux à la TB est très élevé chez ces groupes dont certains sont très mobiles vivant dans des conditions sanitaires précaires et / ou ayant un accès limité aux rares services de santé dédiés. On estime à 21.778 le nombre de réfugiés au Congo mais les données relatives à ces populations ne sont souvent pas rendus disponibles .

✓ **Les populations autochtones**

Les populations autochtones sont estimées à 63 000 personnes en 2020. La population autochtone est concentrée à 76% dans les trois départements la Likouala, la Lekoumou et la Sangha. Malgré la loi portant promotion et protection des populations autochtones du fait de leur mode de vie et de leur extrême vulnérabilité celles-ci ne sont pas suffisamment prises en compte dans les programmes de santé. Ces populations autochtones ont un accès limité aux services de santé y compris le dépistage et le traitement de la TB malgré la gratuité à laquelle elles ont droit.

✓ **Les enfants**

Au moins 8% des enfants de moins de 5 ans sont susceptibles d'être identifiés comme sujets contacts des parents infectieux. Le rapport annuel sur la tuberculose de l'OMS pour 2019 fait état pour le Congo de 2315 cas de tuberculose attendus dans la tranche des 0-14 ans et à 2368 le nombre d'enfants contacts de moins de 5 ans éligibles à la chimio prophylaxie. Avec 920 cas infantiles (moins de 14 ans) déclarés, ce sont ainsi soixante pour cent (60%) des enfants de 0 à 14 ans qui ne sont pas détectés.

Malgré une baisse régulière depuis 2017, la proportion des enfants parmi les nouveaux cas et rechutes de TB a varié entre 8,7 et 7,5 mais est restée dans l'intervalle 5 à 15% (norme OMS) durant toutes ces années. 2021 montre que les enfants représentaient 7,5% des cas de TB notifiés.

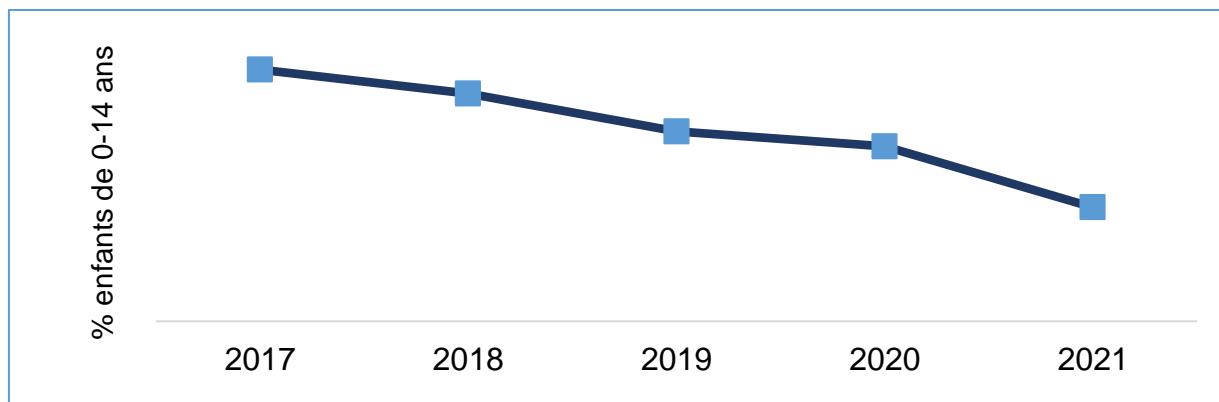
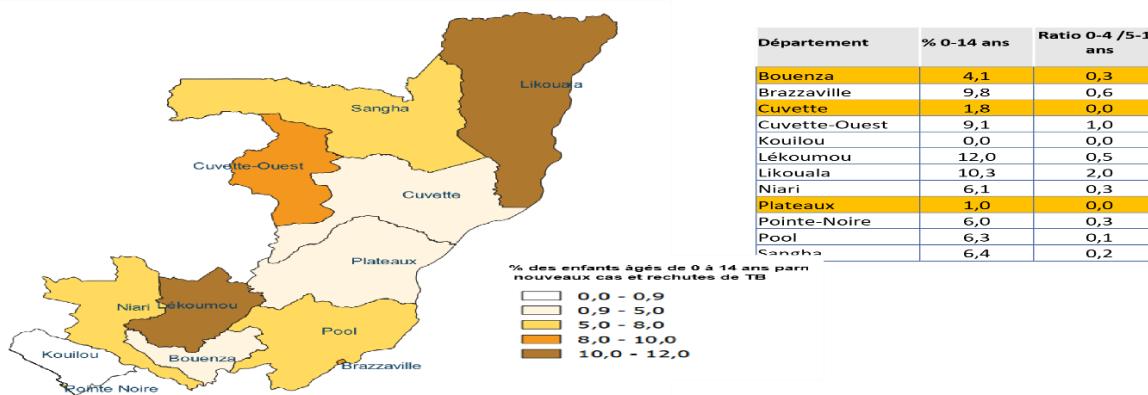


Figure -10. Evolution du pourcentage des cas de 0 à 14 ans (nouveaux cas et rechutes) de 2017 à 2021, Congo

La proportion des nouveaux cas et rechutes de TB âgés de 0 à 14 ans affiche une forte variabilité qui va de 1% dans le Plateaux à 12% dans le département de Lékomou. Cela s'explique par une différence entre les départements de l'accès soins ou des capacités diagnostiques la TB chez les enfants.



Carte- 3. Proportion des nouveaux cas 0-14 ans en fonction des départements

✓ Les cas contacts

Toutes les personnes qui sont des contacts domestiques ou étroits de patients tuberculeux constituent des groupes à risque d'infection tuberculeuse et de tuberculose-maladie dans les deux à cinq années qui suivent l'infection. Au Congo, les enfants de moins de 5 ans étaient considérés comme seuls cas contacts vulnérables à la tuberculose. Actuellement, les stratégies internationales définissent comme contacts toutes les personnes contacts quel que soit l'âge et quelle que soit la forme pharmacologique de la maladie. Avec ce changement de paradigme, les cibles vont être élargies et les supports mis à jour pour prendre en compte les nouveaux paramètres.

✓ Autres groupes à considérer

➤ Les Personnes Malnutris

La sous-nutrition accroît le risque de tuberculose, et vice versa ; en conséquence, il existe une forte prévalence de la sous-nutrition chez les personnes atteintes de la tuberculose. Les jeunes enfants et les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables aux effets de la

sous-nutrition et de la tuberculose. La prévalence de la sous-alimentation au Congo est en augmentation de 2014 à 2019 (figure)

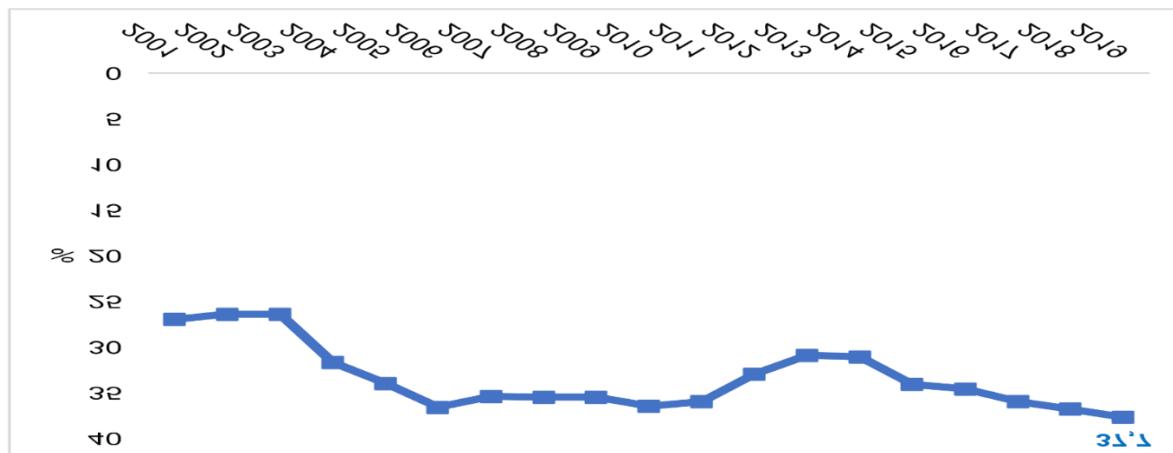


Figure- 11. Prévalence de la sous-alimentation (% de la population) au Congo, 2000-2021

✓ **Les diabétiques**

Le lien entre diabète et tuberculose est connu depuis longtemps. Cependant, certaines études réalisées au cours des 10 à 15 dernières années ont mis en évidence l'augmentation du risque de tuberculose active chez les patients atteints de diabète (type 1 et 2) . En effet, les personnes atteintes de diabète constituent une population vulnérable à la tuberculose. Le diabète affaiblit le système immunitaire de l'organisme et augmenterait potentiellement le risque de contracter la tuberculose. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les personnes diabétiques sont exposées à un risque trois à cinq fois plus élevé de contracter la tuberculose que les personnes non diabétiques vivant dans le même environnement. Au Congo, la prévalence du diabète était estimée à 5,5% chez les personnes âgées de 20 à 79 ans en 2021 (source : données Banque mondiale).

CHAPITRE 2 : EXAMEN SUCCINCT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRECEDENT PLAN STRATEGIQUE TB

2.1. Analyse de la réponse nationale

Le Ministère de la santé et de la population a organisé une revue externe du plan stratégique national (PSN) 2020-2022 du programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) dans la période du 07 au 19 Novembre 2022. Elle survient aussi à la fin de la mise en œuvre du NFM3 et a consisté à passer en revue neuf thématiques clé pour le PNLT du Congo afin d'identifier les bonnes pratiques, relever les défis et suggérer des recommandations.

2.1.1. La gouvernance, gestion de programme coordination multisectorielle financement de la santé et protection sociale

La Tuberculose est considérée comme une priorité de niveau élevé pour tous les acteurs rencontrés, aussi bien sectoriels, intersectoriels que multisectoriels. Le financement de la lutte antituberculeuse est assuré principalement par l'Etat Congolais et des partenaires tels que le Fonds mondial. La part de financement interne dans le budget total pour la lutte contre la tuberculose a augmenté depuis 2021.

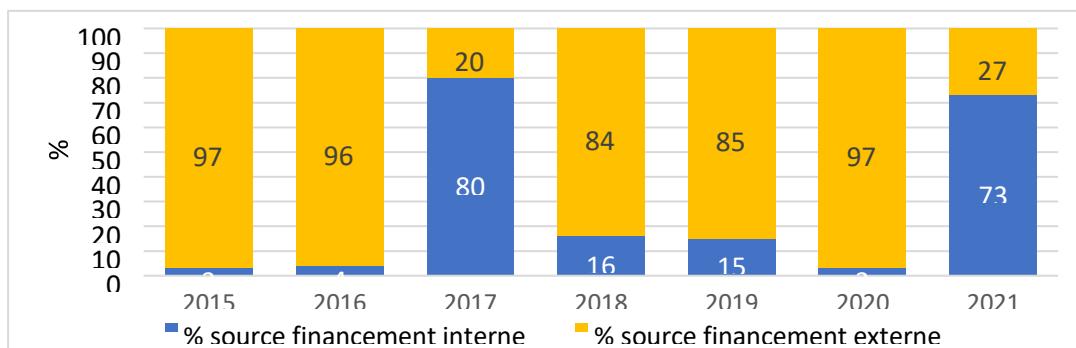


Figure-12. Part du financement de la lutte contre la TB en millions de dollars américains de 2015 à 2021 par source, Congo

✓ **Réalisations**

- Unité de Coordination des Programmes et Projets (UCPP) créée par le Décret N° 2018-268 du 2 juillet 2018 portant organisation du ministère de la Santé et de la population ;
- coordination, suivi-évaluation par l'UCPP qui produit et transmet régulièrement les rapports au MSP ;
- partenariat actif de l'OMS dans la lutte contre la tuberculose pharmaco sensible, pharmaco résistante, la coïnfection TB-VIH, et les populations vulnérables ;
- partenariat financier important avec le Fonds Mondial pour la mise en œuvre de ses activités en sus du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), Africa CDC ;
- accompagnement du PNLT par les Directions du MSP dans l'organisation de ses activités, la planification, la mise en œuvre, la coordination et le plaidoyer auprès des autres secteurs et institutions ;
- disponibilité d'un organigramme du PNLT, modèle standard pour tous les programmes de santé avec les cinq services du programme ;
- disponibilité du personnel du PNLT dont 12 fonctionnaires, 02 du Fonds mondial, et 04 contractuels ;
- descriptions des postes pour le directeur du programme, le responsable du Suivi et Évaluation, les points focaux TB-VIH et TB-MDR, ainsi que le responsable de prévention et de la prise en charge thérapeutique.

✓ **Défis**

- engagements et décaissements tardifs du budget de l'État qui entravent le bon fonctionnement du PNLT ;
- faible coordination de la plateforme multisectorielle (comité scientifique) ;
- Insuffisance des services essentiels à la population (infrastructures sanitaires, Intrants, ressources humaines) dans certaines zones du pays ;
- absence de plan de développement des ressources humaines incluant le nombre et le profil du personnel à recruter pour répondre aux besoins du PNLT ;
- difficulté pour l'UCPP de jouer pleinement son rôle de coordination, de suivi et d'évaluation de l'action/du fonctionnement des programmes et projets ;

- faible implication des Services de Santé pénitentiaire (SSP) et/ou d'appui aux réfugiés lors des revues des performances du PNLT, de l'élaboration des PSN et des notes conceptuelles nationales ;
- absence de cadre contractuel de travail entre les programmes de santé et la CAMEPS.

2.1.2. Services de laboratoire et de diagnostic

Le Congo, pays à haute prévalence de la tuberculose présente à la fois un gap sous diagnostic et de sous-notification de 45%. En effet, seulement 12 000 cas de tuberculose sur 22 000 attendus sont dépistés en moyenne chaque année. La grande majorité des malades mis sous traitement sont cliniquement diagnostiqués, tandis que les machines Xpert MTB/RIF classiques présentes et installées dans le pays sont sous-utilisées.

✓ *Réalisations*

- la construction d'un laboratoire national de référence pour les tests de sensibilité et la culture, bien que non encore fonctionnel ;
- l'achat de vingt (20) microscopes LED déployés ;
- le recrutement de personnel contractuel ;
- une commande de tests urinaires TB-LAM pour intensifier le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
- l'élaboration d'une cartographie nationale des laboratoires avec l'appui de l'OMS ;
- la formation du personnel de laboratoire dans presque tous les départements sur le diagnostic de la TB ;
- la gratuité de la microscopie des crachats sur l'étendue du territoire national dans 70 CDT ;
- l'acquisition de 2 Genexpert de 16 modules aux CAT de Brazzaville et de Pointe Noire, et de 2 autres machines de 4 modules au laboratoire de l'hôpital de base de Tié-Tié et au laboratoire d'Hôpital Général du 31 Juillet d'Owando ;
- la mise en place d'un réseau de laboratoire pour la TB, fonctionnel dans 70 CDT ainsi que le matériel de protection individuel pour le personnel.

✓ *Défis*

- absence de fonctionnement du laboratoire national de référence depuis sa construction et de statut juridique ;
- absence de système de transport des échantillons depuis les zones non desservies en outil diagnostic vers les CDTs ;
- absence d'un système de connectivité des machines Xpert MTB/RIF du pays ;
- sous-utilisation des machines Xpert MTB/RIF de Pointe Noire et Tié tié (un seul test par module et par jour) ;
- disponibilité de six machines Xpert MTB/RIF achetées mais non installés ;
- présence de bâtiments de laboratoires en majorité vétustes et non sécurisés avec déficit d'eau courante ;
- présence d'algorithmes diagnostiques restrictifs et des outils de gestion en quantité insuffisante ;
- manque de matériel de protection individuel en quantité suffisante pour le personnel de laboratoire ;
- absence d'incinérateurs dans la plupart des CDTs pour l'élimination et la destruction des déchets.

2.1.3. Gestion de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante

Le pays compte 87 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) dont 26 sont des guichets uniques TB-VIH, et deux sites pour la prise en charge de la tuberculose pharmaco résistante. Les structures qui prennent en charge les malades tuberculeux sont de type étatiques, privées, de la santé militaire, confessionnelles et de l'enseignement.

□ Sous notification des cas de tuberculose et TBMR

Le gap entre les cas estimés et les cas notifiés est important au Congo qui est un pays à haute charge de la TB et la TB/VIH (Rapport OMS 2021). Ce Gap est persistant et proviendrait de la sous notification qui concerne les cas de TB identifiés dans certaines structures comme les privés, les services de santé de l'armée ainsi que des cas diagnostiqués mais non notifiés. Aussi le sous diagnostic peut concerner les populations qui n'ont pas accès aux soins et chez les patients qui ont eu recours aux soins mais dont la TB n'a pas été diagnostiquée.

□ Traitement et soins pour la tuberculose pharmaco sensible

Le succès du traitement de la tuberculose pharmaco-sensible est restée faible dans les cohortes depuis 4 ans. Il a connu une amélioration atteignant 71,3% en 2019 et 75,2% en 2020. Toutefois, en 2020, le taux de perdus de vue était de 12,6% et celui de non évalué de 10%. Cette situation suggère d'une part des insuffisances dans le suivi du traitement des patients TB avec le traitement directement observé (TDO) qui n'est pas appliqué et d'autre part une mauvaise qualité de données de suivis des patients.

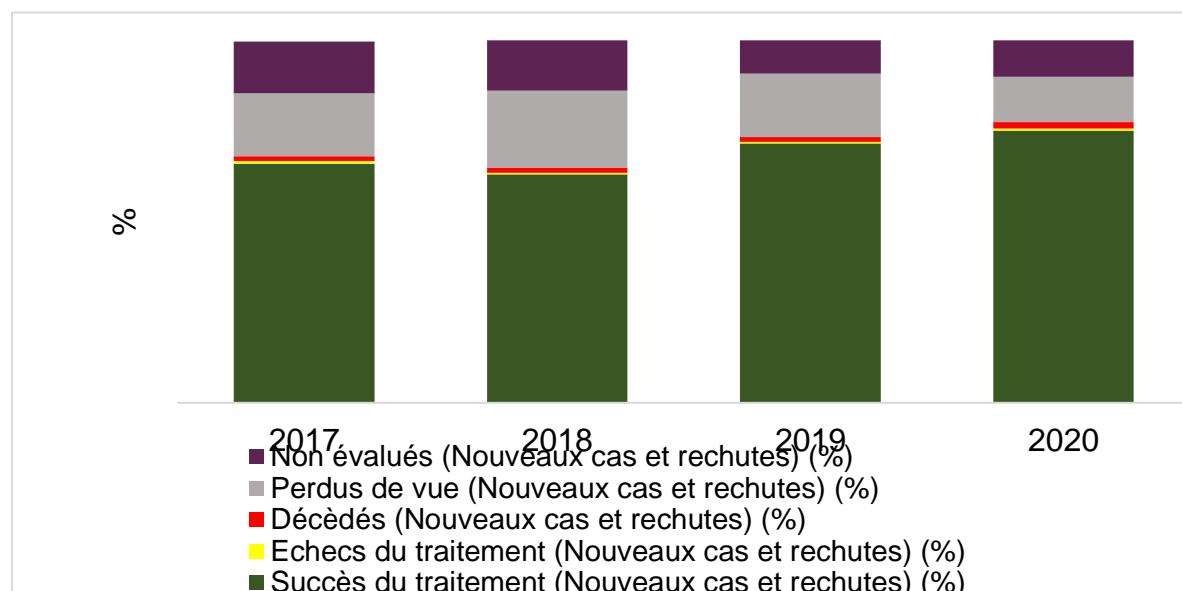


Figure- 13. Résultats de traitement des nouveaux cas et rechutes de TB, Congo, 2017-2020

La prise en charge de la tuberculose au Congo est un fardeau pour le patient qui doit débourser en moyenne 30 000 Frs CFA (46 €). Par ailleurs, les malades ayant une tuberculose sensible et dénutris ne possèdent pas un appui alimentaire comme c'est le cas pour la tuberculose pharmaco résistante (TB-MDR),

Cette situation fait qu'au niveau du terrain, on note une proportion importante avec issues défavorables (échec, décès, perdus de vue et non-évalué) pendant le traitement antituberculeux.

Il existe des disparités à l'échelle infranationale nationale avec des taux de succès bas dans les départements de Likouala (45,4%), Cuvette (49,7%), Cuvette Ouest (57,6%) et Bouenza (59,9%). Les départements de Likouala (44,8%) et Cuvette (42,9%) présentaient des taux très élevés de non évalués. Le plus fort taux de succès du traitement a été observé dans le département de Lékoumou (84%).

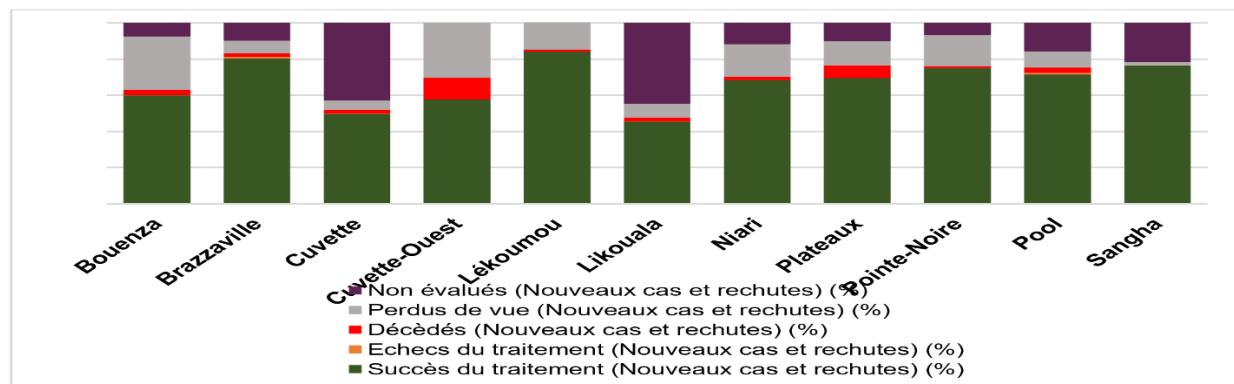


Figure. Résultats de traitement des nouveaux cas et rechutes de TB par département, Congo, 2020

□ Traitement et soins pour la tuberculose pharmacorésistante

En 2021, le dépistage de TB résistante se faisait dans les centres de Brazzaville et de Pointe-Noire qui disposaient de machines GeneXpert. Depuis 2019, le nombre de TB-MR/RR diagnostiqués chaque année dépassait les 130 (Source : Rapport technique annuel du PNLT, 2021).

Sur les 133 patients TB-MR/RR diagnostiqués en 2021, 131 ont été mis sous traitement soit un taux de 98,5%, toutefois, le suivi du traitement des patients TB-MR/RR connaît des difficultés avec l'absence d'examen de culture dans le pays.

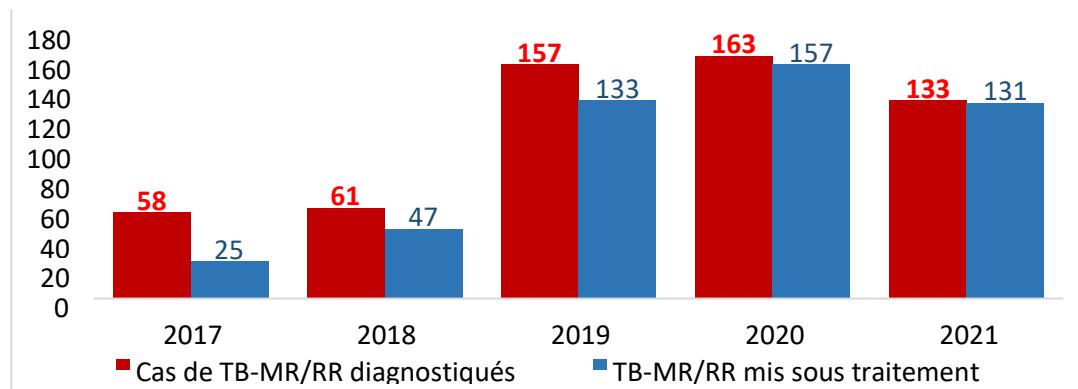


Figure-13. Patients diagnostiqués et mis sous traitement pour la TB-MR/RR,
Congo, 2017-2021

✓ **Réalisations**

- 72 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) dans tous les départements ;
- 26 CDT guichets uniques TB-VIH pour réduire le circuit des patients TB/VIH ;
- 2 sites pour la prise en charge de la tuberculose pharmaco résistante à Brazzaville et de Pointe-Noire ;
recherche des patients atteints de tuberculose à toutes les portes d'entrée de l'hôpital au Congo ;
- disponibilité des outils de gestions dans les sites ;
- appui nutritionnel et transport pour les patients TBMR.

✓ **Défis**

- sous-notification de la TB pharmaco sensible et pharmacorésistante ;
- faible succès au traitement avec d'importants issues défavorables (décès, échec, perdu de vue et non-évalué) au traitement antituberculeux ;
- accessibilité limitée aux services de diagnostic et de prise en charge de la TB au Congo ;
- utilisation en première intention d'un test de diagnostic très peu sensible (la microscopie) ;
- utilisation d'outils du programme non mis à jour par le personnel médical ;
- stratégie nationale de dépistage purement passive et absence de recherche active des sujets contacts au domicile du patient ;
- application non effective du TDO ;
- absence de recherche active des patients irréguliers au traitement ;
- insuffisance de formation du personnel sur les directives nationales de lutte contre la tuberculose au pays ;
- Frais de PEC souvent supportés par les patients atteints de TB sensible.
- Absence d'enquête sur la résistance aux antituberculeux de première et deuxième ligne.

2.1.4. Gestion de la TB chez l'enfant et l'adolescent

La TB chez l'enfant est un problème majeur dans les interventions de lutte contre la tuberculose au Congo. La répartition des cas de TB par classe d'âge en 2021 montre que les enfants représentaient 7,5% des cas de TB notifiés. (figure 12) Malgré cette proportion des enfants et en l'absence du taux de notification chez les enfants un sous-diagnostic existerait chez ce groupe.

Des efforts ont été déployés par le PNLT pour mieux développer une lutte efficace. Le Genexpert est utilisé comme un outil d'aide au diagnostic de la tuberculose de l'enfant. La gestion de la tuberculose pédiatrique au Congo repose sur les directives élaborées en novembre 2020 et reste largement passive. Elle est confrontée à des défis d'appropriation et d'organisation au niveau des prestataires.

✓ **Réalisations**

- directives sur la gestion de la tuberculose pédiatrique élaborée depuis novembre 2020 ;
- disponibilité des formulations pédiatriques pour la prévention et pour le traitement ;

- outils de collecte des données dans tous les sites ;
- personnel médical formé sur les connaissances générales sur la TB pédiatrique ;
- tests moléculaires utilisés pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants (crachats, selles...) au test moléculaire.

✓ **Défis**

- accessibilité limitée des échantillons pédiatriques aux examens de diagnostic moléculaire pour la tuberculose ;
- absence de recherche systématique des enfants contacts au patient bactériologiquement confirmés ;
- sous-utilisation des documents référentiels du PNLT (Guide technique TB pédiatrique, aide-mémoire, registres...) ;
- collaboration suboptimale des services qui prennent en charge la TB pédiatrique, le privé et le PNLT

2.1.5. Prévention de la TB (TPT et mesures de contrôle de l'infection)

La prévention de la transmission et de l'infection à la tuberculose au Congo est un objectif primordial du PNLT. Quelques activités et réalisations ont été mises en place à ce sujet.

✓ **Réalisations**

- majorité des salles de consultation et d'hospitalisation construites en respectant le sens de la ventilation naturelle ;
- éducation du patient sur les mesures de contrôle de l'infection faite bien que suboptimale ;
- système de triage à l'hôpital pour les malades tousseurs chroniques avec des affiches sur l'hygiène de la toux (le cas du CAT de Brazzaville !).

✓ **Défis**

- besoins de recyclage du personnel médical sur les mesures de contrôle de l'infection ;
- disponibilité faible du matériel éducatif pour le contrôle de l'infection dans tous les sites (hygiène de la toux, les moyens de transmission de la TB et les algorithmes diagnostiques...) ;
- distribution non systématique du matériel de protection individuel au personnel Médical (masques filtrants) et aux malades (masques chirurgicaux) ;
- absence de dépistage systématique annuel et gratuit de la tuberculose au personnel médical en charge des CDTs ;
- Insuffisance de supports IEC dans les établissements de santé et dans la communauté.

2.1.6. Coïnfection TB & VIH

La prise en charge de la coïnfection TB & VIH se fait en général sur la base d'une collaboration entre le PNLS et le PNLT. Celle-ci est de plus en plus affirmée au regard des efforts fournis par chaque programme, cependant des corrections s'imposent afin d'améliorer les résultats.

✓ **Réalisations**

- initiation de 26 guichets uniques ainsi que le recrutement d'un point focal TB/VIH au PNLT ;
- achat par l'Etat de médicaments antirétroviraux à hauteur de 1 milliard 400 millions de FCFA ;

- approvisionnement des centres de PEC de la tuberculose en tests de dépistage du VIH par le PNLS ;
- administration du traitement préventif pour la tuberculose aux PVVIH depuis le mois de juin 2022 avec de plus en plus l'adhésion des médecins ;
- octroi des médicaments du traitement préventif de la tuberculose chez les patients VIH positifs au CTA par le PNLT ;
- contribution du Fonds mondial dans le financement des subventions conjointes TB-VIH.

✓ **Défis**

- collaboration formelle entre le PNLT et le PNLS non effective à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et même lors des activités conjointes ;
- rupture régulière des intrants pour le dépistage du VIH parmi les patients atteints de tuberculose ;
- prescription du test pour le VIH et l'initiation aux ARV restreint aux médecins uniquement ;
- absence de subvention du cout de la charge virale qui reste élevée (estimée à 15 000 frs CFA) en moyenne au public ;
- outils du PNLT pour le volet TB/VIH non appropriés ne captant pas tous les indicateurs (la proportion (%) des patients VIH positif ayant bénéficié d'un test Xpert MTB/ RIF en première intention, % patients TB testés pour le VIH, % patient TB/VIH positifs ayant initié les ARV et Bactrim, % patients VIH positif initiés sur prophylaxie TB...) ;
- Insuffisance de moyens logistiques pour les points focaux TB-VIH des districts sanitaires pour assurer correctement leurs missions dans la gestion des données.

2.1.7. Engagement communautaire et partenariat public-privé

Le Congo a recruté des relais communautaires et des organisations communautaires pour les maladies tropicales négligées (MTN), le VIH, paludisme et la vaccination mais qui ne font pas des activités liées à la TB. Les activités de prise en charge communautaire sont faiblement réalisées et non captées au niveau du PNLT. Cependant, il n'existe pas de politique communautaire assez structurée sur la tuberculose.

✓ **Réalisations**

- disponibilité de référentiels sur la stratégie communautaire de lutte contre la tuberculose ;
- recrutement de médiateurs communautaires pour le PNLT ;
- formation des agents communautaires sur la tuberculose ;
- collaboration et intégration suboptimale des activités communautaires au niveau des CDTs et/ou districts sanitaires.

✓ **Défis**

- impact et visibilité communautaires très faibles ;
- intégration suboptimale des communautaires dans les activités de lutte contre la TB au niveau des districts de santé ;
- insuffisance des ressources financières pour le déploiement des communautaires (crédit de communication, moyens de transport, primes de performance...) ;
- besoin de formation et de recyclage du personnel communautaire sur ses tâches et leur rapportage ;
- absence d'implication des survivants de la TB et des ONG dans le suivi du patient ;
- absence de renseignement des activités communautaires dans le DHIS2 au district sanitaire ;
- absence de politique de partenariat Publique – Privée (PPM).

1.2.8. Gestion d'achats et de stocks pour les médicaments et intrants de laboratoire

La commande nationale de médicaments et intrants du PNLT est faite par le bénéficiaire principal à IDA après la quantification du PNLT. Lors de la livraison, la réception est faite de manière conjointe par le PNLT et la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et des Produits de Santé (CAMEPS). Cette dernière assure le stockage sécurisé, à bonne température des médicaments et autres intrants, ainsi que leur distribution à travers le pays. Les plans de distribution suivent un processus clair de validation des commandes avant l'approvisionnement des différents sites concernés.

✓ Réalisations

- mécanismes de quantification, livraison, réception, stockage et distribution du médicament et intrants de laboratoire assurés conjointement par le PNLT et la CAMEPS ;
- appui logistique supplémentaire à la CAMEPS par le système des Nations Unies pour le transport des médicaments antituberculeux notamment dans les départements enclavés ;
- utilisation de Cloud par la CAMEPS à partir de 2023 afin de connaître à temps réel la situation de stock national.

✓ Défis

- contribution financière de l'état suboptimale pour l'achat des médicaments en 2021 et 2022 (2021 : 30% et 2022 : 40% non endossés pour l'achat des médicaments de la 1ère ligne) ;
- absence de point focal Pharmacie pour coordonner les activités GAS avec les différents partenaires ;
- absence de contrat de travail entre la CAMEPS et le PNLT ;
- plateforme de fournisseurs restreinte à l'UNICEF et IDA ;
- gestion non conforme aux normes internationales du stockage et destruction des médicaments au niveau des CDTs ;
- manque d'outils de gestion stock électronique au PNLT et au CDTs (seule la CAMEPS utilise SAGE) ;
- gestion suboptimale des commandes et des stocks de médicaments antituberculeux.

1.2.9. Suivi et évaluation y compris la recherche opérationnelle

Il existe bel et bien un système de Suivi Évaluation au niveau du PNLT, qui s'intègre au cadre organisationnel de suivi et évaluation du PNDS. Le DHIS2 est intégré au système national d'informations sanitaires. Les interventions en rapport avec le domaine de suivi et évaluation sont en majorité financées par le Fonds mondial à travers le renforcement du système de santé. En ce qui concerne la recherche, elle est au stade embryonnaire, toutefois une étude sur les coûts catastrophiques liés à la tuberculose est en cours.

✓ Réalisations

- disponibilité des guides de prise en charge nationale de la tuberculose ainsi que les outils de collecte de données dans la majorité des sites visités (dossiers du patient, fiche de rapport trimestriel...) ;

- utilisation du DHSI2 dans le système de suivi évaluation et saisie des rapports mensuels d'activités des districts sanitaire dans l'outil ;
- visites de supervision faites par l'équipe du PNLT et des districts ;
- enquête sur les couts catastrophiques liés à la tuberculose en cours de réalisation ;
- disponibilité des données TB-MDR avec saisie régulière dans la base Excel.

✓ **Défis**

- non révision des outils de rapportage du PNLT pour inclure tous les indicateurs programmatiques et le formulaire pour le test Xpert MTB/RIF ;
- absence de système de validation interne des données au niveau opérationnel et central ;
- non disponibilité des dossiers des malades aux sites selon un format standard et solide ;
- insuffisance dans le remplissage des outils de collecte des données par le personnel de santé ;
- insuffisance dans la complétude des données au niveau des sites ;
- absence d'outil électronique opérationnel pour la collecte des données ;
- irrégularité des supervisions pour maintenir un niveau optimal de performance du personnel des formations sanitaires ;
- aucune activité de recherche opérationnelle n'est observée dans les formations sanitaires visitées ;
- absence d'enquête sur la prévalence de la TB-RR, les raisons de faible dépistage du VIH chez les patients TB, et l'investigation des perdus de vue.

2.2. Les Lacunes programmatiques

Secteur de programme	Principales lacunes (à quantifier si possible avec des références appropriées pour les sources de données)	Causes profondes ou secondaires mises en lumière
Détection	<p><i>La détection des cas de tuberculose est encore faible et 45% des cas incidents ne sont pas identifiés et mis sous traitement.</i> (Sources profil pays 2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faible intégration des activités de dépistage dans les formations sanitaires (52 DS à intégrer) ✓ 77,6 % des établissements de soins du secteur public n'offrent pas de services de lutte contre la tuberculose ✓ 94,9% des établissements privés ne participent à la lutte contre la tuberculose ✓ Implication de la communauté, des prestataires du secteur privé et autres secteurs suboptimale ✓ Insuffisance de la communication à l'endroit de la population, du patient et de son entourage ✓ Peu d'interventions innovantes de dépistage actif dans la population et groupes vulnérables ✓ Système de laboratoire pas pleinement opérationnel

Laboratoire	<i>Le réseau de laboratoires de la tuberculose n'est pas pleinement opérationnel et l'accès aux services de dépistage est suboptimal.</i> <i>(Rapport annuel PNLT (2T021)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Une sous-utilisation des machines Xpert mises en place ✓ L'utilisation d'un test de diagnostic moins sensible (la microscopie) ✓ Insuffisance du personnel de laboratoire dans les CDT ✓ Formation insuffisante du personnel de laboratoire ✓ Absence de système de transport d'échantillons des sites périphériques vers la machine Xpert ✓ Absence d'incinérateurs dans la plupart des CDT pour l'élimination et la destruction des déchets ✓ Laboratoires avec des locaux vétustes et non dotés d'eau courante ✓ Absence de normes et protocoles de maintenance
Traitement et soins TB sensible	<i>Le Taux de succès thérapeutique est encore insuffisant (75%) et une grande proportion de malades est perdu de vue (12%)</i> <i>(rapport annuel PNLT 2021)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La non-application stricte du TDO ✓ Absence de soutien nutritionnel et transport des patients TB sensibles de couches défavorisées ✓ Education thérapeutique du prestataire peu satisfaisante ✓ Paquets communautaire faible (dots communautaire, relance des irréguliers, recherche de perdus de vue)
Populations clés et vulnérables	<i>Les approches pour augmenter la demande de soins TB ne sont pas bien développées chez les populations vulnérables</i> <i>(rapport annuel PNLT 2021)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence d'outils de dépistage actifs comme la radio numérique ✓ Absence de stratégies de dépistage chez les détenus, populations autochtones, diabétiques, migrants, zones de promiscuité, enfants et cas contacts ✓ Faible investigation des cas contacts des patients TB
Tuberculose pharmacorésistante	<i>La prise en charge des cas TB-MR est améliorée mais pas encore optimale</i> <i>(rapport annuel PNLT 2021)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aucune enquête n'a été réalisée sur la prévalence de la résistance du <i>Mycobacterium tuberculosis</i> aux médicaments ATB ✓ Genexperts en quantité insuffisante et sous utilisés dans les sites ✓ Le laboratoire de culture P3 pour la culture et les tests de sensibilité est construite mais non fonctionnelle
Activités TB/VIH	<i>Les activités de collaboration TB-VIH sont limitées et la réalisation du test VIH chez les patients TB est inférieure à 50%</i> <i>(rapport annuel PNLT 2021)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rupture fréquente des tests VIH ✓ Insuffisance de guichets uniques de prise en charge coïnfection TB/VIH (26/87) ✓ Hypercentralisation de la prescription du test pour le VIH et initiation des ARVs (uniquement les médecins) ✓ Insuffisance de la mise en œuvre des activités conjointes ✓ Faible taux de qu'infectés mis sous ARV (41, 9. %)

Prévention de la tuberculose	<i>Les prestataires ne se sont pas encore appropriés du Traitement préventif de la tuberculose</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faible sensibilisation des responsables d'établissements de soins sur la prévention TB ✓ IEC insuffisant à l'endroit du patient, communauté et population ✓ Approvisionnement insuffisant en médicaments préventifs (financement, faible priorité accordée au TPT) ✓ Investigation des cas contacts passive et non systématique (faible couverture chez les enfants contact (34% en 2021) ✓ En dehors des enfants, investigation des contacts est faible
Communauté	<i>Les interventions communautaires ne sont pas efficaces</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faible financement des activités communautaires de la TB ✓ Faible implication des ONGs ✓ Insuffisance en personnels, outils de gestion et logistique roulante ✓ Absence de motivation ✓ Manque de visibilité sur les actions communautaires
Financement de la lutte contre la tuberculose	<i>Le financement de la lutte contre la tuberculose est insuffisant</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Engagement financier de l'État dans la lutte contre la Tuberculose est avéré, mais encore insuffisant ✓ Décaissements tardifs et séquentiels du budget de l'État en raison des lourdes administratives ✓ Ressources domestiques faiblement mobilisés à partir du secteur privé national ✓ Outre le fonds mondial et l'OMS, aucun autre partenaire ne finance les plans stratégiques de la tuberculose.. ✓ En comparaison avec les autres programmes nationaux sanitaires prioritaires, elle n'est pas assez promue dans le cadre des initiatives de coopération multilatérale et bilatérale
Ressources humaines pour la tuberculose	<i>Les gaps de recrutement et de formation en tuberculose existent à tous les niveaux du système de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stigmatisation liée à la tuberculose et crainte de l'infection chez les agents de santé ✓ Financements pour la formation des personnels de santé sur la tuberculose ne sont pas pleinement satisfaits ✓ Faible affectation du personnel dans les services TB (laboratoire et CDTs) ✓ problème de qualité du personnel au niveau périphérique)
Produits pharmaceutiques et autres produits médicaux	<i>Le système d'approvisionnement en médicaments et intrants de laboratoire est parfois soumis à des ruptures.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fonds de l'état non endossés pour 2021 (163'000 € soit 30%) et pour 2022 (250'486 soit 40% des achats des médicaments de la 1ère ligne) ✓ Rupture périodique de médicaments préventifs, curatifs, tests 5 sur 40 CDTs ont connu des ruptures de stock et 3/15 médicaments ont été en rupture de stock) ✓ Suivi et notification des stocks inadéquats au niveau des établissements ✓ Les CDTs ne reçoivent systématiquement les quantités commandées

Recherche innovations	et	La recherche opérationnelle est encore au stade embryonnaire et les innovations technologiques non encore adoptés au PNLT	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de réseau sur la recherche ✓ Absence de plan stratégique sur la recherche ✓ Faible disponibilité des fonds de recherche ✓ Pas de gestion des données électroniquement (DHIS2, Kobotool box, Excel...) ✓ Absence d'outil électronique (enregistrement et/ou rapportage) pour la gestion des données de la tuberculose (Absence de flotte téléphonique pour améliorer la complétude des données sur le terrain).
----------------------------------	-----------	---	--

Tableau -5. Lacunes programmatiques

2.3. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (F.F.O.M.)

▪ Forces		▪ Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Engagement politique constant ✓ Engagement du personnel du PNLT ✓ Soutien constant de l'OMS et du FM ✓ Existence de politiques, directives et guides techniques et un système d'enregistrement standard ✓ Existence d'un laboratoire national de référence ✓ Antituberculeux et tests de dépistage gratuits dans le pays ; ✓ Efforts notables dans la prise en charge des malades MDR 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incidence et mortalité toujours élevées ✓ Peu de partenaires dans le financement de la tuberculose ✓ Insuffisance de la décentralisation des activités TB et TBMR ✓ Réseau de laboratoire pas pleinement opérationnel ✓ Faiblesses des ressources humaines dédiées à la lutte contre la tuberculose ✓ Décaissements tardifs dans la subvention du FM ✓ Faiblesses de la communication TB en direction de la population ; ✓ Faiblesse de l'implication de la communauté et des secteurs ministériels ✓ Partenariat public – privé peu offensif
• Opportunités		▪ Menaces
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tuberculose est une cible ODD donc programme prioritaire ✓ Existence du financement du Fonds Mondial ✓ Appui technique de l'OMS ✓ Diversité du paysage médiatique pour une communication du grand public 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Épidémies et catastrophes naturelles comme COVID 19 ✓ Retrait du partenaire financier principal : le Fonds Mondial ou baisse de l'appui ✓ Problèmes de sécurité dans les pays voisins et les déplacements des populations.

Tableau -6. Analyse FEFOM

CHAPITRE 3 : CADRE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL



CADRE STRATEGIQUE

2023-2027

3.1. ELABORATION DU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL POUR LA PRÉVENTION, LES SOINS ET LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le présent Plan stratégique 2023-2027 trouve son ancrage dans les recommandations de l'évaluation externe de 2022 et du PNDS d'une part, et d'autre part dans la stratégie « END TB ». Il permet de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD) et il est en phase avec les nouvelles orientations stratégiques pour la période « après 2015 » notamment dans ses deux phases, proposées par l'OMS et ses partenaires.

Une évaluation cruciale a été menée pour apprécier le niveau d'implantation des interventions de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose et leur impact. Elle a aussi permis d'identifier les progrès durant les dernières années, mais aussi les contraintes et les défis de la mise en œuvre. Elle a été participative pour permettre à l'ensemble des acteurs et bénéficiaires d'être associés à la planification stratégique du pays et plus tard à la mise en œuvre.

Un dialogue pays et des ateliers ont été organisés avec les représentants du Ministère de la Santé, de la société civile, de la communauté, du secteur privé, des partenaires, du CCM, ainsi que des bénéficiaires des services et soins de santé.

Un comité de rédaction mis en place par note 109/MSP/CAB-23 du 14 février 2023, composé de responsables du programme, du Ministère, des partenaires, de la société civile s'est attelé à élaborer de manière participative et inclusive le Plan stratégique national TB.

L'atelier de validation technique du draft du PSN a eu lieu le 15 Mars 2023 et toutes les recommandations ont été prises en compte dans le présent document. Ce plan stratégique comporte **5 composantes** :

- **Un plan principal**, qui inclut :
 - une description du contexte général suivie de l'analyse épidémiologique, de la réponse nationale aux différents domaines concernant la maladie, avec un constat de la situation actuelle, l'identification des lacunes programmatiques ainsi que des défis à relever
 - un cadre stratégique avec une définition des buts et objectifs, une description des interventions stratégiques, des activités et sous-activités connexes ;
- **Un plan opérationnel** avec les activités détaillées pour chaque année de mise en œuvre
- **Un plan de suivi évaluation** avec les indicateurs qui doivent être évalués pour les but(s), objectifs opérationnels, interventions dans leur cadre logique
- **Un plan budgétaire détaillé** qui comprend les coûts liés à chaque intervention, activité et sous- activité par rapport à l'objectif opérationnel concerné.
- **Un plan d'assistance technique** décrivant les interventions et activités pour lesquelles une assistance technique est nécessaire et fournissant des détails sur la façon dont cette assistance doit être apportée ;

3.2. Vision du PSN

La vision à long terme du PSN s'aligne à celle de la stratégie END TB qui est de faire du Congo, un pays avec « **Zéro décès et aucune maladie ni souffrances dus à la tuberculose** »

3.3. Principes directeurs

Ce plan s'aligne sur les principes directeurs de la stratégie END TB. Il donne un cadre de travail qui fait suite à une évaluation conjointe des besoins réalisées par les personnels nationaux, les communautés et les partenaires. Les indicateurs, les échéances et les cibles sont clairement indiqués avec un plan d'évaluation des performances pour un suivi transparent. Le plan donne également un cadre pour harmoniser le support à la lutte contre la tuberculose. Comment le plan répond aux principes de la stratégie END TB (Tableau)

Principes	Réponses du plan
Tutelle des pouvoirs publics, obligation redditionnelle, suivi et évaluation	La responsabilité de la tutelle sera engagée dans les interventions à travers tous les échelons du Ministère (central, provincial, local) .Les activités de suivi et d'évaluation seront régulières et systématiques afin de responsabiliser toutes les parties prenante. Les indicateurs et les objectifs sont clairement définis et le renforcement du système de suivi et évaluation est planifié pour suivre les progrès.
Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés et autres parties prenantes	L'engagement de la société civile , de la communautés et de toutes les parties prenantes ainsi que leur participation dans le dialogue pays a permis de mieux comprendre leurs points de vue, leurs priorités, leur degré de sensibilisation, leurs besoins et leurs attentes. La mise en œuvre se fera pleinement avec toutes les parties prenantes et acteurs de la lutte.
Protection et promotion des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité	Pour toutes les interventions évoquées dans le présent PSN, l'approche utilisée sera fondée sur les droits de l'homme, de non-discrimination, d'égalité, de participation, d'inclusion et de responsabilité. En pratique, elles vont protéger les droits de la personne, mais aussi s'employer à résoudre les inégalités structurelles dont souffrent les communautés pauvres et marginalisées,
Adaptation de la stratégie et des cibles au niveau des pays, avec une collaboration mondiale	Le PSN sera aligné sur la stratégie sanitaire nationale et viendra compléter les plans relatifs aux programmes chargés de lutte contre les comorbidités de la tuberculose. La coordination mondiale est également fondamentale pour mobiliser les ressources nécessaires aux soins et à la prévention de la tuberculose auprès de différentes sources multilatérales, bilatérales et nationales.

Tableau -7. Principes directeurs et réponses du PSN

3.3. Buts et Objectifs

But 1 : Réduire l'incidence de la tuberculose de 370 cas pour 100 000 habitants en 2021 à 353 cas pour 100 000 habitants en 2027

- Objectif 1 Diagnostiquer 91472 cas de tuberculose dans la population de 2023 à 2027
- Objectif 2: Assurer la prévention de la tuberculose dans la population

But 2 : Réduire le taux de mortalité lié à la tuberculose de 54 décès pour 100,000 habitants en 2021 à 42 décès pour 100 000 habitants en 2027

- Objectif 3. Traiter avec succès au moins 90% des patients mis sous traitement
- Objectif 4. Assurer la Prise en charge adéquate des groupes vulnérables et populations clés
- Objectif 5. Mettre sous traitement d'ici à 2027 1970 cas de TB tuberculose pharmacorésistante avec un taux de succès d'au moins 90%

But 3: Renforcer la gouvernance du programme national de lutte contre la tuberculose

- Objectif 6. Augmenter la collaboration avec les communautés, la société civile, les secteurs ministériels et le secteur privé
- Objectif 7. 100% des patients sous traitement antituberculeux ne rencontrent aucun obstacle lié aux droits humains et au genre
- Objectif 8. Assurer des mesures de protection sociale aux patients sous traitement antituberculeux
- Objectif 9. 100% des centres de dépistage et de traitement de la tuberculose ne connaissent pas de rupture de stock de médicaments et intrants TB dans l'année
- Objectif 10. Améliorer les capacités de gestion du PNLT

Objectif 1 : Diagnostiquer 91472 cas de tuberculose dans la population de 2023 à 2027

**Pilier 1 : Soins et prévention intégrés centrés sur le patient
Interventions**

- Approche qualité dans la détection de la tuberculose
- Intégration du dépistage de la TB dans les 52 Districts sanitaire
- Mise en place d'un Transport efficace des échantillons de patients
- Acquisition, décentralisation et interconnexion des GeneXpert
- Renforcement des capacités des techniciens du réseau de laboratoire
- Réhabilitation du réseau de laboratoires du PNLT
- Mise aux normes des activités techniques du LNR
- Amélioration du dépistage actif de la TB dans la communauté

55 % est encore insuffisant pour atteindre les objectifs d'END TB en matière de dépistage et de mise sous traitement. La couverture du traitement doit atteindre au moins 90% pour éliminer les foyers infectieux et commencer à renverser véritablement la tendance. De ce fait, le pays aura besoin de développer des interventions ambitieuses et adaptées pour augmenter la détection et rechercher les 45% de cas manquants. Le PNLT va ainsi développer l'approche qualité dans la détection des cas, intégrer les activités de dépistage dans 52 DS, augmenter les appareils de diagnostic rapide, instaurer un système de transport efficace des échantillons et renforcer le personnel de laboratoire. Avec le renforcement du volet IEC dans la population générale, un accent particulier sera également mis dans le dépistage actif de la tuberculose maladie et infection à l'endroit de la communauté, des populations clés et vulnérables

1.1. *Approche qualité dans la détection de la tuberculose*

Malgré les progrès dans le diagnostic et la détection des cas de tuberculose au Congo, 45 % des cas sont sous-déTECTés où sous-déclarés. Par ailleurs, chaque année, des enfants et adolescents atteints de tuberculose ne sont pas également diagnostiqués dans le pays. En dehors de la faiblesse des capacités opérationnelles du laboratoire et des stratégies de dépistage, la participation inadéquate des prestataires de service est au centre de cet obstacle. Cette situation suggère qu'on doit améliorer la détection. Pour résoudre ce gap, il est important de développer et d'appliquer une approche qualité qui ne favorisera pas les occasions manquées dans les structures. Cette approche sera aussi recherchée dans le diagnostic des cas avec des contrôles de qualité réguliers au niveau du réseau de laboratoires.

Activités

- 1.1.1. Organiser l'atelier pour l'amélioration de la qualité de la détection de la tuberculose de 05 jours avec 30 personnes ;
- 1.1.2. Organiser 01 mission d'état des lieux sur les aspects de la qualité de la détection dans 29 FOSA les plus fréquentées d'ici à 2022 ;
- 1.1.3. Organiser 03 ateliers de formation en 3 sessions par pôles regroupant 58 formateurs du niveau périphérique sur l'Approche qualité PQE ;
- 1.1.4. Organiser des missions trimestrielles de supervisions des aspects de la qualité dans les FOSA ;
- 1.1.5. Organiser 01 mission d'évaluation à mi-parcours de la stratégie de la phase pilote à la phase d'extension ;
- 1.1.6. Recruter 01 assistant technique pour accompagner la mise en œuvre de passage à l'échelle des activités de l'Approche Qualité PQE des services ;
- 1.1.7. Dupliquer les outils de l'Approche Qualité PQE des services ;
- 1.1.8. Acquérir 01 véhicule 4X4 pour les missions de suivi de la stratégie de l'amélioration de l'approche qualité PQE ;
- 1.1.9. Augmenter dans 50 formations sanitaires l'approche qualité de l'amélioration de la détection de la tuberculose ;
- 1.1.10. Organiser 29 sessions de formation des agents de santé dans chaque site de l'approche qualité PQ ;
- 1.1.11. Organiser des missions semestrielles de supervision de contrôle qualité (relecture et panel des lames et GeneXpert) du niveau central vers le niveau intermédiaire pendant 12 jours avec 10 personnes du niveau central ;
- 1.1.12. Organiser des missions de supervision trimestrielles de contrôle qualité (relecture et panel des lames et GeneXpert) au niveau intermédiaire vers la périphérie pendant 12 jours avec 24 personnes du niveau intermédiaire

1.2. *Intégration du dépistage de la TB dans les 52 Districts sanitaires*

Plusieurs réalisations ont été répertoriées dans différentes formations sanitaires mais le pays est toujours loin d'attendre les objectifs globaux de lutte contre la tuberculose. Par conséquent, le PNLT va pousser la décentralisation par l'intégration des activités TB dans de nouvelles formations sanitaires. Le dépistage nouvellement intégré pourrait améliorer significativement le taux de dépistage et contribuer plus tard à diminuer le fardeau de la maladie au Congo.

Dans les 52 districts sanitaires ciblés, 243 structures seront concernées y compris les sites de PEC TB-PR et les fournisseurs des soins à but lucratifs et non lucratifs. Cette intégration sera précédée d'une évaluation des sites décentralisés en 2022 lors de la première phase et de la mise en place d'un plan de décentralisation 2023-2027.

Dans le processus d'intégration des nouveaux sites, les laboratoires vont être dotés de Genexperts, de microscopes, de réfrigérateurs, de congélateurs, d'automates et semi

automates , de blouses, de masques N95, de boites de transport , de tests de sensibilité et de toute la gamme d'intrants de laboratoire nécessaires à la détection rapide de la TB sensible ,pharmaco résistante et au suivi des patients.

Activités

- 1.2.1. Organiser une mission de 12 jours avec 27 personnes (15 du niveau central et 12 du niveau départemental) pour évaluer le niveau de mise œuvre des activités de dépistage de la TB dans les 57 nouvelles structures intégrées en 2022 ;
- 1.2.2. Organiser un atelier d'élaboration/validation d'un nouveau plan de décentralisation des activités de lutte contre la TB (PMA) de 2023-2027 ;
- 1.2.3. Organiser une mission d'état des lieux de 12 jours avec 20 personnes (10 du niveau central, 06 du niveau départemental et 04 du district sanitaire) des 27 FOSA en 2023, 46 en 2024, 47 en 2025, 47 en 2026 et 46 en 2027 soient 243 ;
- 1.2.4. Organiser une mission d'état des lieux de 12 jours avec 20 personnes (10 du niveau central, 06 du niveau départemental et 04 du district sanitaire) des 27 FOSA en 2023, 46 en 2024, 47 en 2025, 47 en 2026 et 46 en 2027 soient 243 ;
- 1.2.5. Acquérir 5 ECG 6 pistes avec interprétations Cardi 6 Colson dont 2 en 2024, 1 en 1 en 2026 et 1 en 2027 ;
- 1.2.6. Acquérir 5 congélateurs 80 degré dont 2 en 2024, 1 en 2025, 1 en 2026 et 1 en 2027 ;
- 1.2.7. Acquérir 6 réfrigérateurs dont 3 en 2024, 1 en 2025, 1 en 2026 et 1 en 2027 ;
- 1.2.8. Acquérir 4800 tests de sensibilité pour les ATB de première ligne dont 1200 en 2024,1200 en 2025, 1200 en 2026 et 1200 en 2027 ;
- 1.2.9. Acquérir 12000 tests de sensibilité pour les ATB de deuxième ligne dont 3000 en 2024, 3000 en 2025, 3000 en 2026 et 3000 en 2027 ;
- 1.2.10. Acquérir des microscopes, des automates et semi automates des blouses, des masques N95, des boites de transport, et de toute la gamme d'intrants de laboratoire

1.3. Acquisition, décentralisation et interconnectivité de genexperts

La mise en place de nouveaux outils, essentiellement de biologie moléculaire avec les Xpert/MTB/ Rif ou GeneXpert® dont l'utilisation a été approuvée depuis décembre 2010 par l'OMS a permis d'augmenter la sensibilité et surtout de raccourcir le délai de confirmation de la tuberculose. Au Congo, le nombre de Xpert/MTB/ Rif fonctionnels est encore limité car on le retrouve uniquement au niveau de 4 sites du pays : deux machines de 16 modules aux CAT de Brazzaville et de Pointe Noire, et deux machines de quatre modules au laboratoire de l'hôpital de base de Tié-Tié et le laboratoire d'Hôpital Général du 31 Juillet d'Owando. Toutefois en 2023, 12 genexperts disponibles dont 6 non encore installés. D'ici 2027, le PNLT a prévu d'acheter 20 genexperts de quatre modules et 5 GeneXpert de 10 couleurs de 4 modules avec ordinateurs.

L'acquisition de nouveaux Xpert/MTB/ Rif et leur décentralisation dans les sites seront d'un grand apport pour le dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire mais également pour la détection de la résistance à la rifampicine, problème de plus en plus préoccupant, Les genexperts pourront être interconnectés pour renforcer la coordination du LNR avec les laboratoires dotés, pour maîtriser le flux informationnel et toutes les données issues des activités diagnostiques. Cette interconnexion va accélérer l'analyse des données de la surveillance de routine.

Activités

- 1.3.1. Etablir un plan de décentralisation des genexperts au niveau du territoire national ;
- 1.3.2. Acquérir 20 GeneXpert de 4 modules avec ordinateur avec une garantie de deux ans dont en 2023, 4 en 2024, 4 en 2025, 4 en 2026 et 4 en 2027 ;
- 1.3.3. Acquérir 5 GeneXpert de 10 couleurs de 4 modules avec ordinateur dont 2 en 2024, 1 en 2025, 1 en 2026 et 1 en 2027 ;
- 1.3.4. Acquérir 38 modules de remplacement GeneXpert dont 15 en 2024, 4 en 2026 et 19 en 2027 ;
- 1.3.5. Acquérir des onduleurs pour les 25 genexperts devant être acquis pour le PNLT ;
- 1.3.6. Organiser des visites de pré installation des genexperts dans les sites ;
- 1.3.7. Organiser des visites d'installation des genexperts dans les sites ;
- 1.3.8. Organiser des visites de post installation des genexperts dans les sites ;
- 1.3.9. Assurer le contrôle de qualité des résultats de Xpert/MTB/ Rif ;
- 1.3.10. Assurer la maintenance des Xpert/MTB/ Rif et de leur interconnexion.

1.4. Mise en place d'un Transport efficace des échantillons vers les laboratoires

Au Congo, le diagnostic de la tuberculose repose majoritairement sur l'examen direct à la microscopie des crachats, disponible dans la majorité des CDTs. La technique moléculaire Xpert MTB/RIF est présente dans le pays et son accès reste encore restreint à une faible proportion de patients. Pour permettre aux structures n'ayant pas d'outils de diagnostic moléculaire d'avoir accès aux tests Xpert MTB/RIF, un projet pilote de transport des échantillons concernant 19 CDTs, a été lancé en décembre 2022 dans les grandes villes de Brazzaville et de Pointe-Noire. Cette étude pilote dont les résultats ont été concluants va servir de base à l'élaboration d'un plan opérationnel de transport d'échantillons intégré dans le cadre du passage à l'échelle. Un transport opérationnel des échantillons des sites non dotés vers les centres déjà pourvus de Xpert MTB/RIF, va améliorer significativement la détection des cas de tuberculose sensible et résistante.

Activités

- 1.4.1. Elaborer le plan opérationnel de transport d'échantillons pour les passages à l'échelle ;
- 1.4.2. Partager le plan avec tous les acteurs de prise en charge ;
- 1.4.3. Assurer le transport des échantillons à l'échelle des CDT des prisons & camps de réfugiés vers les laboratoires à GeneXpert ;
- 1.4.4. Assurer un suivi régulier du processus de mise à l'échelle ;
- 1.4.5. Elaborer un rapport annuel du transport des échantillons.

1.5. Renforcement de capacités des techniciens du réseau de laboratoire

Le laboratoire joue un grand rôle dans l'efficacité de la prise en charge de la tuberculose, étant pour la plupart des cas porte d'entrée et de sortie de la tuberculose. Il constitue un levier important ou se fait le diagnostic, le suivi du traitement, la surveillance épidémiologique et la recherche. De ce fait, 600 techniciens de laboratoire doivent être régulièrement formés, recyclés pour maintenir et renforcer leurs aptitudes diagnostiques. La qualité du diagnostic au laboratoire dépendra essentiellement de la compétence des techniciens, de l'utilisation des équipements et de la maîtrise des procédures de diagnostic biologique.

Le PNLT pourra solliciter des compétences extérieures pour renforcer son système de laboratoire mais aussi participer aux conférences internationales pour suivre toutes les innovations technologiques. Le laboratoire national de référence étant le pilier central pour la

lutte contre la tuberculose doit encadrer l'ensemble des formations déroulées aux niveau départemental ainsi que le contrôle de qualité.

Activités

- 1.5.1. Former/recycler 600 techniciens de laboratoire des CDT sur le dépistage de tuberculose, 120 en 2023, 120 en 2024, 120 en 2025, 120 en 2026 et 120 en 2027 en raison de 30 personnes (15 du niveau central et 15 du niveau départemental) par session trimestrielle pendant 5 jours ;
- 1.5.2. Former/recycler 600 techniciens de laboratoire des CDT sur le dépistage de tuberculose pharmacorésistante, 120 en 2023, 120 en 2024, 120 en 2025, 120 en 2026 et 120 en 2027 à raison de 30 personnes (15 du niveau central et 15 du niveau départemental) par session trimestrielle pendant 5 jours ;
- 1.5.3. Assurer la formation de 10 techniciens du LNR et 5 techniciens du réseau de laboratoire en collaboration avec l'appui du SRL Benin une fois par an à raison de 2 techniciens LNR et 1 technicien du réseau de laboratoire pendant 14 jours ;
- 1.5.4. Assurer la formation de 3 responsables (1 LNR et 2 du réseau de laboratoire) sur le système de management de la qualité des laboratoires avec l'appui du SRL Benin et de l'ASLM une fois par an pendant 10 j ;
- 1.5.5. Assurer la participation du responsable du LNR aux conférences internationales pour le partage d'expériences sur les activités de dépistage de la TB du réseau de laboratoire une fois par an pendant 7 jours ;
- 1.5.6. Solliciter un appui technique international pour la mise en œuvre des activités du LNR à moyen terme de 2024 à 2027 une fois par an.

1.6. Réhabilitation du réseau de laboratoires périphériques

Dans son initiative de décentralisation plus poussée des activités de dépistage de la tuberculose, le PNLT va réhabiliter 15 structures pour les mettre aux normes dans les 52 districts. Dans la même dynamique, des incinérateurs pour la gestion des biomédicaux et les circuits d'adduction d'eau seront mis en place dans le cadre de la réhabilitation..

- 1.6.1. Réhabiliter 15 nouvelles structures qui vont intégrer le dépistage de la TB dans la période de 2023- 2027 au niveau des 52 districts sanitaires y compris les sites de PEC TB-PR ;
- 1.6.2. Réhabiliter 36 incinérateurs pour la gestion des déchets biomédicaux et faire l'adduction d'eau dans les CDTs ;

1.7. Mise aux normes des Activités techniques du LNR

Dans la démarche de rendre fonctionnel le LNR, les normes et protocoles techniques seront élaborées et validées. Le PNLT mettra l'accent sur la maintenance des équipements, la disponibilité des outils techniques et des micros plans de transport des échantillons. Concernant la maintenance, le laboratoire fera appel à des prestataires externes pour la réalisation de certaines interventions de maintenance préventive ou curative. Une planification des interventions de maintenance préventive et des outils seront mis en place pour donner toutes les informations liées aux activités de maintenance notamment la nature, la périodicité et le type Aussi, le dépôt de stockage des équipements et intrants de laboratoire sera réhabilité pour optimiser la sécurité des produits sanitaires.

Activités

- 1.7.1. Organiser 01 atelier de 5 jours avec 15 participants d'élaboration et d'actualisation/validation des guides techniques de laboratoire (Guide technique, guide de contrôle de l'infection, guide d'élimination des déchets biomédicaux ; guide de l'assurance qualité ; guide de contrôle qualité ; guide de transport d'échantillons, guide de la bio sûreté et de la biosécurité et guide de supervision du réseau de laboratoire) y compris les outils de collecte des données pour le laboratoire ;
- 1.7.2. Organiser 01 atelier de 5 jours avec 15 personnes d'élaboration et d'actualisation /validation d'un plan de maintenance préventive et curative et de contrôle métrologique des équipements du réseau de laboratoire (conteneur P3, GeneXpert, MGIT, Hottes de sécurité biologiques, microscopes, Split, panneaux, système numérique, système incendie...) ;
- 1.7.3. Organiser 01 atelier de 5 jours avec 15 participants d'élaboration et d'actualisation /validation des modules de formation des techniciens de laboratoire ;
- 1.7.4. Organiser 01 atelier de 3 jours avec 15 participants d'élaboration/validation d'un plan de fonctionnement et de formation du personnel du réseau de laboratoire ;
- 1.7.5. Organiser 01 atelier de 5 jours avec 15 participants d'élaboration/validation des micros plans de transport des échantillons des FOSA vers les CDT avec GeneXpert dans les 52 districts ;
- 1.7.6. Organiser 01 atelier de 3 jours en résidentiel regroupant 25 personnes pour l'intégration des activités de diagnostic de la tuberculose dans les laboratoires au niveau des FOSA des 52 districts sanitaires,

1.8. Amélioration de la recherche de cas manquants dans la communauté

Pour rechercher les cas manquants et réduire l'incidence, il importe également de développer une approche axée sur le dépistage actif des groupes vulnérables en mettant en contribution l'implication communautaire. Les relais vont appuyer les agents de santé à mobiliser les groupes vulnérables et les cas contacts pour la détection de la maladie. La radio numérique va être mise à disposition des équipes de districts sanitaires pour la recherche de ces cas manquants. Le personnel de santé formé fera le dépistage de la maladie ou de l'infection tuberculeuse à l'aide des radios numériques, les tests TCT et IGRA. La bonne compréhension du contexte local par les relais leur confère la capacité à participer dans l'organisation du dépistage actif et à suivre les cas présumés jusqu'à leur confirmation au laboratoire. En sus des radios numériques, 2 unités mobiles seront acquises pour cibler particulièrement les grandes activités de screening. Toutefois la radioprotection sera prise en compte dans le cadre de la mise en œuvre des activités de dépistage.

Activités

- 1.8.1. Organiser trimestriellement les campagnes de dépistage à l'aide des radiographies thoraciques numériques et d'un logiciel détection de la TB assisté par un ordinateur pour les populations vulnérables par les cliniques mobiles (contacts, détenus, populations autochtones) ;
- 1.8.2. Organiser trimestriellement le dépistage des cas contacts et des personnes atteintes de l'infection tuberculeuse ;
- 1.8.3. Acquérir 2 unités mobiles de dépistage actif de la tuberculose (véhicules équipés) ;
- 1.8.4. Acquérir 4 appareils de radiographie portative pour le dépistage actif en complément des unités mobiles ;
- 1.8.5. Acquérir 5000 tests (TCT et IGRA) pour le dépistage de l'infection tuberculeuse
- 1.8.6. Former deux agents pour la manipulation de la radiographie
- 1.8.7. Acquerir du matériel de radioprotection pour le personnel

Objectif 2: Assurer la prévention de la tuberculose dans la population

Pilier 1. Soins et prévention intégrés centrés sur le patient Interventions

- Conception et Production des supports de communication
- Information, Éducation et communication de la population sur la tuberculose
- Contrôle de l'infection dans les établissements de santé et structures collectives
- Traitement préventif contre la tuberculose chez les groupes vulnérables et à haut risque

Les efforts entrepris dans la lutte contre la tuberculose au Congo n'ont pas encore eu un impact sur la réduction de l'incidence de la tuberculose et la capacité de la population à prévenir la maladie. L'incidence étant toujours élevée, il s'est avéré important d'améliorer les connaissances de la population sur la maladie et les standards pour la prévenir. A cet effet, le PNLT va agir sur 3 leviers susceptibles de contrôler le développement et la transmission de la maladie. Il s'agit de l'IEC, du contrôle de l'infection dans les services de soins et structures collectives ainsi que la thérapie préventive systématique chez les populations vulnérables. La disponibilité des supports adaptés aux besoins de communication de la population sera un atout majeur pour la réussite de l'IEC.

2.1. Conception et Production des supports de communication

Pour soutenir une bonne communication, la production de supports adaptés est nécessaire dans les sites opérationnels. Ainsi, les outils de communication seront renforcés à tous les niveaux en intégrant les langues nationales pour freiner les barrières linguistiques. Ces supports vont être utilisés par le PNLT pour mieux informer sur la maladie et son mode de prévention. Toutes les stratégies de communication vont être portées par un plan qui sera une réponse aux défis communicationnels qui fragilisent les efforts réalisés.

- 2.1.1. Organiser un atelier résidentiel de 05 jours avec 15 personnes pour concevoir des outils de communication
- 2.1.2. Organiser un atelier résidentiel de 5 jours avec 15 personnes pour élaborer le plan de communication
- 2.1.3. Organiser un atelier de 3 jours avec 30 personnes pour valider le plan de communication
- 2.1.4. Dupliquer et diffuser 15.000 affiches, 50.000 dépliants sur la TB pour les malades chaque année
- 2.1.5. Dupliquer et diffuser 100 boîtes à images
Produire des spots audiovisuels et des spots radiophoniques

2.2. Information, Éducation et communication de la population sur la tuberculose

Pour réduire l'incidence de la tuberculose, la diversité du paysage médiatique sera mise à profit pour promouvoir le dépistage des tousseurs chroniques à la tuberculose. Une utilisation adéquate des potentiels des télévisions, des radios, des journaux et de la téléphonie mobile va améliorer nettement le niveau de connaissance des populations sur la maladie.

L'utilisation des nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (site web, sms, etc.) élargira la cible touchée par l'information avec la possibilité d'échanges sur la TB. Le programme national de lutte contre la tuberculose va aussi s'appuyer sur la contribution des professionnels de médias, animateurs pour diffuser des émissions, des spots et sketches concernant la symptomatologie, la transmission, la prévention et le traitement de la maladie

Activités

- 2.2.1. Diffuser 3650 spots audiovisuels dans les 12 départements en 5 ans ;
- 2.2.2. Diffuser 260 spots radiophoniques dans les 12 départements en 5 ans ;
- 2.2.3. Publier 260 messages sur la TB dans la presse écrite en 5 ans ;
- 2.2.4. Publier 260 messages sur la TB dans les réseaux sociaux en 5 ans ;
- 2.2.5. Diffuser 260 SMS sur la TB à travers 3 entreprises de téléphonie mobile ;
- 2.2.6. Organiser 03 sessions de formation de 20 professionnels des médias et animateurs des sur la TB dans les 12 départements :
- 2.2.7. Organiser 03 sessions de formation de 20 des animateurs des réseaux sociaux sur la TB dans les 12 départements ;
- 2.2.8. Élaborer et enregistrer 2 sketchs de courte durée avec une troupe de comédiens ;
- 2.2.9. Assurer la diffusion et la rediffusion des 2 sketchs 12 fois/an dans 02 chaines de télévision (la chaîne nationale et une privée) ;
- 2.2.10. Animer 1305 séances de groupe de parole à raison de 1 séance par trimestre dans 87 en 2023, 114 en 2024, en 160 en 2025, 207 en 2026, 254 en 2027 ;
- 2.2.11. Animer 12 journées thématiques sur la prévention de la TB dans les 12 départements pendant la JMT.

2.3. *Contrôle de l'infection dans les établissements de santé et structures collectives*

Le contrôle de l'infection tuberculeuse est une priorité devant la charge morbide et la prévalence du VIH élevées au Congo. Il s'agira de renforcer les mesures au niveau des structures de santé pour réduire davantage les risques liés à la transmission de l'infection mais aussi améliorer les conseils entre les personnes atteintes de tuberculose, leur famille et les dispensateurs de soins. Pour cela des ateliers de réactualisation des directives et de renforcement de capacités du personnel dans le domaine du contrôle de l'infection vont être organisées à tous les niveaux de prise de la tuberculose. Aussi un accent particulier sera mis sur la disponibilité des matériels de protection respiratoire du personnel et des patients, la dotation régulière de supports éducatifs, l'aménagement adapté des sites de prise en charge ainsi qu'un suivi clinique systématique des agents de première ligne.

La communication sur le contrôle de l'infection s'élargira aux structures collectives, camps de réfugiés, prisons dans lesquelles les personnes vivent en étroite proximité.

Activités

- 2.3.1. Organiser un atelier résidentiel avec 15 participants pendant 5 jours pour l'élaboration/actualisation des directives nationales ainsi que les modules de formation sur le contrôle de l'infection tuberculeuse ;
- 2.3.2. Organiser un atelier avec 30 participants pendant 3 jours pour la validation des directives nationales ainsi que les modules de formation sur le contrôle de l'infection tuberculeuse ;
- 2.3.3. Organiser un atelier de 5 jours résidentiel avec 15 participants pour l'élaboration/actualisation des directives nationales et modules de formation sur le contrôle de l'infection TB ;
- 2.3.4. Organiser un atelier avec 30 participants pendant 3 jours pour la validation des directives nationales ainsi que les modules de formation sur le contrôle de l'infection tuberculeuse ;
- 2.3.5. Dupliquer et distribuer 328 exemplaires des directives nationales ainsi que les modules de formation sur le contrôle de l'infection TB ;
- 2.3.6. Organiser un screening systématique annuel chez le personnel évoluant dans les formations sanitaires à l'aide des examens de radiographie du thorax et des tests ITL ;

- 2.3.7. Organiser 01 session de formation en résidentiel des 24 formateurs sur les directives de contrôle de l'infection pendant 04 jours ;
- 2.3.8. Organiser 01 session de formation des membres des équipes cadres des districts sanitaires sur les directives de contrôle de l'infection pendant 03 jours dans chacune ; des 04 pôles (14 participants pour le pôle d'Owando, 38 participants pour le pôle de Brazzaville, 20 participants pour le pôle de Pointe Noire et 22 participants pour le pôle de Dolisie) ;
- 2.3.9. Organiser une séance d'animation de groupe de parole axée sur la prévention de la tuberculose avec les détenus et le personnel de l'administration pénitentiaire dans les 12 prisons ;
- 2.3.10. Organiser à Brazzaville une session de formation de 23 personnels de santé de 5 Maisons d'arrêt des départements cibles (Brazzaville, Pointe Noire, Niari, Likouala, Sangha) sur la prévention et la prise en charge de la TB en milieu carcéral ;
- 2.3.11. Organiser 3 journées de sensibilisation suivies de dépistage actif par trimestre sur la tuberculose dans les camps de réfugiés et auprès des peuples autochtones.

2.4. *Traitemen*t préventif de la tuberculose

La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose rend prioritaire le traitement préventif de la tuberculose pour les personnes à haut risque, traitement considéré comme une composante essentielle du Pilier 1. La gestion par les programmes des TPT s'inscrit dans le cadre plus large des mesures de prévention prévues au titre des Piliers 1 et 2 de la Stratégie Mettre fin à la tuberculose.

Activités

- 2.4.1. instaurer la thérapie préventive des Personnes vivant avec le VIH soit 11043 en 2023, 14362 en 2024, 5791 en 2025, 7627 en 2026 et 32832 en 2027 ;
- 2.4.2. Mettre sous thérapie préventive les enfants de moins de 15 ans contacts des patients tuberculeux soit 1242 en 2023, 1276 en 2024, 1274 en 2025, 1168 en 2026 et 1003 en 2027 ;
- 2.4.3. Planifier la thérapie préventive pour les adolescents et adultes contacts de patients tuberculeux
- 2.4.4. Planifier la thérapie préventive pour des cas spécifiques de patients souffrant de silicose, dialysés ou préparant à une greffe d'organe

But 2 : Réduire le taux de mortalité lié à la tuberculose de 54 décès pour 100,000 habitants en 2021 à 42 décès pour 100 000 habitants en 2027.

Objectif 3 .Traiter avec succès au moins 90% des patients mis sous traitement

Pilier 1. Soins et prévention intégrés centrés sur le patient

Interventions

- Révision, duplication et mise en place des guides et outils de gestion de la TB
- Renforcement des capacités des prestataires à la prise en charge de la TB sensible
- Surveillance dans l'application des protocoles thérapeutiques et soutien aux patients
- Renforcement des capacités des sites CDT à grande file active

Le taux de succès a certes progressé atteignant 75,2% en 2021, mais la prise en charge reste confrontée à des pesanteurs socio-sanitaires qui engendrent des dépenses pour le patient, un important nombre de perdus de vue (12 ,6%) et des non évalués (10%).

Pour améliorer le succès du traitement à un niveau satisfaisant, le PNLT va faire la mise à jour des guides et outils de gestion, recycler le personnel sur les nouvelles orientations, mettre l'accent sur le TDO et l'application rigoureuse des protocoles thérapeutiques, assurer les mécanismes de soutien et veiller au suivi clinique et biologique des patients TB. Les CDTs à grande file active seront aussi renforcés pour réduire les abandons et les non évalués.

3.1. Révision, duplication et mise en place des guides et outils de gestion de la TB

La révision, la duplication et la mise en place des guides et outils de gestions de la TB sont primordiales pour assurer une bonne prise en charge des patients tuberculeux. En effet les référentiels doivent être réactualisés pour prendre en compte les nouvelles directives de l'OMS concernant les soins, la prévention et le traitement. Après leur actualisation et validation nationales, le processus d'impression sera vite lancé pour mettre en place les documents de gestion dans les sites de prise en charge dont certains étaient exposés à un déficit récurrent.

Activités

- 3.1.1. Organiser un atelier en résidentiel de 20 personnes pendant 3 jours pour la mise à jour du guide de PEC de TB sensible chez l'adulte, chez l'enfant selon les recommandations de l'OMS ;
- 3.1.2. Organiser un atelier de 3 jours en résidentiel avec 15 participants sur l'actualisation des directives et normes de PEC de la tuberculose en 2024 ;
- 3.1.3. Organiser un atelier de 3 jours en résidentiel avec 15 participants sur l'actualisation des modules de formation sur la base des directives et normes de PEC de la tuberculose révisés en 2024 ;
- 3.1.4. Organiser un atelier de 3 jours à Brazzaville sur la validation des directives et normes ainsi que le module de formation sur la PEC de la tuberculose en 2024 ;
- 3.1.5. Dupliquer 500 exemplaires du guide de PEC de la TB sensible, 500 exemplaires du guide de PEC de la TB chez l'enfant actualisé et 230 exemplaires du guide de PEC de la TB-MR et diffuser vers les structures de prise en charge en l'An 1 et en l'An 4 ;
- 3.1.6. Dupliquer et diffuser les outils de PEC de la tuberculose (fiches de traitement, fiches de demande d'examen, registres de TB, etc...).

3.2. Renforcement des capacités des prestataires à la prise en charge de la TB sensible

Il est important d'assurer des formations du personnel médical sur les nouvelles directives du traitement de la tuberculose et les innovations une fois les guides réactualisés et validés. Tous les prestataires de soins (médecins, pharmaciens, CDTs) vont être capacités sur les différentes thématiques de la prise en charge et le focus devra être mis sur une bonne application des directives. Le PNLT va partager avec l'ensemble des prestataires les objectifs du pays sur la réduction de l'incidence et de la mortalité qui passent nécessairement par la qualité du traitement.

Activités

- 3.2.1. Organiser 3 sessions de 5 jours en résidentiel de la formation des formateurs sur la PEC de la TB sensible dans les 05 pôles : Pôle BZV : BVZ- Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékoumou et le Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari en 2024 ;
- 3.2.2. Organiser 3 sessions de formation de 5 jours en présentiel des médecins et autres prestataires sur la PEC de la TB dans les 300 CDT à raison de 2 par FOSA dans les 52 districts sanitaires en année 2024 ;

- 3.2.3. Organiser 3 sessions de formation des formateurs (pharmacien) de 3 jours à raison de 2 pharmaciens (ou équivalent) sur la gestion des outils et intrants antituberculeux dans les 05 pôles : Pôle BZV : BVZ- Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékomou et le Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari en 2024 et en 2026 ;
- 3.2.4. Organiser 3 sessions de formation de 03 jours des prestataires de soins à raison de 02 par FOSA (320 en 2024, 414 en 2025, 508 en 2026, 600 en 2027) sur la gestion des outils et intrants antituberculeux dans les 05 pôles : Pôle BZV : BVZ- Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékomou et le Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari ;
- 3.2.5. Organiser 01 atelier de 03 jours pour le développement du système de pharmacovigilance pour le suivi et la gestion des effets indésirables des médicaments antituberculeux ;
- 3.2.6. Organiser chaque année des sessions de formation/recyclage de 05 jours par pôle de 02 superviseurs du niveau intermédiaire (DDSSa) Pôle BZV : BVZ, Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékomou ; Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari
- 3.2.7. Organiser trimestriellement les supervisions des aspects spécifiques TB sensible du niveau central vers le niveau intermédiaire.

3.3. Surveillance dans l'application des protocoles thérapeutiques TB et soutien aux patients

Le Congo est un pays où le poids sanitaire de la tuberculose est élevé. Les professionnels de santé et les services de prise en charge doivent de bien connaître les protocoles et les appliquer correctement dans le système de santé général. Ainsi tous les professionnels de santé y compris le personnel paramédical, les responsables des soins antituberculeux en centres de santé, centres de diagnostic et de traitement et autres centres périphérique doivent veiller à la qualité du traitement qui est essentielle à la guérison. Le TDO devra être appliquée dans toute sa rigueur et les patients ayant des difficultés financières soutenus en nutrition et en transport. La surveillance du suivi clinique et bactériologique des patients sera aussi améliorée pour augmenter le succès au traitement. La bonne application des protocoles thérapeutique et une surveillance optimale des patients tuberculeux pourra impacter sur le taux de succès et par conséquent, sur la réduction de la pauvreté parmi les populations touchées.

Activités

- 3.3.1. Distribuer dans les CDT, les algorithmes de diagnostic et de traitement de la tuberculose y compris les aide-mémoires pour les schémas thérapeutiques (174 en 2023, 54 en 2024, 92 en 2025, 94 en 2026, et 94 en 2027) ;
- 3.3.2. Organiser des sessions de formation/recyclage de 5 jours en résidentiel du personnel en charge de la tuberculose après chaque mise à jour des documents politiques et opérationnels (directives) du programme sur le diagnostic et le traitement TB (22 participants / 4 sessions en 2023, 30 participants / 4 sessions en 2024, 27 participants / 6 sessions en 2025) ;
- 3.3.3. Distribuer dans les CDT les modules de formation révisées (174 en 2023, 54 en 2024, 92 en 2025, 94 en 2026, et 94 en 2027) ;
- 3.3.4. Superviser les structures de prise en charge trimestriellement en utilisant une grille de supervision détaillée (Carte de traitement, registre de la TB, inventaire des stocks

- d'antituberculeux, entretien avec les patients tuberculeux). 26 participants/ 8 sessions en 2026, 25 participants/10 sessions en 2027 ;
- 3.3.5. Doter les échéanciers dans les 243 nouveaux sites PEC de la tuberculose (34 en 2024, 46 en 2025, 47 en 2026 et 47 en 2027) ;
- 3.3.6. Assurer un approvisionnement régulier et ininterrompu des médicaments antituberculeux de première ligne à toutes structures de prise en charge soit 15177 en 2023, 16803 en 2024, 18309 en 2025, 19815 en 2026 et 21368 en 2027 ;
- 3.3.7.** Assurer un soutien nutritionnel et transport à 336 en 2023, 379 en 2024, 422 en 2025, 483 en 2026 et 508 en **2027**.

3.4. *Renforcement des capacités des sites CDT à grande file active*

Concernant la prise en charge, une attention particulière sera portée sur les sites à grande file active, Ces sites auront besoin de mesures et d'interventions spécifiques au regard de l'importance des files actives. Ils devront faire l'objet d'une évaluation à la hauteur des besoins des prestataires et des patients. Ainsi, les sites qui accueillent les grandes cohortes seront rénovés, équipés, renforcés en personnels et en supervision formative pour y garantir de bonnes pratiques

Activités

- 3.4.1. Faire un état de lieu des FOSA à grande file active ;
- 3.4.2. Assurer les rénovations mineures des CDT à grande file active ;
- 3.4.3. Doter en équipements et intrants les CDT à grande file active ;
- 3.4.4. Organiser la formation des agents supplémentaires des CDT à grande file active
- 3.4.5. Organiser les missions de suivi des CDT à grande file active ;
- 3.4.6. Recruter un personnel additionnel évoluant dans les sites à grande cohorte.

Objectif 4. Assurer la Prise en charge adéquate des groupes vulnérables et populations clés

Pilier 1. Soins et prévention intégrés centrés sur le patient

Interventions

- Maitrise des directives sur le groupe vulnérables
- Prise en charge de la tuberculose de l'enfant
- Dépistage au VIH de tous les patients tuberculeux et traitement à succès d'au moins 90% des Co-infectés
- Prise en charge des patients TB dans le système pénitentiaire

Les populations vulnérables sont celles qui sont mal desservies ou exposées à la tuberculose. Dans le contexte du Congo, ce sont les suivantes : (i) les personnes vivant avec le VIH, (ii) les populations carcérales, (iii) les personnes déplacées et les migrants, (iv) les populations autochtones, (v) les enfants et (vi) le groupe des contacts des cas de TB.

4.1. Maitrise des directives chez les populations clés et vulnérables

Le personnel doit maîtriser toutes les directives afférentes pour assurer un dépistage précoce et un traitement adéquat à travers les modules de formation sur la thématique. Aussi pour mieux structurer la prise en charge des populations clés et vulnérables sur la tuberculose, une plateforme sera mise en place et des outils relatifs aux directives dupliqués et vulgarisés.

Activités

- 4.1.1. Organiser un atelier de 5 jours en résidentiel avec 15 participants pour l'élaboration des directives et du module de formation sur la PEC de la TB chez les populations clés et vulnérables ;
- 4.1.2. Organiser un atelier de 3 jours regroupant 30 Participants pour la validation des directives et du module de formation sur la PEC de la TB chez les populations clés et vulnérables ;
- 4.1.3. Dupliquer et vulgariser 100 directives et modules de formation de PEC de la TB chez les populations clés et vulnérables ;
- 4.1.4. Organiser deux sessions de formation de 5 jours en résidentiel, regroupant chacune 25 prestataires des 52 districts sanitaires sur la PEC de la TB chez les populations clés et vulnérables ;
- 4.1.5. Mettre en place et faire fonctionner une plateforme de concertation de 30 personnes la PEC de la tuberculose chez les populations clés et vulnérables,
- 4.1.6. Organiser une réunion d'1 jour par trimestre de la plateforme de concertation regroupant 30 personnes sur la prise en charge de la tuberculose chez les populations clés et vulnérables pendant 5 ans.

4.2. Prise en charge de la tuberculose de l'enfant

La gestion de la TB pédiatrique est organisée au sein du PNLT à travers la désignation de services et ressources humaines dédiés même si 60% des enfants de 0 à 14 ans ne sont pas détectés. Cette problématique est prise en compte lors de la planification stratégique, de la mobilisation des ressources et de l'élaboration d'outils de gestion technique. Il existe une disponibilité des molécules appropriées chez les enfants et adolescents, toutefois les prestataires doivent s'approprier des directives et outils de prise en charge pour être performant dans le domaine.

Activités

- 4.2.1.** Organiser 01 session de formation en résidentiel avec 30 prestataires évoluant dans les services de pédiatrie dans les hôpitaux (publics et privés) sur la gestion de la tuberculose chez l'enfant, les jeunes et les adolescents ;
- 4.2.2.** Organiser un atelier résidentiel de 05 jours avec 15 personnes d'actualisation du guide de PEC de TB sensible chez l'enfant selon l'OMS ;
- 4.2.3.** Organiser un atelier de 03 jours avec 20 personnes de validation avec toutes les parties prenantes du guide de PEC de TB sensible chez l'adulte et chez l'enfant ;
- 4.2.4.** Dupliquer et diffuser 100 directives sur la PEC de la TB de l'enfant 0-15 ans ;
- 4.2.5.** Dupliquer et diffuser 250 exemplaires de guides sur la PEC de la TB de l'enfant ;
- 4.2.6.** Organiser un atelier résidentiel de 05 jours avec 15 personnes d'élaboration des outils de gestion de la tuberculose chez l'enfant ;
- 4.2.7.** Dupliquer et diffuser 250 exemplaires d'outils de gestion de la tuberculose chez l'enfant ;
- 4.2.8.** Traiter avec les ATB de première ligne 1518 enfants en 2023, 2016 en 2024, 2563 en 2025, 2972 en 2026 et 3205 en 2027.

4.3. Dépistage au VIH de tous les patients tuberculeux et traitement à succès d'au moins 90% des coinfestés

La réalisation du test VIH chez les tuberculeux ne dépasse pas 45% au Congo à cause de la rupture régulière des intrants VIH. Il faut reconnaître que la prise en charge conjointe de la

TB & du VIH est effective, toutefois, ce volet nécessite un peu plus de collaboration entre les deux programmes concernés afin de relever les défis de couverture de dépistage et de prise en charge. Le PNLS approvisionne les centres de PEC de la tuberculose en tests de dépistage du VIH et reçoit du PNLT les médicaments du traitement préventif de la tuberculose.

Ainsi le focus sera mis sur la disponibilité des tests VIH pour l'ensemble des tuberculeux, sur les médicaments pour la thérapie préventive TB des PVVIH, l'élargissement du nombre de guichets uniques et la coordination rigoureuse entre le PNLT et PNLS. Les outils de gesticions seront révisés pour prendre en compte toutes les informations et indicateurs requis par les 2 programmes. Des ateliers de renforcement de capacités des prestataires seront organisés, des réunions et supervisions conjointes menées pour augmenter la dynamique d'intégration des prestations de services

➤ ***Disponibilité de tests VIH et d'outils de gestion concertés TB/VIH***

- 4.3.1. Rendre disponible les tests VIH pour les patients TB soit 15177 en 2023, 16803 en 2024, 18309 en 2025, 19815 en 2026 et 21368 en 2027
- 4.3.2. Organiser un atelier résidentiel de 03 jours avec 15 personnes pour la révision des algorithmes de dépistage de la tuberculose chez les PVVIH et du VIH chez les patients atteints de la tuberculose
- 4.3.3. Dupliquer et diffuser 150 algorithmes révisés de dépistage de la tuberculose chez les PVVIH et 150 algorithmes révisés de dépistage du VIH chez les patients atteints de la tuberculose

➤ ***Mise en place de 50 guichets uniques fonctionnels***

- 4.3.4. Organiser une mission de 10 jours avec 24 personnes (12 du niveau central et 12 du niveau départemental) sur les états de lieux dans les 50 FOSA à intégrer les services du guichet unique à raison de 15 FOSA en 2024, 15 FOSA en 2025 et 20 en 2026 ;
- 4.3.5. Organiser une (01) session de formation le personnel de santé à la prien charge des coïnfectés TB/VIH des 50 guichets unique pendant 3 jours dans chacune des 04 pôles (14 participants pour le pôle d'Owando, 38 participants pour le pôle de Brazzaville, 20 participants pour le pôle de Pointe Noire et 22 participants pour le pôle de Dolisie) ;
- 4.3.6. Organiser des stages d'un (01) mois au niveau des Centres Anti Tuberculeux pour le personnel (2 médecins et 1 infirmier) de 2 Centres de Traitement Ambulatoire au dépistage et diagnostic de la tuberculose ;
- 4.3.7. Organiser une mission de 03 jours avec 10 personnes de dotation des outils de prise en charge (TB/VIH) et les tests de dépistage dans les 50 FOSA à guichet unique à raison de 15 FOSA en 2024, 15 FOSA en 2025 et 20 en 2026 ;
- 4.3.8. Traiter tous les cas de coïnfection TB/VIH soit 90% en 2023, 95% en 2024, 100% en 2025, 100% en 2026 et 100% en 2027.

➤ ***Renforcement de la coordination et de collaboration TB/VIH***

- 4.3.9. Organiser un atelier résidentiel de 05 jours avec 15 personnes pour l'élaboration du plan conjoint TB/VIH ;
- 4.3.10. Organiser un atelier de 03 jours avec 30 personnes pour la validation du plan conjoint TB/VIH ;
- 4.3.11. Organiser une supervision conjointe TB/VIH trimestrielle de 10 jours ;
- 4.3.12. Organiser des réunions trimestrielles (une journée avec 20 personnes) du groupe thématique TB/VIH. .

4.4. Prise en charge des patients TB dans le système pénitentiaire

Les prisons qui sont des lieux de privation de liberté constituent un milieu favorable à l'éclosion de la tuberculose en raison des problèmes de promiscuité, de sous nutrition et des antécédents médicaux des détenus. La maladie peut être avec le pensionnaire de la prison avant son entrée, durant son séjour ou à sa sortie.

Ces différentes situations exigent des interventions spécifiques pour ce groupe à risque en vue de détecter précocement la maladie et sa mise sous traitement. Ainsi un cadre de collaboration formelle entre le PNLT et l'administration pénitentiaire sera mis en place pour établir des actions pertinentes visant à contrôler l'infection et à donner des traitements adéquats aux détenus tuberculeux. Des outils seront mis en place dans les prisons pour la prise en charge de la tuberculose ainsi que des formations et supervisons périodiques à l'endroit du personnel pénitentiaire.

- 4.4.1.** Organiser un atelier de 3 jours regroupant 20 participants pour l'élaboration du cadre de collaboration entre le PNLT et l'Administration pénitentiaire ;
- 4.4.2.** Organiser un atelier de (03) jours avec 22 personnes sur la validation du cadre de collaboration entre le PNLT avec l'administration pénitentiaire ;
- 4.4.3.** Accompagner 20 patients détenus/prisonniers ayant une TB et réaliser la recherche active des sujets contacts dans les prisons des 12DP ;
- 4.4.4.** Organiser par trimestre des supervisions de 10 personnes sur les aspects spécifiques de prise en charge de la TB dans les 12 maisons d'arrêts ;
- 4.4.5.** Organiser par trimestre des supervisions de 5 jours des aspects spécifiques de prise en charge de la tuberculose dans les MAC ;
- 4.4.6.** Organiser à Brazzaville une session de formation de 4 jours regroupant 12 volontaires secouristes et de 23 personnels de santé de 5 Maisons d'arrêt des départements cibles (Brazzaville, Pointe Noire, Niari, Likouala, Sangha) sur la prévention et la prise en charge de la TB en milieu carcéral ;
- 4.4.7.** Rendre disponible les médicaments ATB dans les 7 prisons du pays.

Objectif 5. Mettre sous traitement d'ici à 2027, 1970 cas de TB tuberculeuse pharmacorésistante avec un taux de succès d'au moins 90%

Pilier 1. Soins et prévention intégrés centrés sur le patient

Interventions

- Actualisation et diffusion des documents normatifs sur la TBPR
- Amélioration des capacités de prise en charge de la TBPR
- Traitement et soutien pour les patients TPR

En attendant la décentralisation du dépistage et du traitement, deux centres de prise en charge sont érigés à Brazzaville et à Pointe-Noire pour servir de lieu de référence. La prise en charge de la tuberculose résistante se fait en ambulatoire toutefois, une salle d'hospitalisation est aménagée au CHU de Brazzaville pour les formes compliquées.

En 2021, le pays a adopté les directives de l'OMS et les schémas actuels sont des protocoles utilisant totalement les formules orales. Pour atteindre 90% de succès thérapeutique d'ici 2027, un environnement favorable au traitement doit être mis en place dans un cadre de disponibilité permanente des médicaments et des mécanismes de soutien aux patients TBMR notamment dans le suivi biologique, le transport, la nutrition, le traitement des effets secondaires et séquelles..

5.1. Actualisation et diffusion des documents normatifs sur la tuberculose pharmacorésistante

Comme dans la tuberculose sensible et en vue de la décentralisation du traitement, il est nécessaire d'actualiser les guides et modules de formation TBMR conformément aux recommandations de l'OMS. Ces révisions seront suivies d'ateliers de validation, de duplication et de mise en place des référentiels dans les sites de prise en charge.

Activités

- 5.1.1.** Organiser un atelier d'élaboration du guide sur la tuberculose pharmacorésistante selon les nouvelles recommandations de l'OMS avec 20 participants pendant 3 jours ;
- 5.1.2.** Organiser un atelier de validation du guide de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante selon les nouvelles recommandations de l'OMS avec 30 participants pendant 3 jours ;
- 5.1.3.** Organiser un atelier résidentiel d'actualisation des guides et modules de formation sur la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante regroupant 20 participants pendant 3 jours ;
- 5.1.4.** Organiser un atelier de validation des guides et modules de formation sur la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante regroupant 30 participants pendant 3 jours ;
- 5.1.5.** Dupliquer le guide actualisé de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante (228 en année 2023, 92 en 2024, 94 en 2025, 94 en 2026 et 92 en 2027) ;
- 5.1.6.** Dupliquer le guide des formateurs actualisé sur la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante (30 exemplaires) .

5.2. Amélioration des capacités de prise en charge de la TB/PR

Tous les prestataires de soins doivent être formés sur les nouvelles directives qu'ils soient ou non dans les sites de prise en charge. Des pools de formateurs sont requis, capacités pour assurer les formations des prestataires. Ces préalables doivent être réalisés avant tout processus de décentralisation. Lors de l'installation d'un nouveau site, une mission de renforcement de capacités ira in situ pour accompagner les prestataires dans le démarrage. Les techniciens de laboratoire seront outillés pour le suivi des patients TBMR et pour l'utilisation des nouvelles technologies

Activités

- 5.2.1.** Organiser 2 sessions de formation des formateurs sur la TBPR à raison de 15 participants par session pendant 4 jours à Brazzaville et Pointe-Noire
- 5.2.2.** Organiser 30 sessions de formation des agents de santé sur la tuberculose pharmacorésistante à raison de 20 participants par session pendant 5 dans chacun des 12 départements (4 sessions en 2023, 8 sessions en 2024, 6 sessions en 2025, 6 sessions en 2026 et 6 sessions en 2027)
- 5.2.3.** Mener des missions de démarrage de nouveaux centres de traitement TBMR
- 5.2.4.** Organiser des sessions de formations/recyclage) des prestataires de laboratoire avec des nouvelles technologies (LPA, TB LAMP, Séquenceur)

5.3. Traitement et soutien pour les patients TB/PR

En sus des centres de prise en charge de Brazzaville et de Pointe-Noire qui disposaient de machines GeneXpert, d'autres sites seront érigés conformément au plan de décentralisation. Les protocoles thérapeutiques TB/PR en vigueur seront respectés et le soutien des patients TBMR va se poursuivre avec des appuis nutrition, transport, psychologique. Le PNLT veillera

à la disponibilité des médicaments de deuxième ligne, des tests de sensibilité de première et deuxième ligne ainsi qu'à la fonctionnalité du laboratoire pour la culture.

Activités

- 5.3.1.** Fournir des médicaments de deuxième ligne pour patients TBMR soit 300 en 2023, 347 en 2024, 394 en 2025, 441 en 2026 et 488 en 2027
- 5.3.2.** Assurer les tests de sensibilité de première, deuxième ligne et pour autres ATB
- 5.3.3.** Tenir des réunions trimestrielles du GTT TB/PR
- 5.3.4.** Assurer la prise en charge des frais de transport et de nourriture des 1970 patients TB/MR pendant la durée de leur traitement soit 300 en 2023, 347 en 2024, 394 en 2025, 441 en 2026 et 488 en 2027

But 3: Renforcer la gouvernance du programme national de lutte contre la tuberculose

Objectif 6. Augmenter la collaboration avec les communautés, la société civile, les secteurs ministériels et le secteur privé

Pilier 2. Politiques audacieuses et système de soutien

Interventions

- Implication du secteur privé et confessionnel dans les soins de la tuberculose
- Développement d'une approche communautaire efficace
- Participation intra et intersectorielle pour la lutte contre la tuberculose
- Développement de la collaboration avec les praticiens de la médecine traditionnelle

La lutte pour être efficace doit être élargie à la communauté, aux prestataires du secteur privé aux acteurs ministériels et autres parties prenantes. La synergie des actions de ces différentes entités pourra améliorer fortement la demande de soins. Aussi, le pays s'aligne également aux engagements de la déclaration politique de la réunion de haut niveau des nations unies sur la TB de septembre 2018 qui mettait l'accent sur l'action multisectorielle et l'augmentation des financements.

Activités

6.1. *Implication du secteur privé et confessionnel dans les soins de la tuberculose*

Le secteur privé à l'état actuel est impliqué dans la prise en charge de la tuberculose à travers 7 structures (les CTDO du Cabinet Maison médicale, CMS de Mayangui à Brazzaville, Association solidarité santé, CDT de Pokola, CDT de NGOMBE, le CDT au CMS de Sembé. Il est important d'établir une cartographie officielle des prestataires du secteur privé ainsi que des accords de collaboration pour l'application des normes, politiques et directives TB. Ces conventions aussi prendre en compte la notification obligatoire des cas et une remontée régulière des données de prise en charge.

Des ateliers de renforcement de capacités seront menés à l'endroit des prestataires du secteur privé pour les mises à jour thématiques dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. Des réunions de coordination et des missions de supervision seront organisées périodiquement pour aider le PNLT à mobiliser efficacement les prestataires de soins privés et à intégrer systématique des données dans le système national d'information.

Activités

- 6.1.1. Organiser une mission de cartographie des fournisseurs privés et types d'accords avec les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (accords public-privé) pendant 10 jours dans les axes : Axe PNR, Axe Sud : Niari, Bouenza et Lékoumou, Axe centre : Pool ;
- 6.1.2. Organiser 1 fois par trimestre pendant 2 jours des réunions de renforcement des capacités des organismes intermédiaires regroupant 30 personnes ;
- 6.1.3. Organiser les sessions de formation des 25 prestataires de services privés pendant 4 jours à la prestation de soins de qualité au long du continuum de soins, y compris à l'éthique médicale ;
- 6.1.4. Organiser 01 session de formation de 05 jours, animées par 02 facilitateurs, chaque année de 15 prestataires de 05 nouvelles structures privées et publiques sur la prise en charge de la tuberculose ;
- 6.1.5. Organiser des sessions d'émulation regroupant 30 personnes pendant 1 jour à raison d'1 fois par an pour la certification et accréditation des fournisseurs/établissements privés ;
- 6.1.6. Organiser trimestriellement 1 mission d'assurance qualité, supervision et suivi des prestataires privés, y compris la liaison avec les systèmes nationaux de gestion de l'information pour la santé à raison de 4 missions par année pendant 10 jours dans les axes (Axe PNR, Axe Sud : Niari, Bouenza et Lékoumou, Axe centre : Pool, Brazzaville et Plateaux et Axe Nord : Cuvette, Cuvette-ouest, Sangha et Likouala.

6.2. **Développement d'une approche communautaire efficace**

La prise en charge communautaire de la tuberculose est un aspect important du PNLT pour améliorer ses performances, mais aussi la prise en charge holistique du patient. Plusieurs activités dans ce sens ont été mises sur pieds au cours du PSN qui s'achève, toutefois, il faut souligner la faiblesse de l'organisation de la mise en œuvre communautaire et de la fonctionnalité des cadres de collaboration avec les ONGs

Au regard des défis, Il s'agira donc d'améliorer la structuration des interventions, de renforcer les capacités des ONGs et des communautés, de mettre en place des cadres de suivi et d'évaluation des performances et des motivations basées sur les résultats.

A cet effet la participation de la société civile va s'organiser à travers des ONGS dédiées. Ces ONGS vont travailler avec 300 relais pour un paquet de services communautaires qui comprend la mobilisation des populations clés dans la prévention, l'orientation des tousseurs chroniques., le transport des échantillons de crachats, la dispensation communautaire de la DOT, la relance des irréguliers, la recherche des perdus de vue, la recherche des contacts enfants, l'éducation thérapeutique et l'aide à l'observance jusqu'à la guérison d'au moins 90% des patients diagnostiqués

➤ **Renforcement du cadre de collaboration avec les ONGs**

Les ONGs auront pour challenge de contribuer à la réduction de la charge de morbidité et de mortalité liées à la TB d'ici 2027, en encadrant l'implication des communautés. Des conventions spécifiques sur les programmes communautaires seront signées entre le PNLT/MS et les ONGs. Les conventions vont prendre en compte les engagements et obligations des différentes parties prenantes, mais surtout les cibles et les résultats attendus dans le cadre du paquet d'interventions. Des cadres de suivi de la performance seront instaurés au niveau national et des Fosas pour évaluer régulièrement les résultats. En outre, des missions de supervision seront menées pour le suivi des activités de terrain et la qualité des données transmises par les ONGs.

Activités

- 6.2.1.** Renforcer la collaboration entre le PNLT et les ONG locales intervenant communautés
- 6.2.2.** Organiser un atelier de 03 jours d'élaboration d'un cadre de collaboration entre le PNLT et la société civile (OBC, ONG...) dans les activités de lutte contre la tuberculose
- 6.2.3.** Organiser une (01) réunion semestrielle au niveau national pour analyser les données générées par la surveillance à base communautaire, et faire un plaidoyer sur les actions programmatiques (UCPP, PNLT, PNLS, DDSSSa, DS/EC, Médecins chef et ONG)
- 6.2.4.** Organiser un atelier résidentiel de formation de 05 jours les responsables des ONG locales des 12 départements sur la gestion des projets, suivi-évaluation, leadership, plaidoyer et mobilisation sociale
- 6.2.5.** Organiser semestriellement une mission de supervision et de suivi de la qualité des données transmises par les ONG de 03 jours
- 6.2.6.** Acquérir 05 ordinateurs de bureau, 02 imprimantes, 02 vidéos projecteurs pour 02 ONGs qui travaillent avec le PNLT en 2024

➤ *Elaboration d'un référentiel efficace pour l'approche communautaire*

L'implication de la communauté dans la lutte contre la tuberculose a été identifiée comme étant un levier efficace pour activer la connaissance et le suivi de la maladie. La prise en charge communautaire de la TB développée en collaboration avec le PNLT sera étendue dans les 52 districts sanitaires. Le paquet communautaire prendra en compte tous les aspects de la maladie pour faire face à la demande d'informations de la population. Les organisations communautaires impliquées seront augmentées en nombre et soutenues pour couvrir l'ensemble du territoire.

- 6.2.7.** Organiser 01 session résidentielle de formation des 24 formateurs sur le référentiel communautaire pendant 04 jours ;
- 6.2.8.** Organiser 01 session de formation des membres des équipes cadres des districts sanitaires sur le référentiel communautaire pendant 03 jours dans chacune des 04 pôles (14 participants pour le pôle d'Owando, 38 participants pour le pôle de Brazzaville, 20 participants pour le pôle de Pointe Noire et 22 participants pour le pôle de Dolisie) ;
- 6.2.9.** Dupliquer et distribuer 100 exemplaires du référentiel communautaire ;
- 6.2.10.** Organiser avec l'appui de 1 cadre du niveau central 1 réunion annuelle regroupant 20 participants par département pour une durée de 02 jours pour le plaidoyer sur l'implication communautaire.

➤ *Renforcement de l'application du TDO Communautaire*

Les patients atteints de la tuberculose peuvent être confrontés à de nombreux obstacles lorsqu'ils cherchent des soins auprès des établissements sanitaires. En dehors de l'accès financier, les résidences sont parfois loin des structures de soins. Conscients de ces obstacles, le PNLT a mis en place un programme de soins et de traitement à base communautaire. Grâce à cette l'approche de Traitement directement observé communautaire, les relais sont en mesure de dispenser le traitement de la tuberculose, d'apporter un soutien aux patients et de sensibiliser les membres des ménages sur la maladie.

Ce TDO communautaire va être revu pour mieux l'adapter aux défis locaux. Ainsi le guide et les fiches d'informations seront révisés et les agents communautaires recyclés pour mieux faire face à la demande d'informations dans le cadre des VADS. Le PNLT apportera un soutien financier pour l'achat de crédits communication aux 500 relais communautaires et aux 300 agents de santé des CDTs. Ces efforts devront permettre de mieux contrôler l'infection au sein de l'entourage du patient grâce un dépistage et un traitement précoce de la maladie.

Activités

- 6.2.11.** Organiser un atelier de 5 jours en résidentiel avec 20 participants sur la révision et la validation du guide en DOT communautaire en 2023 ;
- 6.2.12.** Organiser 1 fois par trimestre un atelier de formation de 4 jours en résidentiel avec 30 participants sur le guide de formation en DOT communautaire en 2024 ;
- 6.2.13.** Organiser 1 fois par trimestre un atelier de recyclage de 5 jours en résidentiel avec 30 participants sur le guide de formation en DOT communautaire en 2026 ;
- 6.2.14.** Doter aux communautaires pour les visites à domicile 1500 fiches de collecte d'information ;
- 6.2.15.** Dupliquer par an 1500 fiches de collecte d'information pour les visites à domicile ;
- 6.2.16.** Organiser 3 VAD par semaine (2 malades /visite) avec 100 agents communautaires pour identifier les patients TB en 2024, et 1 fois par trimestre en 2025,2026 et 2027 ;
- 6.2.17.** Assurer les frais de transport à 500 agents communautaires pour réaliser 5000 visites à domicile pour le suivi psychologique des patients souffrants de la tuberculose de 2023 à 2027 ;
- 6.2.18.** Doter les crédits de communications à 300 agents de santé des CDT des FOSA de 52 DS et aux 500 agents communautaires pour le suivi des malades souffrants de la tuberculose.

➤ ***Renforcement des capacités des agents communautaires en Communication pour le Changement de Comportement dans l'observance du traitement***

Les agents de santé communautaire seront formés sur la prise en charge communautaire à travers une série d'ateliers intéressant les cinq pôles. Il s'agira de référer les cas pour le dépistage, de fournir aux malades toutes les informations liées à la maladie pour favoriser l'observance du traitement et les examens de suivi. L'effet recherché est aussi d'accompagner les patients jusqu'au succès du traitement, de faire la relance des irréguliers, de mener la recherche des perdus de vue et de faciliter la découverte des contacts dans le cadre de la prévention contre la tuberculose. Les relais seront bien outillés en supports de communication (dépliants, affiches, affichettes, boîtes à image,) coachés et dotés de primes de motivation trimestrielle. Le renforcement du volet communication dans le paquet de services communautaires va améliorer les connaissances des communautés sur la tuberculose tout en favorisant le changement de comportement.

Activités

- 6.2.19.** Organiser 3 sessions de 5 jours en résidentiel de la formation des formateurs des agents communautaires sur la PEC communautaire de la TB sensible dans les 05 pôles : Pôle BZV : BVZ- Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékomou et le Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari en 2024 ;
- 6.2.20.** Organiser 3 sessions de formation de 5 jours en présentiel de 200 agents communautaires sur la PEC de la TB sensible dans les FOSA des 52 districts sanitaires en année 2024 ;
- 6.2.21.** Dupliquer 1500 outils de communication (dépliants, affiches, affichettes, boîtes à image) et les doter aux CDT des FOSA des 52 districts sanitaires en 2024 ;
- 6.2.22.** Organiser 2400 séances des causeries de la PEC de la tuberculose auprès des malades dans les CDT des FOSA des 52 districts sanitaires par les agents communautaires de 2023 à 2027 ;
- 6.2.23.** Équiper les agents communautaires avec les outils de travail (fiches de VAD, de recherche de PDV, de sensibilisation, etc...) pour effectuer des visites à domicile et accompagner les patients sous traitement ;

- 6.2.24.** Assurer le coaching des agents communautaires dans tous les centres de prise en charge de la TB, en octroyant un forfait trimestriel de 25.000 F CFA par relais lead ;
- 6.2.25.** Assurer trimestriellement une prime de 15 000 F, basées sur la performance de 02 agents de santé bénévoles évoluant dans les FOSA et impliqués dans la prise en charge de la tuberculose ;
- 6.2.26.** Assurer les frais de communication pour appeler les malades perdus de vue (114 CDT en 2024, 207 en 2025, 254 CDT en 2026, 300 CDT en 2027) ;
- 6.2.27.** Assurer l'acheminement des prélèvements collectés dans les prisons vers les laboratoires des CDT et CAT les plus proches (1 transport par semaine pour les 07 maisons d'arrêt).

6.3. *Participation intra et intersectorielle pour la lutte contre la tuberculose*

Cette approche multisectorielle va utiliser toutes les plateformes existantes du ministère de la santé y comprises celle du RSS et maladies transmissibles tout en encourageant la mutualisation des ressources avec le programme VIH. Certains ministères vont être intégrés dans la lutte par des activités annuelles de formation et de sensibilisation comme l'éducation nationale, l'enseignement supérieur, le ministère des femmes, ministère de la jeunesse, finances. Cette collaboration multisectorielle va élargir la communication sur la maladie sur les objectifs pays, les aspects préventifs et les modalités de prise en charge dans les établissements de soins.

Activités

- 6.3.1.** Organiser des ateliers de plaidoyer avec l'éducation nationale pour une meilleure prise en compte de la TB dans l'enseignement élémentaire ;
- 6.3.2.** Organiser des ateliers de plaidoyer pour intégrer la TB dans les activités citoyennes ;
- 6.3.3.** Organiser un atelier de plaidoyer avec le Ministère des Finances pour l'amélioration du financement de la TB ;
- 6.3.4.** Favoriser l'intégration des services SR, VIH, HP, Diabète .

6.4. *Développement de la collaboration avec les praticiens de la médecine traditionnelle*

La médecine traditionnelle va intégrer le dispositif de lutte contre la tuberculose à travers la référence des présumes cas de TB. Pour cela, les grandes organisations de médecine traditionnelle vont être identifiées et les membres recensés pour une formation sur la maladie tuberculose. L'accent sera mis dans les zones à forte concentration de tradipraticiens. IL convient de signaler que la maîtrise des acteurs de la médecine traditionnelle peut améliorer la recherche de cas manquants.

Activités

- 6.4.1.** Organiser 01 atelier de plaidoyer par an regroupant chacun 15 tradipraticiens en collaboration avec le service gérant la médecine traditionnelle au ministère ;
- 6.4.2.** Mettre en place chaque année des fiches de références dans les lieux de prestations de médecine traditionnelle (100) ;
- 6.4.3.** Organiser une supervision semestrielle des prestataires de médecine traditionnelle dans leurs lieux d'exercice ;
- 6.4.4.** Instaurer une réunion annuelle bilan avec les responsables de médecine traditionnelle.

Objectif 7 . 100% des patients sous traitement antituberculeux ne rencontrent aucun obstacle lié aux droits humains et au genre

Pilier 2 .Politiques audacieuses et système de soutien Interventions

- Conduite d'une évaluation CRG
- Implication de femmes dans la lutte contre la TB
- Lutte contre la stigmatisation/discrimination et promotion de l'équité

7.1. Conduite d'une évaluation CRG

La promotion et la protection des droits de l'homme et l'équité de genre des personnes affectées par la tuberculose et le VIH constituent un impératif juridique, éthique, moral et revêtent une importance cruciale pour l'efficacité de la réponse à l'épidémie et le soulagement de la souffrance des personnes et des communautés affectées. Toutes les personnes - hommes, garçons, femmes, filles et minorités de genre devraient bénéficier de services de soins et de soutien antituberculeux disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité, exempts de discrimination et de stigmatisation. Etant donné qu'il n'existe pas d'étude actuellement disponible au Congo pour éclairer les interventions visant à réduire les barrières d'accès aux services de prévention, soins et soutien de la TB, il peut s'avérer important de conduire une évaluation CRG (Communauté, Genre et droit humain) pour identifier les obstacles et insuffisances aux droits des personnes vulnérables dans la réponse nationale.

Activités

- 7.1.1. Conduire une évaluation CRG (Communauté, Genre et droit humain)
- 7.1.2. Rechercher un financement pour une évaluation CRG

7.2. Implication de femmes dans la lutte contre la TB

L'implication des femmes dans les activités TB pourrait améliorer la lutte car elles sont souvent des vecteurs dynamiques de message dans les ménages et communautés. En outre il est important d'organiser des plaidoyers à l'endroit des femmes leaders (entreprises, parlement, collectivités locales) pour favoriser la prise en compte de la TB dans la politique de partenariat et de financement. A l'intérieur des DS, il s'avère aussi important d'intégrer la TB dans les services de santé maternelle et infantile pour mieux prendre en compte la maladie chez la femmes en âge de procréer

Activités

- 7.2.1. Soutenir la mise en place et le fonctionnement d'un réseau des femmes survivants de la tuberculose ;
- 7.2.2. Mobiliser les femmes dirigeantes pour un dialogue et échange sur les questions clés de la tuberculose ;

Favoriser l'intégration de la tuberculose dans les programmes de la santé maternelle et infantile.

7.3. Lutte contre la stigmatisation/discrimination et promotion de l'équité

La lutte contre la stigmatisation va passer par le levier communicationnel pour faire passer les messages. Les pesanteurs socioculturelles dont la stigmatisation, qui entravent la

détection et le traitement vont être ciblés pour réduire les obstacles et les barrières liés à la maladie. Les professionnels des médias publics (TV, radios,), des radios communautaires et des réseaux sociaux vont être capacités sur les aspects de la maladie liés à la stigmatisation. Il s'en suivra la planification et la production de messages qui seront diffusés pour une large écoute.

Activités

- 7.3.1.** Produire et diffuser 2 sketchs en langues nationales sur la stigmatisation la promotion de l'équité 48 fois/an (soit 4 passages par mois) au niveau de la télévision nationale et une chaîne de télévision privée de 2024 à 2027. 2024 à 2027 ;
- 7.3.2.** Organiser trois sessions de formation de 5 jours regroupant 20 professionnels des médias sur la stigmatisation/discrimination et la promotion de l'équité dans les 12 départements de 2024 à 2026 ;
- 7.3.3.** Produire et diffuser 16 émissions (à raison d'1 émission par trimestre) télévisées de 30 minutes dans 2 chaînes de télévisions sur la lutte contre la stigmatisation/discrimination et la promotion de l'équité en lien avec la coïnfection TB/VIH de 2024 à 2027 ;
- 7.3.4.** Produire et diffuser 16 émissions (à raison d'1 émission par trimestre) à la radio de 30 minutes dans 12 chaînes de radio nationale privées et communautaires sur la lutte contre la stigmatisation/discrimination et la promotion de l'équité en lien avec la coïnfection TB/VIH de 2024 à 2027 ;
- 7.3.5.** Concevoir les outils de communication:(affiches (150/an), affichettes (150/an), dépliants (3000/an), boîtes à images (150/an)) sur la stigmatisation, la discrimination et la promotion de l'équité de 2024 à 2027 ;
- 7.3.6.** Diffuser les outils de communication: d'affiches (150/an), affichettes (150/an), dépliants (3000/an), boîtes à images (150/an)) sur la stigmatisation, la discrimination et la promotion de l'équité de 2024 à 2027 ;
- 7.3.7.** Organiser deux sessions de formation de 5 jours en résidentiel de 15 professionnels des médias des réseaux sociaux sur la stigmatisation/discrimination et la promotion de l'équité dans les 12 départements en 2024 et en 2026 ;
- 7.3.8.** Organiser une enquête STIGMA avec l'appui d'un consultant international en 2025.

Objectif 8 : Assurer des mesures de protection sociale aux patients sous traitement antituberculeux

Pilier 2. Politiques audacieuses et système de soutien

Interventions

- Mise en place d'un soutien nutritionnel et social aux patients TB
- Prise en charge des séquelles en collaboration avec les services sociaux des FOSA et les circonscriptions d'Actions Sociales

8.1. *Mise en place d'un soutien nutritionnel et social aux patients TB et TBMR*

Il est à signaler la gratuité des médicaments et du dépistage (BAAR) mais des efforts devront être faits pour réduire les dépenses faites par les patients pour se soigner dans les centres tuberculeux. En effet, les malades ayant une tuberculose sensible et dénutris ne possèdent pas un appui alimentaire et transport comme c'est le cas pour la tuberculose pharmaco résistante (TB-PR). Ainsi, le PNLT va élargir les appuis nutritionnels et transport aux patients tuberculeux ayant des conditions sociales et économiques difficiles en mettant en place des critères d'éligibilité. Tous les patients TBMR continueront de disposer des soutiens traditionnels .

Activités

- 8.1.1. Assurer le maintien de la gratuité du dépistage et du traitement pour tous les patients atteints de tuberculose ;
- 8.1.2. Assurer la gratuité du bilan pré-thérapeutique et du bilan de suivi pour tous les patients souffrant de tuberculose dans tous les sites de prise en charge ;
- 8.1.3. Apporter un appui nutritionnel aux 840 patients tuberculeux vulnérables en 2024, 915 en 2025, 991 en 2026 et 1068 en 2027) ;
- 8.1.4. Subventionner les frais de transport des 840 patients tuberculeux vulnérables en 2024, 915 en 2025, 991 en 2026 et 1068 en 2027) ;
- 8.1.5. Faire un plaidoyer auprès du PAM et d'autres donateurs pour un soutien nutritionnel aux malades tuberculeux très vulnérables (indice de masse corporelle inférieur à 18,5 Kg/m²) ;
- 8.1.6. Faire un plaidoyer auprès des structures privées pour leur implication financière dans la lutte contre la tuberculose (de l'an 1 à l'an 5).

8.2. Prise en charge des séquelles en collaboration avec les services sociaux des FOSA et les circonscriptions d'Actions Sociales

Les médicaments de deuxième ligne sont pourvoyeurs d'effets secondaires qui peuvent aller de manifestations majeures aux manifestations graves, aux hospitalisations prolongées, invalidés et décès. A cet effet, le PNLT prévoit en collaboration avec les services sociaux des FOSAS et les circonscriptions d'Actions Sociales de mettre des outils de prise en charge des séquelles et d'appuyer les patients. Ce référentiel sera élaboré avec l'appui d'un consultant international et partagera les mécanismes de prise en charge des séquelles liées au traitement en général et à la TBMR en particulier.

Activités

- 8.2.1. Organiser une réunion d'1 jour pour mettre en place une collaboration entre le PNLT et la direction générale des affaires sociales en 2023 en présentiel
- 8.2.2. Organiser un atelier de 5 jours en résidentiel regroupant 30 personnes pour l'élaboration du guide/outils de prise en charge des séquelles liées à la tuberculose avec l'appui d'un consultant international en 2024.
- 8.2.3. Organiser une réunion de validation du guide/outils de la prise en charge des séquelles liées à la tuberculose de 3 jours en présentiel regroupant 45 personnes en 2024.
- 8.2.4. Assurer la prise en charge financière de 150 malades souffrant des séquelles liées à la tuberculose en 2025.
- 8.2.5. Dupliquer 350 exemplaires le guide/outils de la prise en charge des séquelles liées à la tuberculose en 2024.
- 8.2.6. Vulgariser en 350 exemplaires le guide/outils de la prise en charge des séquelles liées à la tuberculose en 2024

Objectif 9. 100% des centres de dépistage et de traitement de la tuberculose ne connaissent pas de rupture de stock de médicaments et intrants TB dans l'année

Pilier 2 Politiques audacieuses et système de soutien Interventions

- Disponibilité permanente des médicaments et intrants de laboratoire ATB
- Amélioration du suivi des stocks à tous les niveaux

La gestion et approvisionnement en stocks de médicaments au Congo est effective et organisée selon un circuit bien défini du niveau central au niveau périphérique. Les molécules utilisées dans le traitement de la TB sont reconnues par le système national d'approvisionnement en médicaments de la CAMEPS et les fournisseurs sont pré-qualifiés par l'OMS. Le processus d'achat, de commande, de stockage et de distribution se fait dans un cadre de concertation avec les parties prenantes que sont le PNLT, la CAMEPS et les autres secteurs.

9.1. Disponibilité permanente des médicaments et intrants de laboratoire ATB

L'état contribue à l'achat des médicaments de première ligne à des hauteurs variables (2021 30%) et (2022 40% non endossés).IDA est le partenaire du gouvernement pour la disponibilité des médicaments et intrants. La priorité sera de sécuriser le financement des produits TB et d'entretenir des mécanismes GAS solides pour assurer la disponibilité des médicaments.

Activités

- 9.1.1. Acquerir les médicaments de première ligne pour 16803 patients atteints de la TB pharmacosensible en 2024, 18309 patients en 2025, 19815 patients en 2026 et 21368 patients en 2027 ;
- 9.1.2. Acquérir les médicaments de deuxième ligne pour 347 patients atteints de la TB pharmacorésistante en 2024, 394 patients en 2025, 441 patients en 2026 et 488 patients en 2027 ;
- 9.1.3. Acquérir les médicaments des effets indésirables pour les patients atteints de la TB pharmacorésistante y compris 10% de la pyridoxine pour les patients atteints de la tuberculose pharmaco sensible ;
- 9.1.4. Acquérir les médicaments pour la prévention chez les enfants de 15 ans: 2016 en 2024, 2563 en 2025, 2972 en 2026 et 3205 en 2027.

9.2. Amélioration du suivi des stocks à tous les niveaux

Le système des Nations Unies fournit un appui logistique supplémentaire à la CAMEPS pour le transport des médicaments antituberculeux vers les départements enclavés. Les problèmes de gestion des stocks et d'outils de collecte observés dans les CDTs seront pris en compte pour un accès à des médicaments de qualité. En attendant, la CAMEPS envisage de passer à l'utilisation de Cloud à partir de 2023 afin de connaître à temps réel la situation de stock national

Pour améliorer la gestion des médicaments au niveau périphérique, des formations seront organisées à l'endroit du personnel et les outils de gestion mis en place avec un système d'archivage adéquat. Un pharmacien sera recruté pour encadrer les stocks et veiller à ce qu'il n'ait pas de rupture dans les centres et sites de soins TB. Des missions de supervision seront menées à tous les niveaux par la task force GAS qui mettra l'accent sur l'amélioration de la gestion des stocks et la disponibilité permanente des médicaments.

Activités

- 9.2.1. Organiser 1 réunion trimestrielle de la Taskforce sur le suivi de la gestion des achats et des stocks de 2023 à 2027
- 9.2.2. Organiser 01 atelier de 3 jours regroupant 20 personnes en résidentiel pour élaborer le cadre de collaboration entre le PNLT, la CAMEPS et autres secteurs dans la gestion des intrants en 2023.
- 9.2.3. Organiser une supervision trimestrielle du niveau central vers le niveau départemental de 2023 à 2027
- 9.2.4. Organiser 01 supervision trimestrielle du niveau départemental vers le niveau du district sanitaire 2023 à 2027
- 9.2.5. Recruter un pharmacien GAS au niveau du PNLT

- 9.2.6. Organiser 01 supervision mensuelle du niveau district sanitaire vers les formations sanitaires 2023 à 2027
- 9.2.7. Organiser 01 atelier résidentiel de 5 jours regroupant 15 personnes sur la gestion informatique des produits de santé en 2024
- 9.2.8. Organiser 01 atelier de 5 jours regroupant 15 personnes en résidentiel pour élaborer les outils de gestion et de collecte des données en 2024.

Objectif 10: Améliorer les capacités de gestion du PNLT

Pilier 2. Politiques audacieuses et système de soutien

Pilier 3. Intensification de la recherche de l'innovation

Interventions

- Mobilisation des ressources et engagement politique pour la lutte ATB
- Régularisation et mise en marche du dispositif du LNR
- Renforcement du personnel du PNLT
- Fourniture d'une assistance technique nationale et internationale
- Appui au fonctionnement du PNLT
- Réhabilitation et rénovation des locaux du PNLT
- Mise en place d'organes et de mécanismes efficaces de suivi évaluation
- Développement de la recherche et de l'innovation

10. Mobilisation des ressources et engagement politique pour la lutte TB

L'engagement politique du Congo dans la lutte contre la tuberculose est affirmé à travers la mise en place d'un Programme national qui bénéficie des textes réglementaires, d'une allocation budgétaire, de l'affectation de ressources humaines, ainsi que d'un accompagnement infrastructurel, en équipements et en matériels.

Une subvention du Fonds mondial est en cours de mise en œuvre jusqu'en 2023 pour renforcer les efforts de l'État en faveur de la lutte contre la Tuberculose et la coïnfection TB-VIH. Les partenaires au développement appuient la lutte mais les ressources ne sont pas à la hauteur des défis programmatiques. Fort de cette situation, il s'avère nécessaire dans ce PSN, de mobiliser d'autres ressources additionnelles au niveau de l'Etat, du secteur privé et d'autres partenaires bi-multilatéraux. La présidence des assises du PNLT par la plus haute autorité du pays pourrait contribuer à promouvoir le financement de la lutte.

Activités

- 10.1.1.** Organiser des assises nationales de la tuberculose sous le haut patronage du Président de la république ;
- 10.1.2.** Faire un plaidoyer auprès des organisations du patronat congolais pour le financement de la lutte contre la tuberculose ;
- 10.1.3.** Faire un plaidoyer auprès des structures privées pour leur implication financière dans la lutte contre la tuberculose (de l'an 1 à l'an 5) ;
- 10.1.4.** Organiser annuellement une réunion de mobilisation des ressources additionnelles pour la lutte contre la TB ;
- 10.1.5.** S'assurer annuellement de l'inscription d'une ligne pour la lutte contre la tuberculose dans le budget alloué au secteur santé ;
- 10.1.6.** Faire un plaidoyer auprès des organisations internationales pour financer la lutte contre la tuberculose ;
- 10.1.7.** Développer une stratégie de mobilisation de ressource avec l'appui d'un expert.

10.2. Régularisation et mise en marche du dispositif du LNR

Le laboratoire national de référence pour les tests de sensibilité et la culture construit par l'Etat mais non fonctionnel en raison d'un problème de statut sera soumis à la régularisation administrative et juridique. Il faut noter aussi que la vétusté des locaux, l'absence de sécurité et les problèmes d'eau courante seront pris en compte dans ce nouveau PSN. Le dispositif sera opérationnel avec le recrutement de techniciens, le relèvement du plateau technique, la construction d'un incinérateur pour la gestion des déchets biomédicaux, l'adduction d'eau au LNR et l'instauration d'une politique de maintenance appropriée et spécifique.

Activités

- 10.2.1.** Organiser 01 réunion d'un jour en présentiel regroupant 20 participants venant du MSP, PNLT, DTS, OMS en 2023 pour discuter du statut juridique du LNR
- 10.2.2.** Organiser 01 atelier résidentiel de 5 jours pour l'élaboration des statuts du LNR regroupant 15 personnes (MSP, PNLT, DTS, ONG) en 2023
- 10.2.3.** Organiser 01 atelier de validation du statut du LNR d'un jour en présentiel regroupant 25 personnes en 2023
- 10.2.4.** Organiser 01 cérémonie officielle d'un jour du lancement des activités du LNR regroupant 100 personnes/invités
- 10.2.5.** Recruter 10 techniciens de laboratoire au LNR en fonction des besoins en 2023
- 10.2.6.** Assurer l'acquisition des 411 intrants et équipements du LNR et 5 outils informatiques en 2023
- 10.2.7.** Assurer l'installation de l'équipement du LNR (matériel technique et outils informatiques) en 2023
- 10.2.8.** Renforcer les capacités une fois par an de 10 techniciens du LNR sur la maintenance de l'équipement pendant son installation , 2 en année 2023, 2 en 2024, 2 année 2025, 2 en année 2026 et 2 en année 2027
- 10.2.9.** Construire 01 incinérateur pour la gestion des déchets biomédicaux et faire l'adduction d'eau au LNR en 2023

10.3. Réhabilitation du PNLT et des 14 sites à grande cohorte

Tous les locaux vétustes du PNLT et les 14 sites à grande cohorte seront réhabilités pour mieux prendre en compte le nouvel environnement sanitaire, l'importance des files actives et les mesures de contrôle de l'infection. Des travaux d'extension seront menés dans la direction pour améliorer les conditions de travail. En sus de la réhabilitation, toutes les structures réhabilitées seront équipées convenablement.

- 10.3.1.** Réaliser les travaux d'extension des locaux de la direction du PNLT ;
- 10.3.2.** Equiper en mobilier la direction du PNLT ;
- 10.3.3.** Réaliser un état des lieux l'état fonctionnel des sites à grande cohorte ;
- 10.3.4.** Réaliser les travaux de réhabilitation des sites à grande cohorte.

10.4. Renforcement du personnel du PNLT

Le renforcement des personnels du PNLT est un élément fondamental pour le développement et la mise en œuvre des interventions et activités du programme. Il est important d'identifier les besoins en personnels, de recruter les profils manquants, d'organiser la participation de l'unité centrale aux cours et conférences internationaux pour améliorer leurs capacités et leur rendement. Les besoins en personnels et en renforcement de capacités concernent aussi le niveau périphérique notamment les CDTs, les laboratoires les structures communautaires. Des primes basées sur la performance ou sur le risque TBMR seront octroyées aux agents remplissant les critères définis.

Activités

- 10.4.1. Recruter les ressources humaines additionnelles pour la direction du programme national de lutte contre la tuberculose afin de combler tous les postes vacants de l'organigramme
- 10.4.2. Rendre disponible une description systématique des postes élaborés
- 10.4.3. Affecter des ressources humaines additionnelles dans les services de prise en charge de la tuberculose
- 10.4.4. Recruter 100 médiateurs communautaires évoluant dans les centres de dépistage et de traitement de la tuberculose 2023-2027
- 10.4.5. Recruter 05 chauffeurs au PNLT
- 10.4.6. Assurer la gratuité du diagnostic de la tuberculose chez les agents de santé travaillant dans les services de diagnostic et du traitement de la tuberculose annuellement
- 10.4.7. Assurer la participation du PNLT aux cours internationaux sur la tuberculose
- 10.4.8. Assurer la participation du PNLT aux conférences régionales et mondiales sur la tuberculose
- 10.4.9. Accorder une prime de risque à tous les agents de santé impliqués dans la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante à raison de 4 personnes par service
- 10.4.10. Assurer les frais de formation de 05 cadres de la direction du PNLT dans les écoles ou facultés en Afrique ou en Europe dans le cadre de la gestion de la politique de gratuité

10.5. Fourniture d'une assistance technique nationale et internationale

L'assistance technique sera sollicitée pour le laboratoire, la révision et l'élaboration des référentiels techniques, les demandes de financement, la revue externe du PSN, le PSN, les missions rGLC, les enquêtes ou études. Le financement des assistances techniques sera assuré par l'OMS, le FM, Expertise France, IDA et autres bailleurs internationaux. Les équipes techniques du PNLT vont participer aux missions d'assistance technique qui constituent une grande opportunité de renforcement de connaissances techniques et de partages d'expériences.

Activités

- 10.5.1. Recruter un assistant technique national chargé de programme à longue durée 2024-2027 ;
- 10.5.2. Solliciter une assistance technique internationale pour le renforcement des capacités du PNLT et du LNR en 2024 et 2025 ;
- 10.5.3. Solliciter une assistance technique internationale pour la revue du PSN et PSN en 2026 ;
- 10.5.4. Solliciter une assistance technique internationale pour les missions rGLC en 2024, 2025, 2026 et 2027 ;
- 10.5.5. Solliciter une assistance technique pour l'élaboration ou la révision de référentiels techniques nationaux ;
- 10.5.6. Rédiger un manuel de procédures de gestion administrative et financière avec l'appui d'un consultant national ;
- 10.5.7. Solliciter une assistance technique pour la mobilisation des ressources.

10.6. Appui au fonctionnement du PNLT

L'appui au fonctionnement sera surtout axé sur la logistique avec l'octroi d'ordinateurs, de portables et de connexion internet aux prestataires de première ligne et aux responsables des départements du PNLT. La direction aura aussi besoin de renforcer sa logistique roulante à

travers l'achat de véhicules de supervision du niveau central vers le niveau intermédiaire et périphérique. Dans la même dynamique, les communautaires seront dotés de motos pour le suivi et l'accompagnement des malades tuberculeux.

Les nouvelles technologies de communication également, donneront une opportunité de créer un groupe de contact permanent entre responsables du PNLT, CDTs, Point focaux TB pour la diffusion d'informations stratégiques et lever rapidement les contraintes identifiées lors de la mise en œuvre des interventions

Activités

- 10.6.1. Acquérir 5 véhicules 4X4 pour les missions de supervision du niveau central vers le niveau intermédiaire et périphériques ;
- 10.6.2. Acquérir des 52 motos (01 moto/district sanitaire) pour les agents communautaires lead dans chaque district sanitaire pour le suivi et d'accompagnement des malades tuberculeux ;
- 10.6.3. 12.6.2. Acquérir 25 ordinateurs portables dont 10 en 2023 et 15 en 2024 pour les cadres de la direction du programme et 05 pour les gestionnaires de données dans les sites à haut volume de la tuberculose. ;
- 10.6.4. Acquérir un logiciel Tom pro de gestion comptable et financière au PNL ;
- 10.6.5. Acquérir des kits de connexion internet pour les chefs de département de la direction du PNLT et les sites à grande cohorte ;
- 10.6.6. Acquérir 02 imprimantes de type Canon IR2520 en 2024 pour la direction du PNLT ;
- 10.6.7. Doter les CDTs en téléphone portable ;
- 10.6.8. 12.6.7. Acquérir 80 téléphones en 2023,34 en 2024, 46 en 2025, 47 en 2026 et 47 en 2027 ;
- 10.6.9. Payer les frais de connexion internet pour la direction du PNLT et les sites à grande Cohorte
- 10.6.10. Payer un forfait mensuel de crédit de communication au personnel du PNLT et des sites de prise en charge ;
- 10.6.11. Acquérir des consommables de bureau pour la direction du PNLT
- 10.6.12. Créer un GFU entre les sites de prise en charge, les points focaux TB des départements, les points focaux TB des districts sanitaires et les sites de prise en charge de la tuberculose

10.7. Mise en place d'organes et de mécanismes efficaces de suivi évaluation

Il est important de mettre à la disposition du PNLT les moyens techniques et financiers qui lui permettent d'atteindre des niveaux de performances optimales dans le suivi évaluation. En effet, ce volet suivi-évaluation reste une thématique cruciale pour le PNLT tant dans l'enregistrement, la qualité des données collectées que dans la validation pour orienter les stratégies et décisions nationales. Des directives seront élaborées, les outils de gestion révisés et mis en place dans les différents points de prestation et de suivi de la tuberculose. Les équipements informatiques seront renforcés et les prestataires formés pour l'application du système numérique y compris le DHIS2/tracer.

➤ *Elaboration de directives et outils de gestion du système de suivi évaluation*

La revue a montré qu'il est important de réviser, distribuer et recycler le personnel médical sur les outils du PNLT. La validation des directives nationales et des outils numériques TB va constituer un pas important des efforts réalisés dans le système de suivi évaluation. Il en est de même de l'actualisation des outils de collecte des données TB, du guide de supervision, de l'élaboration des outils de collecte et de suivi de données des populations vulnérables.

- 10.7.1. Organiser 01 atelier de 05 jours en résidentiel regroupant 15 personnes sur l'élaboration des directives nationale sur le système de gestion et du suivi des données numérique de la TB ;
- 10.7.2. Organiser 01 atelier de 05 jours à Brazzaville regroupant 30 personnes sur la validation des directives nationales de systèmes des gestions et suivi des données numérique et des outils de collecte des données supports durs ;
- 10.7.3. Organiser 01 atelier de 03 jours en résidentiel regroupant 20 personnes sur l'actualisation des outils de collecte des données TB ;
- 10.7.4. Organiser un atelier en résidentiel de 04 jours avec 104 (Médecins-chefs des districts sanitaires et chargé actions sanitaires) sur l'actualisation des registres d'enregistrement des cas présumés de TB ;
- 10.7.5. Organiser un atelier de 03 jours en résidentiel avec 15 personnes sur l'actualisation du guide de supervision incluant la vérification de la qualité des données du niveau Central vers les DDSSSa, des DDSSSa vers les DS et les DS vers les CDT;
- 10.7.6. Dupliquer et distribuer 64 guides de supervision du niveau Central vers les DDSSSa vers les DS et des DS vers les CDT ;
- 10.7.7. Organiser 01 atelier 05 jours en résidentiel regroupant 15 personnes sur l'élaboration des outils numériques de collecte/gestion et suivi de données des populations vulnérable, (les PVVIH, les jeunes et adolescents, les Autochtones, les Détenus, les réfugiés les sujets contact TPBC/TBPR, et les malades du diabète année 2024.

➤ ***Surveillance et renforcement de la qualité des données***

Des décisions non appropriées peuvent être établies si les données TB sont incomplètes, non cohérentes ou inexactes d'où la nécessite de renforcer le contrôle sur la qualité des données, de sensibiliser le personnel des CDTs. Le manuel de procédures de gestion et de contrôle des données sera établi pour faciliter le processus de contrôle dans le cadre des supervisions.

- 10.7.8.** Organiser un atelier en résidentiel de 03 jours avec 15 personnes sur l'élaboration du Manuel de procédure de gestion et de contrôle de qualité de données de la tuberculose ;
- 10.7.9.** Organiser semestriellement une réunion de 04 jours sur la validation des données des CDTs avec les 12 DDSSa et les CDTs, (114 en 2023 ; 160 en 2024 ; 207 en 2025 ; 254 en 2026 et 300 en 2027) ;
- 10.7.10.** Organiser une mission semestrielle de supervision sur la qualité des données transmises par les ONGs, les services de santé à but lucratif et non lucratif (114 en 2023 ; 160 en 2024 ; 207 en 2025 ; 254 en 2026 et 300 en 2027) ;

➤ ***Mise en place et utilisation du logiciel numérique DHIS2/ tracher***

Les équipes santé seront formées sur le logiciel et l'utilisation du DHIS2 grâce à la disponibilité des ordinateurs et de l'Internet. Ce logiciel a l'avantage de réduire le délai de transmission des rapports et de rendre possible l'isolement et le suivi d'un patient ou d'un cas individuel. Cette application va faciliter les échanges sur les patients TB.

- 10.7.11.** Organiser 01 atelier dans chaque département une formation des agents de santé pendant 03 jours à raison de 10 participants par département sur l'utilisation du logiciel de gestion et de suivi des données numérique de la TB pour la notification des cas (TB Tracker) avec toutes les parties prenantes en 2024 et 2026 ;
- 10.7.12.** Organiser 01 mission de déploiement et de mise en place de 10 jours regroupant 20 personnes au niveau central et les 52 Districts sanitaires sur le logiciel de gestion et de suivi des données numérique de la TB pour la notification des cas (TB

Tracker) par axe (Axe PNR ; Axe Sud Bouenza Lékomou ; Axe Centre Pool BZV Plateaux ; Axe Nord Cuvette, Cuvette- Ouest ,Sangha et Likouala).

➤ **Régularité de la tenue des organes et activités de suivi évaluation**

Des organes de suivi technique, scientifique, multisectoriel seront mis en place pour assurer l'animation du plan stratégique 2023-2027. Ces cadres donneront une opportunité au PNLT de partager leurs réflexions sur des thématiques précises et de lever progressivement les contraintes de mise en œuvre, Le PNLT mettra aussi en œuvre des activités stratégiques de haut niveau telles la revue du PSN, l'élaboration du PSN, les demandes de financement. Dans la même seront dynamique, les activités de supervision et de coordination seront menées régulièrement.

- 10.7.13 Mettre en place le comité scientifique d'appui au PNLT ;
- 10.7.14. Mettre en place et faire fonctionner une plateforme multisectorielle pour la lutte ;
- 10.7.15. Tenir les réunions trimestrielles du comité scientifique d'appui pour assurer la TB ;
- 10.7.16 Mettre en place une taskforce pour la tuberculose pharmacorésistante ;
- 10.7.17 Tenir les réunions trimestrielles de la taskforce TB/MR ;
- 10.7.18. Organiser des supervisions à tous les niveaux ;
- 10.7.19. Organiser annuellement une journée thématique sur la tuberculose à l'occasion de la journée internationale de lutte contre la tuberculose sous le haut patronage du Ministre de la santé et de la population ;
- 10.7.20 Organiser une évaluation à mi parcours du PSN à l'an 3;
- 10.7.21. Organiser une revue épidémiologique à l'an 4 ;
- 10.7.22. Organiser une évaluation et révision du PSN à l'an 4 ;
- 10.7.23. Organiser les activités de la demande de financement à l'an 4 ;
- 10.7.24 Elaborer chaque année un rapport annuel du PNLT

10.8. **Développement de la recherche et de l'innovation**

Pour améliorer la performance des indicateurs TB et accélérer l'atteinte de l'objectif end TB, il est important de développer la recherche opérationnelle et de mettre en place de nouvelles interventions pour détecter, traiter et prévenir la maladie. Ainsi, la direction va instaurer au niveau du programme un cadre propice au développement de la recherche opérationnelle avec les acteurs nationaux et internationaux et s'orienter vers des thématiques prioritaires pouvant guider la prise de décisions intersectorielles. . Les résultats de ces recherches permettront une réorientation vers des stratégies plus efficaces de lutte contre la tuberculose.

➤ **Adoption et utilisation de nouveaux produits**

Le PNLT va mener des interventions innovantes avec la radiographie numérique pour favoriser la découverte de cas dans les groupes vulnérables et populations clés à travers des campagnes de dépistage actif. L'utilisation des nouveaux outils pour le dépistage de l'infection tuberculeuse et le traitement préventif de la tuberculose élargi à une cible adolescent et adulte seront aussi en vigueur dans ce PSN. Les innovations viseront également l'information stratégique par le déploiement et la mise en place à l'échelle nationale du logiciel de gestion et de suivi des données numériques de la TB pour la notification des cas (TB Tracker).

Le PNLT va aussi initier un réseau national de recherche avec des universitaires spécialisés en pneumologie, des chercheurs et représentants du Ministère/PNLT. Le réseau national de recherche sur la tuberculose devra instaurer des liens avec des institutions de recherche, d'autres réseaux de recherche et des bailleurs de fonds pour soutenir son programme prioritaire de recherche.

10.8.1. Développer de nouveaux produits pour améliorer la performance du PNLT (Dépistage actif RX ITL, trakers) ;

- 10.8.2. Mettre en place une Task force pour la recherche opérationnelle sur les problématiques TB ;
- 10.8.3. Organiser un atelier d'élaboration d'un plan national de recherche opérationnelle avec toutes les parties prenantes ;
- 10.8.4. Renforcer les compétences du PNLT en recherche opérationnelle/ pour atteindre les objectifs.

➤ **Développement de thématiques prioritaires en recherche opérationnelle**

Des investissements sont indispensables pour développer et mettre en œuvre le plan national de recherche notamment les thèmes prioritaires identifiées dans le continuum des interventions du PNLT. Pour ce PSN le focus dans le domaine de la recherche sera mis sur les thématiques aptes à répondre aux questions programmatiques qui se posent en matière de morbidité, de prévalence, de traitement et de coûts financiers à l'endroit des groupes vulnérables et de la population générale .

Activités

- 10.8.5. Organiser une enquête sur la prévalence de la morbidité auprès des agents de santé des établissements en charge de la Tuberculose
- 10.8.5. Réaliser une enquête d'évaluation de la couverture des enfants mis sous prophylaxie de la tuberculose
- 10.8.6. Organiser une enquête d'évaluation de l'impact de l'appui financier des patients TB PR sous traitement.
- 10.8.7. Organiser une enquête sur prévalence de la TB pharmaco-résistance auprès des sujets contacts.
- 10.8.8. Organiser une enquête sur la prévalence de la TB auprès des populations vulnérables (les PVVIH, les jeunes et adolescents, les Autochtones, les enfants sujets contact TPBC les Détenus, les réfugies et les malades des diabètes).
- 10.8.9. Réaliser une investigation sur les raisons des perdus de vue et des non évalués
- 10.8.10. Finaliser l'étude sur les couts catastrophiques
- 10.8.10. Rechercher des fonds pour la mise en œuvre de la recherche opérationnelle

CHAPITRE 4 : FINANCEMENT DU PSN

4.1. Budget

Le budget total est estimé à **30 721437** dollars échelonné en 5 ans soit **4.870761** en 2023, **7776887** en 2024, **5839928** en 2025, **6276975** en 2026 et **5956885** en 2027. Le budget va prendre en compte la lettre d'allocation des fonds du principal partenaire financier le Fonds Mondial pour les années 2024-2026 soit **8 698 650** USD. La structuration du budget par BUT et par Pilier est la suivante :

RESUME DU BUDGET PAR BUT	2023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total Global	%
1 Réduire l'incidence de la tuberculose de 370 cas pour 100 000 habitants en 2021 à 353 cas pour 100 000 habitants en 2027	3 029 986	5 333 825	4 220 434	4 246 638	4 220 434	21 051 317	68,79%
2 Réduire le taux de mortalité lié à la tuberculose de 54 décès pour 100,000 habitants en 2021 à 32 décès pour 100 000 habitants en 2027	612 750	1 597 830	938 216	1 368 851	938 216	5 455 862	17,83%
3 Renforcer la gouvernance du programme national de lutte contre la tuberculose	1 228 026	845 232	681 278	661 486	681 278	4 097 300	13,39%
TOTAL (EURO)	4 870 761	7 776 887	5 839 928	6 276 975	5 839 928	30 604 480	100%

Tableau –8. Résumé du budget pat But

RESUME BUDGET PAR PILIER TB	2023	2 024	2 025	2 026	2 025	Total Global	%
Pilier 1	3 458 836	6 813 330	5 078 165	5 532 638	5 118 086	26 001 055	84,63%
Pilier 2	1 264 050	728 260	726 764	653 615	799 069	4 171 758	13,58%
Pilier 3	147 876	235 297	34 999	90 722	39 730	548 624	1,79%
TOTAL (EURO)	4 870 761	7 776 887	5 839 928	6 276 975	5 956 885	30 721 437	100%

Tableau –9. Résumé du budget par Pilier

L’engagement financier de l’État dans la lutte contre la tuberculose au Congo étant insuffisant par rapport aux besoins réels de la lutte déclinés dans le plan stratégique national, il est important d’aller à une mobilisation accrue de ressources financières pour mettre en œuvre ce plan stratégique

4.2. Partenaires du PNLT

✓ L’OMS

L’OMS est un partenaire technique qui soutient le PNLT dans toutes ses activités prioritaires et dans la fourniture d’assistance technique. L’OMS vient parfois en appui pour la mise en œuvre de certaines activités importantes non financées dans le cadre du fonds mondial.

✓ Fonds Mondial

Le fonds mondial appuie le Congo depuis 2005 dans le cadre des rounds et a été depuis cette date le bailleur principal de la lutte contre la tuberculose. Avec le NFM4, ce partenariat financier se poursuit et le PNUD est reconduit comme le récipiendaire principal pour la subvention, avec une allocation de 8 698 650 euros pour la tuberculose.

4.3. Mobilisation de ressources

Ce PSN a besoin d’un plaidoyer auprès de la tutelle pour l’augmentation du financement de la lutte contre la tuberculose. Les partenaires bi ou multilatéraux seront sollicités pour mobiliser des ressources en complément des financements de l’Etat et du Fonds Mondial. L’UNICEF pourrait être attentif à la prise en charge de la TB de l’enfant. Les partenaires UE vont appuyer la recherche TB axée sur les thématiques prioritaires via TDR/ OMS.

La participation du secteur privé national étant faible pour la lutte contre la tuberculose, des stratégies de mobilisation de ressources devront être orientées vers les entreprises minières, cimenteries pour lesquels les travailleurs sont souvent confrontés à des problèmes respiratoires. Toutefois il est important de chercher un appui pour l’élaboration de la stratégie de mobilisation de ressources au profit du PNLT et de tenir une conférence avec l’ensemble des potentiels partenaires

Conclusion

Ce PSN servira de référentiel pour les interventions futures de lutte contre la tuberculose. Il s’inscrit dans la poursuite de la stratégie End TB et des recommandations de la revue. La mise en œuvre effective de ces activités favorisera l’atteinte des objectifs de réduction de la mortalité et de l’incidence liées à la tuberculose.

Pour y parvenir, il faut un engagement fort de tous les acteurs concernés (Etat, partenaires, communautés, secteur privé) et un financement conséquent.

ANNEXES

- PLAN DE SUIVI EVALUATION
- PLAN OPERATIONNEL
- PLAN D ASSISTANCE TECHNIQUE
- PLAN GAS
- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. République du Congo. Ministère de la santé et de la population, Politique Nationale de santé 2018-2030
2. République du Congo. Ministère de la santé et de la population. Programme National de lutte contre la Tuberculose. Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2020-2022
3. République du Congo, Rapport de la revue externe du Plan Stratégique National (PSN) 2020-2022 du programme national de lutte contre la tuberculose du Congo
4. République du Congo, Rapport de la Revue épidémiologique de la tuberculose Novembre 2022
5. République du Congo. Ministère de la santé et de la population. Paquet d'interventions harmonisées de la santé communautaire Juillet 2020
6. Organisation mondiale de la Santé 2016. Mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose : points essentiels.
7. WHO/CDS/TB/2019.15. Global Tuberculosis Report 2021.
8. WHO_HQ_Reports-G2-PROD-EXT-TBCountryProfile.pdf 2021
9. WHO/HTM/TB/2013.2. Definitions and reporting framework for tuberculosis 2013 revision, updated December 2014.
10. <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/congo/presentation-du-congo>
11. <https://www.who.int/fr/news/item/24-03-2020-new-who-recommendations-to-prevent-tuberculosis-aim-to-save-millions-of-lives>
12. <https://www.banquemondiale.org/fr/country/congo/overview>

Objectifs	Interventions stratégiques	Activités	Responsables	2023				2024	2025	2026	2027	Besoin en assistance technique	Observations
				T1	T2	T3	T4						
Objectif 1 Diagnostiquer 91472 cas de tuberculose dans la population de 2023 à 2027	PILIER 1: SOINS ET PREVENTION INTEGRES CENTRES SUR LE PATIENT												
	1.1. Approche qualité dans la détection de la tuberculose	1.1.1. Organiser l'atelier pour l'amélioration de la qualité de la détection de la tuberculose de 05 jours avec 30 personnes ;		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.1.2. Organiser 01 mission d'état des lieux sur les aspects de la qualité de la détection dans 29 FOSA les plus fréquentées d'ici à 2022 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.1.3. Organiser 03 ateliers de formation en 3 sessions par pôles regroupant 58 formateurs du niveau périphérique sur l'Approche qualité PQE ;		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.1.4. Organiser des missions trimestrielles de supervisions des aspects de la qualité dans les FOSAS		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.1.5. Organiser 01 mission d'évaluation à mi-parcours de la stratégie de la phase pilote à la phase d'extension ;		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.1.6. Recruter 01 assistant technique pour accompagner la mise en œuvre de passage à l'échelle des activités de l'Approche Qualité PQE des services ;		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.1.7. Dupliquer les outils de l'Approche Qualité PQE des services ;		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.1.8. Acquérir 01 véhicule 4X4 pour les missions de suivi de la stratégie de l'amélioration de l'approche qualité PQE ;		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.1.9. Augmenter dans 50 formations sanitaires l'approche qualité de l'amélioration de la détection de la tuberculose ;		x	x	x	x	x	x	x	x	x	

	1.1.10. Organiser 29 sessions de formation des agents de santé dans chaque site de l'approche qualité PQ ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.1.11. Organiser des missions semestrielles de supervision de contrôle qualité (relecture et panel des lames et GeneXpert) du niveau central vers le niveau intermédiaire pendant 12 jours avec 10 personnes du niveau central ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.1.12. Organiser des missions de supervision trimestrielles de contrôle qualité (relecture et panel des lames et GeneXpert) au niveau intermédiaire vers la périphérie pendant 12 jours avec 24 personnes du niveau intermédiaire		x	x	x	x	x	x	x	x	
1.2. Intégration du dépistage de la TB dans les 52 Districts sanitaires	1.2.1. Organiser une mission de 12 jours avec 27 personnes (15 du niveau central et 12 du niveau départemental) pour évaluer le niveau de mise œuvre des activités de dépistage de la TB dans les 57 nouvelles structures intégrées en 2022 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.2.2. Organiser un atelier d'élaboration/validation d'un nouveau plan de décentralisation des activités de lutte contre la TB (PMA) de 2023-2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.2.3. Organiser une mission d'état des lieux de 12 jours avec 20 personnes (10 du niveau central, 06 du niveau départemental et 04 du district sanitaire) des 27 FOSA en 2023, 46 en 2024, 47 en 2025, 47 en 2026 et 46 en 2027 soient 243 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.2.4. Organiser une mission d'état des lieux de 12 jours avec 20 personnes (10 du niveau		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.2.5. Central, 06 du niveau départemental et 04 du district sanitaire) des 27 FOSA en 2023, 46 en 2024, 47 en 2025, 47 en 2026 et 46 en 2027		x	x	x	x	x	x	x	x	

	1.2.6. Acquérir 5 ECG 6 pistes avec interprétations Cardi 6 Colson dont 2 en 2024, 1 en 1 en 2026 et 1 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.2.7. Acquérir 5 congélateurs 80 degré dont 2 en 2024, 1 en 2025, 1 en 2026 et 1 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.2.8. Acquérir 6 réfrigérateurs dont 3 en 2024, 1 en 2025, 1 en 2026 et 1 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.2.9. Acquérir 4800 tests de sensibilité pour les ATB de première ligne dont 1200 en 2024, 1200 en 2025, 1200 en 2026 et 1200 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.2.10. Acquérir 12000 tests de sensibilité pour les ATB de deuxième ligne dont 3000 en 2024, 3000 en 2025, 3000 en 2026 et 3000 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.2.11. Acquérir des microscopes, des automates et semi automates des blouses, des masques N95, des boîtes de transport, et de toute la gamme d'intrants de laboratoire		x	x	x	x	x	x	x	x	
1.3. Acquisition, décentralisation et interconnectivité de genexperts	1.3.1. Etablir un plan de décentralisation des genexperts au niveau du territoire national ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.3.2. Acquérir 20 GeneXpert de 4 modules avec ordinateur avec une garantie de deux ans dont 4 en 2023, 4 en 2024, 4 en 2025, 4 en 2026 et 4 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.3.3. Acquérir 5 GeneXpert de 10 couleurs de 4 modules avec ordinateur dont 2 en 2024, 1 en 2025, 1 en 2026 et 1 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.3.4. Acquérir 38 modules de remplacement GeneXpert dont 15 en 2024, 4 en 2026 et 19 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.3.5. Acquérir des onduleurs pour les 25 genexperts devant être acquis pour le PNLT ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.3.6. Organiser des visites de pré installation des genexperts dans les sites ;		x	x	x	x	x	x	x	x	

	1.3.7. Organiser des visites d'installation des genexperts dans les sites ;		x	x	x	x	x	x	x		
	1.3.8. Organiser des visites de post installation des genexperts dans les sites ;		x	x	x	x	x	x	x		
	1.3.9. Assurer le contrôle de qualité des résultats de Xpert/MTB/ Rif ;		x	x	x	x	x	x	x		
	1.3.10. Assurer la maintenance des Xpert/MTB/ Rif et de leur interconnexion.		x	x	x	x	x	x	x		
1.4. Mise en place d'un Transport efficace des échantillons vers les laboratoires	1.4.1. Elaborer le plan opérationnel de transport d'échantillons pour les passages à l'échelle		x	x	x	x	x	x	x		
	Assurer le transport des échantillons des réfugiés vers les laboratoires à GeneXpert ;		x	x	x	x	x	x	x		
	1.4.4. Assurer un suivi régulier du processus de mise à l'échelle		x	x	x	x	x	x	x		
	1.4.5. Elaborer un rapport annuel du transport des échantillons.		x	x	x	x	x	x	x		
1.5. Renforcement de capacites des techniciens du reseau de laboratoire	1.5.1. Former/recycler 600 techniciens de laboratoire des CDT sur le dépistage de tuberculose, 120 en 2023, 120 en 2024, 120 en 2025, 120 en 2026 et 120 en 2027 en raison de 30 personnes (15 du niveau central et 15 du niveau départemental) par session trimestrielle pendant 5 jours ;		x	x	x	x	x	x	x		
	1.5.2. Former/recycler 600 techniciens de laboratoire des CDT sur le dépistage de tuberculose pharmacorésistante, 120 en 2023, 120 en 2024, 120 en 2025, 120 en 2026 et 120 en 2027 à raison de 30 personnes (15 du niveau central et 15 du niveau départemental) par session trimestrielle pendant 5 jours ;		x	x	x	x	x	x	x		
	1.5.3. Assurer la formation de 10 techniciens du LNR et 5 techniciens du réseau de laboratoire en collaboration avec l'appui du SRL Benin une fois par an à raison de 2 techniciens LNR et 1 technicien du réseau de laboratoire pendant 14 jours ;		x	x	x	x	x	x	x		

	1.5.4. Assurer la formation de 3 responsables (1 LNR et 2 du réseau de laboratoire) sur lesystème de management de la qualité des laboratoires avec l 'SRL Benin et de ASLM une fois par an pendant 10 j		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.5.5. Assurer la participation du responsable du LNR aux conférences internationales pour le partage d'expériences sur les activités de dépistage de la TB du réseau de laboratoire une fois par an pendant 7 jours ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.5.6. Solliciter un appui technique international pour la mise en œuvre des activités du LNR à moyen terme de 2024 à 2027 une fois par an.		x	x	x	x	x	x	x	x	
1.6. Réhabilitation du réseau de laboratoires périphériques	1.6.1. Réhabiliter 15 nouvelles structures qui vont intégrer le dépistage de la TB dans la période de 2023- 2027 au niveau des 52 districts sanitaires y compris les sites de PEC TB-PR ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	1.6.2. Réhabiliter 36 incinérateurs pour la gestion des déchets biomédicaux et faire l'adduction d'eau dans les CDTs		x	x	x	x	x	x	x	x	
1.7. Mise aux normes des Activités techniques du LNR	1.7.1. Organiser 01 atelier de 5 jours avec 15 participants d'élaboration et d'actualisation/validation des guides techniques de laboratoire (Guide technique, guide de contrôle de l'infection, guide d'élimination des déchets biomédicaux ; guide de l'assurance qualité ; guide de contrôle qualité ; guide de transport d'échantillons, guide de la bio sureté et de la biosécurité et guide de supervision du réseau de laboratoire) y compris les outils de collecte des données pour le laboratoire ;		x	x	x	x	x	x	x	x	

	1.7.2. Organiser 01 atelier de 5 jours avec 15 personnes d'élaboration et d'actualisation /validation d'un plan de maintenance préventive et curative et de contrôle métrologique des équipements du réseau de laboratoire (conteneur P3, GeneXpert, MGIT, Hottes de sécurité biologiques, microscopes, Split, panneaux, système numérique, système incendie...)		x	x	x	x	x	x	x		
	1.7.3. Organiser 01 atelier de 5 jours avec 15 participants d'élaboration et d'actualisation /validation des modules de formation des techniciens de laboratoire		x	x	x	x	x	x	x		
	1.7.4. Organiser 01 atelier de 3 jours avec 15 participants d'élaboration/validation d'un plan de fonctionnement et de formation du personnel du réseau de laboratoire		x	x	x	x	x	x	x		
	1.7.5. Organiser 01 atelier de 5 jours avec 15 participants d'élaboration/validation des micros plans de transport des échantillons des FOSA vers les CDT avec GeneXpert dans les 52 districts		x	x	x	x	x	x	x		
	1.7.6. Organiser 01 atelier de 3 jours en résidentiel regroupant 25 personnes pour l'intégration des activités de diagnostic de la tuberculose dans les laboratoires au niveau des FOSA des 52 districts sanitaires,		x	x	x	x	x	x	x		
1.8. Amélioration de la recherche de cas manquants dans la communauté	1.8.1. Organiser trimestriellement les campagnes de dépistage à l'aide des radiographies thoraciques numériques et d'un logiciel détection de la TB assisté par un ordinateur pour les populations vulnérables par les cliniques mobiles (contacts, détenus, populations autochtones) ;		x	x	x	x	x	x	x		
	1.8.2. Organiser trimestriellement le dépistage des cas contacts et des personnes atteintes de l'infection tuberculeuse ;		x	x	x	x	x	x	x		

		1.8.3. Acquérir 2 unités mobiles de dépistage actif de la tuberculose (véhicules équipés) ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.8.6. Acquerir 4 appareils de radiographie portative pour le dépistage actif en complément des unités mobiles ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.8.5. Acquérir 5000 tests (TCT et IGRA) pour le dépistage de l'infection tuberculeuse		x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.8.6. Former deux agents pour la manipulation de la radiographie		x	x	x	x	x	x	x	x	
		1.8.7. Acquerir du matériel de radioprotection pour le personnel		x	x	x	x	x	x	x	x	
Objectif 2: Assurer la prévention de la tuberculose	2.1. Conception et Production des supports de communication	2.1.1. Organiser un atelier résidentiel de 05 jours avec 15 personnes pour concevoir des outils de communication		x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.1.2. Organiser un atelier résidentiel de 5 jours avec 15 personnes pour élaborer le plan de communication		x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.1.3. Organiser un atelier de 3 jours avec 30 personnes pour valider le plan de communication		x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.1.4. Dupliquer et diffuser 15.000 affiches, 50.000 dépliants sur la TB pour les malades chaque année		x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.1.5. Dupliquer et diffuser 100 boîtes à images		x	x	x	x	x	x	x	x	
	2.2. Information, Éducation et communication de la population sur la tuberculose	2.2.1. Diffuser 3650 spots audiovisuels dans les 12 départements en 5 ans ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.2.2. Diffuser 260 spots radiophoniques dans les 12 départements en 5 ans ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.2.3. Publier 260 messages sur la TB dans la presse écrite en 5 ans ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.2.4. Publier 260 messages sur la TB dans les réseaux sociaux en 5 ans ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.2.5. Diffuser 260 SMS sur la TB à travers 3 entreprises de téléphonie mobile ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.2.6. Organiser 03 sessions de formation de 20 professionnels des médias et		x	x	x	x	x	x	x	x	

	animateurs des sur la TB dans les 12 départements :										
	2.2.7. Organiser 03 sessions de formation de 20 des animateurs des réseaux sociaux sur la TB dans les 12 départements ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	2.2.8. Élaborer et enregistrer 2 sketchs de courte durée avec une troupe de comédiens ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	2.2.9. Assurer la diffusion et la rediffusion des 2 sketchs 12 fois/an dans 02 chaines de télévision (la chaîne nationale et une privée) ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	2.2.10. Animer 1305 séances de groupe de parole à raison de 1 séance par trimestre dans 87 en 2023, 114 en 2024, en 160 en 2025, 207 en 2026, 254		x	x	x	x	x	x	x	x	
	2.2.11. Animer 12 journées thématiques sur la prévention de la TB dans les 12 départements pendant la JMT.		x	x	x	x	x	x	x	x	
2.3. Contrôle de l'infection dans les établissements de santé et structures collectives	2.3.1. Organiser un atelier résidentiel avec 15 participants pendant 5 jours pour l'élaboration/actualisation des directives nationales ainsi que les modules de formation sur le contrôle de l'infection tuberculeuse ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	2.3.2. Organiser un atelier avec 30 participants pendant 3 jours pour la validation des directives nationales ainsi que les modules de formation sur le CI		x	x	x	x	x	x	x	x	
	2.3.3. Organiser un atelier de 5 jours résidentiel avec 15 participants pour l'élaboration/ actualisation des directives nationales et modules de formation CI		x	x	x	x	x	x	x	x	
	2.3.4. Organiser un atelier avec 30 participants pendant 3 jours pour la validation des directives nationales ainsi que les modules de formation sur le contrôle de l'infection tuberculeuse ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	2.3.5. Dupliquer et distribuer 328 exemplaires des directives nationales ainsi		x	x	x	x	x	x	x	x	

	que les modules de formation sur le contrôle de l'infection TB ;										
	2.3.6. Organiser un screening systématique annuel chez le personnel évoluant dans les formations sanitaires à l'aide des examens RX et des tests ITL ;		x	x	x	x	x	x	x		
	2.3.7. Organiser 01 session de formation en résidentiel des 24 formateurs sur les directives de contrôle de l'infection pendant 04 jours ;		x	x	x	x	x	x	x		
	2.3.8. Organiser 01 session de formation des membres des équipes cadres des districts sanitaires sur les directives de contrôle de l'infection pendant 03 jours dans chacune ; des 04 pôles (14 participants pour le pôle d'Owando, 38 participants pour le pôle de Brazzaville, 20 participants pour le pôle de Pointe Noire et 22 participants pour le pôle de Dolisie ;		x	x	x	x	x	x	x		
	2.3.9. Organiser une séance d'animation de groupe de parole axée sur la prevention TB avec les détenus et le personnel de l'administration pénitentiaire		x	x	x	x	x	x	x		
	2.3.10. Organiser à Brazzaville une session de formation de 23 personnels de santé de 5 Maisons d'arrêt des départements cibles (Brazzaville, Pointe Noire, Niari, Likouala, Sangha) sur la prévention et la prise en charge de la TB en milieu carcéral ;		x	x	x	x	x	x	x		
	2.3.11. Organiser 3 journées de sensibilisation suivies de dépistage actif par trimestre sur la tuberculose dans les camps de réfugiés et auprès des peuples autochtones..		x	x	x	x	x	x	x		
2.4. Traitement préventif de la tuberculose	2.4.1. instaurer la thérapie préventive des Personnes vivant avec le VIH soit 11043 en 2023, 14362 en 2024, 5791 en 2025, 7627 en 2026 et 32832 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x		

		2.4.2. Mettre sous thérapie préventive les enfants de moins de 15 ans contacts des patients tuberculeux soit 1242 en 2023, 1276 en 2024, 1274 en 2025, 1168 en 2026 et 1003 en 2027 ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.4.3. Planifier la thérapie préventive pour les adolescents et adultes contacts de patients tuberculeux	x	x	x	x	x	x	x	x	
		2.4.4. Planifier la thérapie préventive pour des cas spécifiques de patients souffrant de silicose, dialysés ou préparant à une greffe d'organe	x	x	x	x	x	x	x	x	
Objectif 3.Traiter avec succès au moins 90% des patients mis sous traitement	3.1.Révision, duplication et mise en place des guides et outils de gestion de la TB	3.1.1. Organiser un atelier en résidentiel de 20 personnes pendant 3 jours pour la mise à jour du guide de PEC de TB sensible chez l'adulte, chez l'enfant selon les recommandations de l'OMS ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.1.2. Organiser un atelier de 3 jours en résidentiel avec 15 participants sur l'actualisation des directives et normes de PEC de la tuberculose en 2024 ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.1.3. Organiser un atelier de 3 jours en résidentiel avec 15 participants sur l'actualisation des modules de formation sur la base des directives et normes de PEC de la tuberculose révisés en 2024 ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.1.4. Organiser un atelier de 3 jours à Brazzaville sur la validation des directives et normes ainsi que le module de formation sur la PEC de la TB en 2024 ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.1.5 Dupliquer 500 exemplaires du guide de PEC de la TB sensible, 500 exemplaires du guide de PEC de la TB chez l'enfant actualisé et 230 exemplaires du guide de PEC de la TB-MR et diffuser vers les structures de prise en charge en l'An 1 et en l'An 4 ;	x	x	x	x	x	x	x	x	

	3.1.6 Dupliquer et diffuser les outils de PEC de la tuberculose (fiches de traitement, fiches de demande d'examen, registres de TB, etc...).		x	x	x	x	x	x	x	x	
3.2, Renforcement des capacités des prestataires à la prise en charge de la TB sensible	3.2.1. Organiser 3 sessions de 5 jours en résidentiel de la formation des formateurs sur la PEC de la TB sensible dans les 05 pôles : Pôle BZV : BVZ- Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékomou et le Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari en 2024;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	3.2.2. Organiser 3 sessions de formation de 5 jours en présentiel des médecins et autres prestataires sur la PEC de la TB dans les 300 CDT à raison de 2 par FOSA dans les 52 districts sanitaires en année 2024;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	3.2.3. Organiser 3 sessions de formation des formateurs (pharmacien) de 3 jours à raison de 2 pharmaciens (ou équivalent) sur la gestion des outils et intrants antituberculeux dans les 05 pôles : Pôle BZV : BVZ- Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékomou et le Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari en 2024 et en 2026;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	3.2.3. Organiser 3 sessions de formation de 03 jours des prestataires de soins à raison de 02 par FOSA (320 en 2024, 414 en 2025, 508 en 2026, 600 en 2027 sur la gestion des outils et intrants antituberculeux dans les 05 pôles : Pôle BZV : BVZ- Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékomou et le Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari;		x	x	x	x	x	x	x	x	

	3.2.4. Organiser 01 atelier de 03 jours pour le développement du système de pharmacovigilance pour le suivi et la gestion des effets indésirables des médicaments antituberculeux		x	x	x	x	x	x	x	x	
	3.2.5. Organiser chaque année des sessions de formation/recyclage de 05 jours par pôle de 02 superviseurs du niveau intermédiaire(DDSSa) Pôle BZV : BVZ, Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékomou ; Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari		x	x	x	x	x	x	x	x	
	3.2.6. Organiser trimestriellement les supervisions des aspects spécifiques TB sensible du niveau central vers le niveau intermédiaire		x	x	x	x	x	x	x	x	
3.3 surveillance de l'application des protocoles thérapeutiques et soutien aux patients	3.3.1. Distribuer dans les CDT, les algorithmes de diagnostic et de traitement de la tuberculose y compris les aide-mémoires pour les schémas thérapeutiques (174 en 2023, 54 en 2024 ,92 en 2025, 94 en 2026, et 94 en 2027)		x	x	x	x	x	x	x	x	
	3.3.2. Organiser des sessions de formation/recyclage de 5 jours en résidentiel du personnel en charge de la tuberculose après chaque mise à jour des documents politiques et opérationnels (directives) du programme sur le diagnostic et le traitement TB (22 participants /4 sessions en 2023, 30 participants/ 4 sessions en 2024, 27 participants / 6 sessions en 2025,		x	x	x	x	x	x	x	x	
	3.3.3. Distribuer dans les CDT les modules de formation révisées (174 en 2023, 54 en 2024 ,92 en 2025, 94 en 2026, et 94 en 2027)		x	x	x	x	x	x	x	x	
	3.3.4. Superviser les structures de prise en charge trimestriellement en utilisant une grille de supervision détaillée (Carte de traitement,		x	x	x	x	x	x	x	x	

		registre de la TB, inventaire des stocks d'antituberculeux, entretien avec les patients tuberculeux). 26 participants/ 8 sessions en 2026, 25 participants/10 sessions en 2027										
		3.3.5. Doter les échéanciers dans les 243 nouveaux sites PEC de la tuberculose (34 en 2024, 46 en 2025, 47 en 2026 et 47 en 2027)		x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.3.6 Assurer un approvisionnement régulier et ininterrompu des médicaments antituberculeux de première ligne à toutes structures de prise en charge soit 15177 en 2023, 16803 en 2024, 18309 en 2025, 19815 en 2026 et 21368 en 2027		x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.3.7. Assurer un soutien nutritionnel et transport antituberculeux à 300 en 2023, 347 en 2024, 394 en 2025, 441 en 2026 et 488 en 2027		x	x	x	x	x	x	x	x	
	3.4. Renforcement des capacités des sites CDT à grande file active	3.5.1. Faire un état de lieu des FOSA à grande file active		x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.5.2. Assurer les rénovations mineures des CDT à grande file active		x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.5.3. Doter en équipements et intrants les CDT à grande file active		x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.5.4. Organiser la formation des agents supplémentaires des CDT à grande file active		x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.5.5. Organiser les missions de suivi des CDT à grande file active		x	x	x	x	x	x	x	x	
		3.5.6. Recruter un personnel additionnel évoluant dans les sites à grande cohorte		x	x	x	x	x	x	x	x	
Objectif 4 : Assurer la Prise en charge adéquate des groupes vulnérabl	4.1. Maitrise des directives chez les populations clés et vulnérables	4.1.1. Organiser un atelier de 5 jours en résidentiel avec 15 participants pour l'élaboration des directives et du module de formation sur la PEC de la TB chez les populations clés et vulnérables		x	x	x	x	x	x	x	x	
		4.1.2. Organiser un atelier de 3 jours regroupant 30 Participants pour la validation des directives et du module de formation sur		x	x	x	x	x	x	x	x	

es et populations clés	la PEC de la TB chez les populations clés et vulnérables										
	4.1.3. Dupliquer et vulgariser 100 directives et modules de formation de PEC de la TB chez les populations clés et vulnérables		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.1.4. Organiser deux sessions de formation de 5 jours en résidentiel, regroupant chacune 25 prestataires des 52 districts sanitaires sur la PEC de la TB chez les populations clés et vulnérables		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.1.5. Mettre en place et faire fonctionner une plateforme de concertation de 30 personnes sur la PEC de la tuberculose chez les populations clés et vulnérables		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.1.6. Organiser une réunion d'1 jour par trimestre de la plateforme de concertation regroupant 30 personnes sur la prise en charge de la tuberculose chez les populations clés et vulnérables pendant 5 ans		x	x	x	x	x	x	x	x	
4.2,Prise en charge de la tuberculose de l'enfant	4.2.1. Organiser 01 session de formation en résidentiel avec 30 prestataires évoluant dans les services de pédiatrie dans les hôpitaux (publics et privés) sur la gestion de la tuberculose chez l'enfant, les jeunes et les adolescents		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.2.2. Organiser un atelier résidentiel de 05 jours avec 15 personnes d'actualisation du guide de PEC de TB sensible chez l'enfant en tenant compte des schémas et oraux court conformément aux recommandations de l'OMS		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.2.3. Organiser un atelier de 03 jours avec 20 personnes de validation avec toutes les parties prenantes du guide de PEC chez l'enfant		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.2.4. Dupliquer et diffuser 100 directives sur la PEC de la TB de l'enfant 0-15 ans		x	x	x	x	x	x	x	x	

	4.2.5. Dupliquer et diffuser 250 exemplaires de guides sur la PEC de la TB de l'enfant		x	x	x	x	x	x	x		
	4.2.6. Organiser un atelier résidentiel de 05 jours avec 15 personnes d'élaboration des outils de gestion de la tuberculose chez l'enfant		x	x	x	x	x	x	x		
	4.2.7. Dupliquer et diffuser 250 exemplaires d'outils de gestion de la tuberculose chez l'enfant		x	x	x	x	x	x	x		
	4.2.8. Traiter avec les ATB de première ligne XX enfants en 2023, XX en 2024, XX en 2025, XX en 2026 et XX en 2027		x	x	x	x	x	x	x		
4.3.Dépistage au VIH de tous les patients tuberculeux et traitement à succès d'au moins 90% des coinfectés	Disponibilité de tests VIH et d'outils de gestion concertés TB/VIH										
	4.3.1. Disponibiliser les tests VIH pour les patients TB soit XX en 2023, XX en 2024, XX en 2025, XX en 2026 et XX en 2027		x	x	x	x	x	x	x		
	4.3.2. Organiser un atelier résidentiel de 03 jours avec 15 personnes pour la révision des algorithmes de dépistage de la tuberculose chez les PVVIH et du VIH chez les patients atteints de la tuberculose		x	x	x	x	x	x	x		
	4.3.3. Dupliquer et diffuser 150 algorithmes révisés de dépistage de la tuberculose chez les PVVIH et 150 algorithmes révisés de dépistage du VIH chez les patients atteints de la tuberculose		x	x	x	x	x	x	x		
	Mise en place de 50 guichets uniques fonctionnels										
	4.3.4. Organiser une mission de 10 jours avec 24 personnes (12 du niveau central et 12 du niveau départemental) sur les états de lieux dans les 50 FOSA à intégrer les services du guichet unique à raison de 15 FOSA en 2024, 15 FOSA en 2025 et 20 en 2026		x	x	x	x	x	x	x		

	4.3.5. Organiser une (01) session de formation le personnel de santé à la prise en charge des coûts TB/VIH des 50 guichets unique pendant 3 jours dans chacune des 04 pôles (14 participants pour le pôle d'Owando, 38 participants pour le pôle de Brazzaville, 20 participants pour le pôle de Pointe Noire et 22 participants pour le pôle de Dolisie)		x	x	x	x	x	x	x		
	4.3.6. Organiser des stages d'un (01) mois au niveau des Centres Anti Tuberculeux pour le personnel (2 médecins et 1 infirmier) de 2 Centres de Traitement Ambulatoire au dépistage et diagnostic de la tuberculose.		x	x	x	x	x	x	x		
	4.3.7. Organiser une mission de 03 jours avec 10 personnes de dotation des outils de prise en charge (TB/VIH) et les tests de dépistage dans les 50 FOSA à guichet unique à raison de 15 FOSA en 2024, 15 FOSA en 2025 et 20 en 2026.		x	x	x	x	x	x	x		
	4.3.8. Traiter tous les cas de coûts TB/VIH soit XX en 2023, en 2024, XX en 2025, XX en 2026 et XX en 2027		x	x	x	x	x	x	x		
	Renforcement de la coordination et de collaboration TB/VIH										
	4.3.9. Organiser un atelier résidentiel de 05 jours avec 15 personnes pour l'élaboration du plan conjoint TB/VIH		x	x	x	x	x	x	x		
	4.3.10. Organiser un atelier de 03 jours avec 30 personnes pour la validation du plan conjoint TB/VIH		x	x	x	x	x	x	x		
	4.3.11. Organiser une supervision conjointe TB/VIH trimestrielle de 10 jours		x	x	x	x	x	x	x		
	4.3.12. Organiser des réunions trimestrielles (une journée avec 20 personnes) du groupe thématique TB/VIH. Au cours de ces réunions, les rapports de		x	x	x	x	x	x	x		

4.4. Prise en charge des patients TB dans le système pénitentiaire	4.4.1. Organiser un atelier de 3 jours regroupant 20 participants pour l'élaboration du cadre de collaboration entre le PNLT et l'Administration pénitentiaire		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.4.2. Organiser un atelier de (03) jours avec 22 personnes sur la validation du cadre de collaboration entre le PNLT avec l'administration pénitentiaire		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.4.3. Accompagner 20 patients détenus/prisonniers ayant une TB et réaliser la recherche active des sujets contacts dans les prisons des 12DP		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.5.4. Organiser par trimestre des supervisions de 10 personnes sur les aspects spécifiques de prise en charge de la TB dans les 12 maisons d'arrêts		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.4.5. Organiser par trimestre des supervisions de 5 jours des aspects spécifiques de prise en charge de la tuberculose dans les MAC		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.4.6. Organiser à Brazzaville une session de formation de 4 jours regroupant 12 volontaires secouristes et de 23 personnels de santé de 5 Maisons d'arrêt des départements cibles (Brazzaville, Pointe Noire, Niari, Likouala, Sangha) sur la prévention et la prise en charge de la TB en milieu carcéral		x	x	x	x	x	x	x	x	
	4.1.7. Rendre disponible les médicaments ATB dans les 7 prisons du pays.		x	x	x	x	x	x	x	x	
Objectif 5: Mettre sous traitement 1970 cas de TB PR avec	5.1. Actualisation et diffusion des documents normatifs sur la	5.1.1. Organiser un atelier d'élaboration du guide sur la tuberculose pharmacorésistante selon les nouvelles recommandations de l'OMS avec 20 participants pendant 3 jours ;		x	x	x	x	x	x	x	
		5.1.2. Organiser un atelier de validation du guide de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante selon les nouvelles		x	x	x	x	x	x	x	

<p>un taux de succès d'au moins 90% en 2027</p>	<p>tuberculose pharmacorésistante</p>	recommandations de l'OMS avec 30 participants pendant 3 jours ;										
		5.1.3. Organiser un atelier résidentiel d'actualisation des guides et modules de formation sur la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante regroupant 20 participants pendant 3 jours ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		5.1.4. Organiser un atelier de validation des guides et modules de formation sur la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante regroupant 30 participants pendant 3 jours ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		5.1.5. Dupliquer le guide actualisé de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante (228 en année 2023, 92 en 2024, 94 en 2025, 94 en 2026 et 92 en 2027) ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		5.1.6. Dupliquer le guide des formateurs actualisé sur la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante (30 exemplaires) .		x	x	x	x	x	x	x	x	
		5.2.1. Organiser 2 sessions de formation des formateurs sur la TBPR à raison de 15 participants par session pendant 4 jours à Brazzaville et Pointe-Noire		x	x	x	x	x	x	x	x	
		5.2.2. Organiser 30 sessions de formation des agents de santé sur la tuberculose pharmacorésistante à raison de 20 participants par session pendant 5 dans chacun des 12 départements (4 sessions en 2023, 8 sessions en 2024, 6 sessions en 2025, 6 sessions en 2026 et 6 sessions en 2027)		x	x	x	x	x	x	x	x	
		5.2.3. Mener des missions de démarrage de nouveaux centres de traitement TBMR		x	x	x	x	x	x	x	x	
		5.2.4. Organiser des sessions de formations/recyclage) des prestataires de laboratoire avec des nouvelles technologies (LPA, TB LAMP, Séquenceur)		x	x	x	x	x	x	x	x	

	5.3.1. Traitement et soutien pour les patients TB/PR	5.1.1. Fournir des médicaments de deuxième ligne pour patients TBMR soit 300 en 2023, 347 en 2024, 394 en 2025, 441 en 2026 et 488 en 2027										
		5.1.2. Assurer les tests de sensibilité de première, deuxième ligne et pour autres ATB		x	x	x	x	x	x	x	x	
		5.1.3. Tenir des réunions trimestrielles du GTT TB/PR		x	x	x	x	x	x	x	x	
		5.1.4. Assurer la prise en charge des frais de transport et de nourriture des 1970 patients TB/MR pendant la durée de leur traitement soit 300 en 2023, 347 en 2024, 394 en 2025, 441 en 2026 et 488 en 2027		x	x	x	x	x	x	x	x	
		PILIER 2; POLITIQUE AUDACIEUSE ET SYSTÈME DE SOUTIEN										
Objectif 6 : Augmenter la collaboration avec les communautés, la société civile, les secteurs ministériels et le secteur privé	6.1. Implication du secteur privé et confessionnel dans les soins de la tuberculose	6.1.1. Organiser une mission de cartographie des fournisseurs privés et types d'accords avec les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (accords public-privé) pendant 10 jours dans les axes : Axe PNR, Axe Sud : Niari, Bouenza et Lékomou, Axe centre : Pool ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		6.1.2. Organiser 1 fois par trimestre pendant 2 jours des réunions de renforcement des capacités des organismes intermédiaires regroupant 30 personnes		x	x	x	x	x	x	x	x	
		6.1.3. Organiser les sessions de formation des 25 prestataires de services privés pendant 4 jours à la prestation de soins de qualité au long du continuum de soins, y compris à l'éthique médicale ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		6.1.4. Organiser 01 session de formation de 05 jours, animées par 02 facilitateurs, chaque année de 15 prestataires de 05 nouvelles structures privées et publiques sur la prise en charge de la tuberculose ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		6.1.5. Organiser des sessions d'émulation regroupant 30 personnes pendant 1 jour à		x	x	x	x	x	x	x	x	

	raison d'1 fois par an pour la certification et accréditation des fournisseurs/établissements privés ;										
	6.1.6 Organiser trimestriellement 1 mission d'assurance qualité, supervision et suivi des prestataires privés, y compris la liaison avec les systèmes nationaux de gestion de l'information pour la santé à raison de 4 missions par année pendant 10 jours dans les axes (Axe PNR, Axe Sud : Niari, Bouenza et Lékoumou, Axe centre : Pool, Brazzaville et Plateaux et Axe Nord : Cuvette, Cuvette-ouest, Sangha et Likouala		x	x	x	x	x	x	x	x	
6.2 Développement d'une approche communautaire efficace	Renforcement du cadre de collaboration avec les ONG										
	6.2.1. Renforcer la collaboration entre le PNLT et les ONG locales intervenant communautés		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.2. Organiser un atelier de 03 jours d'élaboration d'un cadre de collaboration entre le PNLT et la société civile (OBC, ONG...) dans les activités TB		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.3. Organiser une (01) réunion semestrielle au niveau national pour analyser les données générées par la surveillance à base communautaire, et faire un plaidoyer sur les actions programmatiques (UCPP, PNLT, PNLS, DDSSSa, DS/EC, Médecins chef et ONG)		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.4. Organiser un atelier résidentiel de formation de 05 jours les responsables des ONG locales des 12 départements sur la gestion des projets, suivi-évaluation, leadership, plaidoyer et mobilisation sociale		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.5. Organiser semestriellement une mission de supervision et de suivi de la		x	x	x	x	x	x	x	x	

	qualité des données transmises par les ONG de 03 jours										
	6.2.6. Acquérir 05 ordinateurs de bureau, 02 imprimantes, 02 vidéos projecteurs pour 02 ONGs qui travaillent avec le PNLT en 2024		x	x	x	x	x	x	x	x	
	Elaboration d'un référentiel efficace pour l'approche communautaire										
	6.2.7. Organiser 01 session résidentielle de formation des 24 formateurs sur le référentiel communautaire pendant 04 jours ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.8. Organiser 01 session de formation des membres des équipes cadres des districts sanitaires sur le référentiel communautaire pendant 03 jours dans chacune des 04 pôles (14 participants pour le pôle d'Owando, 38 participants pour le pôle de Brazzaville, 20 participants pour le pôle de Pointe Noire et 22 participants pour le pôle de Dolisie		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.9. Dupliquer et distribuer 100 exemplaires du référentiel communautaire ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.10. Organiser avec l'appui de 1 cadre du niveau central 1 réunion annuelle regroupant 20 participants par département pour une durée de 02 jours pour le plaidoyer sur l'implication communautaire		x	x	x	x	x	x	x	x	
	Renforcement de l'application du TDO Communautaire										
	6.2.11. Organiser un atelier de 5 jours en résidentiel avec 20 participants sur la révision et la validation du guide en DOT communautaire en 2023 ;										
	6.2.12. Organiser 1 fois par trimestre un atelier de formation de 4 jours en résidentiel avec 30 participants sur le guide de formation en DOT communautaire en 2024 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	

	6.2.13. Organiser 1 fois par trimestre un atelier de recyclage de 5 jours en résidentiel avec 30 participants sur le guide de formation en DOT communautaire en 2026 ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.14. Doter aux communautaires pour les visites à domicile 1500 fiches de collecte d'information ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.15. Dupliquer par an 1500 fiches de collecte d'information pour les visites à domicile ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.16. Organiser 3 VAD par semaine (2 malades /visite) avec 100 agents communautaires pour identifier les patients TB en 2024, et 1 fois par trimestre en 2025,2026 et 2027 ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.17. Assurer les frais de transport à 500 agents communautaires pour réaliser 5000 visites à domicile pour le suivi psychologique des patients souffrant de la tuberculose de 2023 à 2027 ;	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.18. Doter les crédits de communications à 300 agents de santé des CDT des FOSA de 52 DS et aux 500 agents communautaires pour le suivi des malades souffrant de la tuberculose.	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Renforcement des capacités des agents communautaires en Communication pour CCC dans l'observance du traitement									
	6.2.19. Organiser 3 sessions de 5 jours en résidentiel de la formation des formateurs des agents communautaires sur la PEC communautaire de la TB sensible dans les 05 pôles : Pôle BZV : BVZ- Pool ; Pôle Owando : Cuvette, Plateaux et Cuvette Ouest ; Pôle Sangha : Sangha et Likouala ; Pôle Bouenza : Bouenza et Lékoumou et le Pôle PNR : PNR, Kouilou et Niari en 2024	x	x	x	x	x	x	x	x	

	6.2 20. Organiser 3 sessions de formation de 5 jours en présentiel de 200 agents communautaires sur la PEC de la TB sensible dans les FOSA des 52 districts sanitaires en année 2024	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.21. Dupliquer 1500 outils de communication (dépliants, affiches, affichettes, boîtes à image) et les doter aux CDT des FOSA des 52 districts sanitaires en 2024									
	6.2 22. Organiser 2400 séances des causeries de la PEC de la tuberculose auprès des malades dans les CDT des FOSA des 52 districts sanitaires par les agents communautaires de 2023 à 2027									
	6.2.23. Équiper les agents communautaires avec les outils de travail (fiches de VAD, de recherche de PDV, de sensibilisation, etc...) pour effectuer des visites à domicile et accompagner les patients sous traitement	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.24. Assurer le coaching des agents communautaires dans tous les centres de prise en charge de la TB, en octroyant un forfait trimestriel de 25.000 F CFA par relais lead	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.25. Assurer trimestriellement une prime de 15 000 F, basées sur la performance de 02 agents de santé bénévoles évoluant dans les FOSA et impliqués dans la prise en charge de la tuberculose	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.26. Assurer les frais de communication pour appeler les malades perdus de vue (114 CDT en 2024, 207 en 2025, 254 CDT en 2026, 300 CDT en 2027	x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.2.27. Assurer l'acheminement des prélèvements collectés dans les prisons vers les laboratoires des CDT et CAT les plus	x	x	x	x	x	x	x	x	

		proches (1 transport par semaine pour les 07 maisons d'arrêt.										
6.3. Participation intra et intersectorielle pour la lutte contre la tuberculose	6.3.1.	Organiser des ateliers de plaidoyer avec l'éducation nationale pour une meilleure prise en compte de la TB dans l'enseignement élémentaire ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.3.2.	Organiser des ateliers de plaidoyer pour intégrer la TB dans les activités citoyennes ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.3.3.	Organiser un atelier de plaidoyer avec le Ministère des Finances pour l'amélioration du financement de la TB ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.3.4.	Favoriser l'intégration des services SR, VIH, HP, Diabète .		x	x	x	x	x	x	x	x	
6.4. Développement de la collaboration avec les praticiens de la médecine traditionnelle	6.1.1.	Organiser 01 atelier de plaidoyer par an regroupant chacun 15 tradipraticiens en collaboration avec le service gérant la médecine traditionnelle		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.1.2.	Mettre en place chaque année des fiches de références dans les lieux de prestations de médecine traditionnelle (100) ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.1.3.	Organiser une supervision semestrielle des prestataires de médecine traditionnelle dans leurs lieux d'exercice ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	6.1.4.	Instaurer une réunion annuelle bilan avec les responsables de médecine traditionnelle.		x	x	x	x	x	x	x	x	
Objectif 7 : 100% des patients sous traitement antituberculeux ne rencontrent	7.1. Conduite d'une évaluation CRG	7.1.1. Conduire une évaluation CRG (Communauté, Genre et droit humain)		x	x	x	x	x	x	x	x	
	7.2. Implication de femmes dans la lutte contre la TB	7.1.2. Rechercher un financement pour une évaluation CRG		x	x	x	x	x	x	x	x	
		7.2.1. Soutenir la mise en place et le fonctionnement d'un réseau des femmes survivants de la tuberculose ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		7.2.2. Mobiliser les femmes dirigeantes pour un dialogue et échange sur les questions clés de la tuberculose ;		x	x	x	x	x	x	x	x	

nt aucun obstacle lié aux droits humains et au genre		Favoriser l'intégration de la tuberculose dans les programmes de la santé maternelle et infantile.		x	x	x	x	x	x	x	x	
	7.3. Lutte contre la stigmatisation/discrimination et promotion de l'équité	7.3.1. Produire et diffuser 2 sketchs en langues nationales sur la stigmatisation la promotion de l'équité 48 fois/an (soit 4 passages par mois) au niveau de la télévision nationale et une chaîne de télévision privée de 2024 à 2027. 2024 à 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		7.3.2. Organiser trois sessions de formation de 5 jours regroupant 20 professionnels des médias sur la stigmatisation/discrimination et la promotion de l'équité dans les 12 départements de 2024 à 2026 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		7.3.3. Produire et diffuser 16 émissions (à raison d'1 émission par trimestre) télévisées de 30 minutes dans 2 chaînes de télévisions sur la lutte contre la stigmatisation/discrimination et la promotion de l'équité en lien avec la coïnfection TB/VIH de 2024 à 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		7.3.4. Produire et diffuser 16 émissions (à raison d'1 émission par trimestre) à la radio de 30 minutes dans 12 chaînes de radio nationale privées et communautaires sur la lutte contre la stigmatisation/discrimination et la promotion de l'équité en lien avec la coïnfection TB/VIH de 2024 à 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		7.3.5. Concevoir les outils de communication:(affiches (150/an), affichettes (150/an), dépliants (3000/an), boîtes à images (150/an)) sur la stigmatisation, la discrimination et la promotion de l'équité de 2024 à 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		7.3.6. Diffuser les outils de communication: d'affiches (150/an), affichettes (150/an), dépliants (3000/an), boîtes à images (150/an))		x	x	x	x	x	x	x	x	

		sur la stigmatisation, la discrimination et la promotion de l'équité de 2024 à 2027 ;										
		7.3.7. Organiser deux sessions de formation de 5 jours en résidentiel de 15 professionnels des médias des réseaux sociaux sur la stigmatisation/discrimination et la promotion de l'équité dans les 12 départements en 2024 et en 2026 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		7.3.8. Organiser une enquête STIGMA avec l'appui d'un consultant international en 2025.		x	x	x	x	x	x	x	x	
Objectif 8 : Assurer des mesures sociales et de protection sociale	8.1.Mise en place d'un soutien nutritionnel et social aux patients TB et TBMR	8.1.1. Assurer le maintien de la gratuité du dépistage et du traitement pour tous les patients atteints de tuberculose ;		x	x	x	x	x	x	x		
		8.1.2. Assurer la gratuité du bilan pré-thérapeutique et du bilan de suivi pour tous les patients souffrant de tuberculose dans tous les sites de prise en charge ;		x	x	x	x	x	x	x		
		8.1.3. Apporter un appui nutritionnel aux 840 patients tuberculeux vulnérables en 2024, 915 en 2025, 991 en 2026 et 1068 en 2027) ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		8.1.4. Subventionner les frais de transport des 840 patients tuberculeux vulnérables en 2024, 915 en 2025, 991 en 2026 et 1068 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		8.1.5. Faire un plaidoyer auprès du PAM et d'autres donateurs pour un soutien nutritionnel aux malades tuberculeux très vulnérables (indice de masse corporelle inférieur à 18,5 Kg/m ² ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		8.1.6. Faire un plaidoyer auprès des structures privées pour leur implication financière dans la lutte contre la tuberculose (de l'an 1 à l'an 5).		x	x	x	x	x	x	x	x	
		8.2.1. Organiser une réunion d'1 jour pour mettre en place une collaboration entre le PNLT et la direction générale des affaires sociales en 2023 en présentiel		x	x	x	x	x	x	x	x	

avec les services sociaux des FOSA et les circonscriptions d'Actions Sociales	8.2.2. Organiser un atelier de 5 jours en résidentiel regroupant 30 personnes pour l'élaboration du guide/outils de prise charge des séquelles liées à la tuberculose avec l'appui d'un consultant international en 2024.		x	x	x	x	x	x	x	x	
	8.2.3. Organiser une réunion de validation du guide/outils de la prise en charge des séquelles liées à la tuberculose de 3 jours en présentiel regroupant 45 personnes en 2024.		x	x	x	x	x	x	x	x	
	8.2.4. Assurer la prise en charge financière de 150 malades souffrant des séquelles liées à la tuberculose en 2025.		x	x	x	x	x	x	x	x	
	8.2.5. Dupliquer 350 exemplaires le guide/outils de la prise en charge des séquelles liées à la tuberculose en 2024.		x	x	x	x	x	x	x	x	
	8.2.6. Vulgariser en 350 exemplaires le guide/outils de la prise en charge des séquelles liées à la tuberculose en 2024		x	x	x	x	x	x	x	x	
Objectif 9. 100% des centres de dépistage et de traitement de la tuberculose ne connaissent pas de rupture de stock de médicaments et intrants	9.1. Disponibilité permanente des médicaments et intrants de laboratoire ATB	9.1.1. Acquérir les médicaments de première ligne pour 16803 patients atteints de la TB pharmacosensible en 2024, 18309 patients en 2025, 19815 patients en 2026 et 21368 patients en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	
		9.1.2. Acquérir les médicaments de deuxième ligne pour 347 patients atteints de la TB pharmacorésistante en 2024, 394 patients en 2025, 441 patients en 2026 et 488 patients en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	
		9.1.3. Acquérir les médicaments des effets indésirables pour les patients atteints de la TB pharmacorésistante y compris 10% de la pyridoxine pour les patients atteints de la TBPR		x	x	x	x	x	x	x	
		9.1.4. Acquérir les médicaments pour la prévention chez les enfants de 15 ans: 2016 en 2024, 2563 en 2025, 2972 en 2026 et 3205 en 2027		x	x	x	x	x	x	x	

TB dans l'année	9.2. Amélioration du suivi des stocks à tous les niveaux	9.2.1. Organiser 1 réunion trimestrielle de la Taskforce sur le suivi de la gestion des achats et des stocks de 2023 à 2027		x	x	x	x	x	x	x	x	
		9.22. Organiser 01 atelier de 3 jours regroupant 20 personnes en résidentiel pour élaborer le cadre de collaboration entre le PNLT, la CAMEPS et autres secteurs dans la gestion des intrants en 2023.		x	x	x	x	x	x	x	x	
		9.2.3. Organiser une supervision trimestrielle du niveau central vers le niveau départemental de 2023 à 2027		x	x	x	x	x	x	x	x	
		9.1.4. Organiser 01 supervision trimestrielle du niveau départemental vers le niveau du district sanitaire 2023 à 2027		x	x	x	x	x	x	x	x	
		9.2.5. Recruter un pharmacien GAS au niveau du PNLT		x	x	x	x	x	x	x	x	
		9.26. Organiser 01 supervision mensuelle du niveau district sanitaire vers les formations sanitaires 2023 à 2027		x	x	x	x	x	x	x	x	
		9.2.7. Organiser 01 atelier résidentiel de 5 jours regroupant 15 personnes sur la gestion informatique des produits de santé en 2024		x	x	x	x	x	x	x	x	
		9.28. Organiser 01 atelier de 5 jours regroupant 15 personnes en résidentiel pour élaborer les outils de gestion et de collecte des données en 2024.		x	x	x	x	x	x	x	x	
Objectif 10: Améliorer les capacités de gestion du PNLT	10.1. Mobilisation des ressources et engagement politique pour la lutte TB	10.1.1. Organiser des assises nationales de la tuberculose sous le haut patronage du Président de la république ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		10.1.2. Faire un plaidoyer auprès des organisations du patronat congolais pour le financement de la lutte contre la tuberculose ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
		101.3. Faire un plaidoyer auprès des structures privées pour leur implication financière dans la lutte contre la tuberculose (de l'an 1 à l'an 5) ;		x	x	x	x	x	x	x	x	

	10.1.4. Organiser annuellement une réunion de mobilisation des ressources additionnelles pour la lutte contre la TB ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.1.5. S'assurer annuellement de l'inscription d'une ligne pour la lutte contre la tuberculose dans le budget alloué au secteur santé ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.1.1. Faire un plaidoyer auprès des organisations internationales pour financer la lutte contre la tuberculose ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.1.2. Développer une stratégie de mobilisation de ressource avec l'appui d'un expert.		x	x	x	x	x	x	x		
10.2. Régularisation et mise en marche du dispositif du LNR	10.2.1. Organiser 01 réunion d'un jour en présentiel regroupant 20 participants venant du MSP, PNLT, DTS, OMS en 2023 pour le statut juridique du LNR		x	x	x	x	x	x	x		
	10.2.2. Organiser 01 atelier résidentiel de 5 jours pour l'élaboration des statuts du LNR regroupant 15 personnes (MSP, PNLT, DTS, ONG) en 2023		x	x	x	x	x	x	x		
	10.2.3. Organiser 01 atelier de validation du statut du LNR d'un jour en présentiel regroupant 25 personnes en 2023		x	x	x	x	x	x	x		
	10.2.4. Organiser 01 cérémonie officielle d'un jour du lancement des activités du LNR regroupant 100 personnes/invités		x	x	x	x	x	x	x		
	10.1.5. Recruter 10 techniciens de laboratoire au LNR en fonction des besoins en 2023		x	x	x	x	x	x	x		
	10.2.6. Assurer l'acquisition des 411 intrants et équipements du LNR et 5 outils informatiques en 2023		x	x	x	x	x	x	x		
	10.2.7. Assurer l'installation de l'équipement du LNR (matériel technique et outils informatiques) en 2023		x	x	x	x	x	x	x		

	10.2.8. Renforcer les capacités une fois par an de 10 techniciens du LNR sur la maintenance de l'équipement pendant son installation , 2 en année 2023, 2 en 2024, 2 année 2025, 2 en année 2026 et 2 en année 2027		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.2.9. Construire 01 incinérateur pour la gestion des déchets biomédicaux et faire l'adduction d'eau au LNR en 2023		x	x	x	x	x	x	x	x	
10.3. Réhabilitation du PNLT et des 14 sites à grande cohorte	10.3.1. Réaliser les travaux d'extension des locaux de la direction du PNLT		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.3.2. Equiper en mobilier la direction du PNLT ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.3.3. Réaliser un état des lieux l'état fonctionnel des sites à grande cohorte		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.3.4. Réaliser les travaux de réhabilitation des sites à grande cohorte.		x	x	x	x	x	x	x	x	
10.4. Renforcement du personnel du PNLT	10.4.1. Recruter les ressources humaines additionnelles pour la direction du PNLT afin de combler tous les postes vacants de l'organigramme		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.4.2. Rendre disponible une description systématique des postes élaborés		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.4.3. Affecter des ressources humaines additionnelles dans les services de prise en charge de la tuberculose		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.4.4 .Recruter 100 médiateurs communautaires évoluant dans les centres de dépistage et de traitement de la tuberculose 2023-2027		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.4.5..Recruter 05 chauffeurs au PNLT		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.4.6. Assurer la gratuité du diagnostic de la tuberculose du personnel les services de diagnostic et du traitement de la tuberculose annuellement		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.4.7. Assurer la participation du PNLT aux cours internationaux sur la tuberculose		x	x	x	x	x	x	x	x	

	10.4.8. Assurer la participation du PNLT aux conférences régionales et mondiales sur la tuberculose		x	x	x	x	x	x	x		
	10.4.9. Accorder une prime de risque à tous les agents de santé impliqués dans la prise en charge de la TBPR à raison de 4 personnes par service		x	x	x	x	x	x	x		
	10.4.10. Assurer les frais de formation de 05 cadres de la direction du PNLT dans les écoles ou facultés en Afrique ou en Europe dans le cadre de la gestion de la politique de gratuité		x	x	x	x	x	x	x		
10.5. Fourniture d'une assistance technique nationale et internationale	10.5.1 Recruter un assistant technique national chargé de programme à longue durée 2024- 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.5.2. Solliciter une assistance technique internationale pour le renforcement des capacités du PNLT et du LNR en 2024 et 2025 ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.5.3. Solliciter une assistance technique internationale pour la revue du PSN et PSN en 2026 ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.5.4. Solliciter une assistance technique internationale pour les missions rGLC en 2024, 2025, 2026 et 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.5.5. Solliciter une assistance technique pour l'élaboration ou la révision de référentiels techniques nationaux ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.5.6. Rédiger un manuel de procédures de gestion administrative et financière avec l'appui d'un consultant national		x	x	x	x	x	x	x		
	10.5.7. Solliciter une assistance technique pour la mobilisation des ressources.		x	x	x	x	x	x	x		
10.6. Appui au fonctionnement du PNLT	10.6.1. Acquérir 5 véhicules 4X4 pour les missions de supervision du niveau central vers le niveau intermédiaire et périphériques :		x	x	x	x	x	x	x		
	10.6.2. Acquérir des 52 motos (01 moto/district sanitaire) pour les agents		x	x	x	x	x	x	x		

	communautaires lead dans chaque district sanitaire pour le suivi e des malades										
	10.6.3. Acquérir 25 ordinateurs portables dont 10 en 2023 et 15 en 2024 pour les cadres de la direction du programme et 05gestionnaires de SGC		x	x	x	x	x	x	x		
	10.6.4. Acquérir un logiciel Tom pro de gestion comptable et financière au PNL ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.6.5. Acquérir des kits de connexion internet pour les chefs de département de la direction du PNLT et les sites à grande cohorte ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.6.6. Acquérir 02 imprimantes de type Canon IR2520 en 2024 pour la direction du PNLT ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.6.7. Doter les CDTs en téléphone portable ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.6.8. Acquérir 80 téléphones en 2023,34 en 2024, 46 en 2025, 47 en 2026 et 47 en 2027 ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.6.9. Payer les frais de connexion internet pour la direction du PNLT et les sites à grande		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.6.10.Payer un forfait mensuel de crédit de communication au personnel du PNLT et des sites de prise en charge		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.6.11. Acquérir des consommables de bureau pour la direction du PNLT		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.6.12. Créer un GFU entre les sites de prise en charge, les points focaux TB des départements, les points focaux TB des districts sanitaires et les sites		x	x	x	x	x	x	x	x	
10.7. Mise en place d'organes et de mécanismes efficaces de	Elaboration de directives et outils de gestion du système de suivi évaluation										
	10.7.1. Organiser 01 atelier de 05 jours en résidentiel regroupant 15 personnes sur l'élaboration des directives nationale sur le système de gestion et du suivi des données numérique de la TB		x	x	x	x	x	x	x	x	

suivi évaluation	10.7.2. Organiser 01 atelier de 05 jours à Brazzaville regroupant 30 personnes sur la validation des directives nationales de systèmes des gestions et suivi des données numérique et des outils de collecte des données supports durs ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.3. Organiser 01 atelier de 03 jours en résidentiel regroupant 20 personnes sur l'actualisation des outils de collecte des données TB ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.4. Organiser un atelier en résidentiel de 04 jours avec 104 (Médecins-chefs des districts sanitaires et chargé actions sanitaires) sur l'actualisation des registres d'enregistrement des cas présumés de TB ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.5. Organiser un atelier de 03 jours en résidentiel avec 15 personnes sur l'actualisation du guide de supervision incluant la vérification de la qualité des données du niveau Central vers les DDSSSa, des DDSSSa vers les DS et les DS vers les CDT;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.6.. Dupliquer et distribuer 64 guides de supervision du niveau Central vers les DDSSSa ver les DS et des DS vers les CDT ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.7. Organiser 01 atelier 05 jours en résidentiel regroupant 15 personnes sur l'élaboration des outils numériques de collecte/gestion et suivi de données des populations vulnérable, (les PVVIH, les jeunes et adolescents, les Autochtones, les Détenus, les réfugies les sujets contact TPBC/TBPR, et les malades du diabète année 2024;		x	x	x	x	x	x	x		
	Surveillance et renforcement de la qualité des données		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.8 .Organiser un atelier en résidentiel de 03 jours avec 15 personnes sur l'élaboration		x	x	x	x	x	x	x		

	du Manuel de procédure de gestion et de contrôle de qualité de données de la tuberculose;										
	10.7.9. Organiser semestriellement une réunion de 04 jours sur la validation des données des CDTs avec les 12 DDSSa et les CDTs, (114 en 2023 ; 160 en 2024 ; 207 en 2025 ; 254 en 2026 et 300 en 2027) ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.10.Organiser une mission semestrielle de supervision sur la qualité des données transmises par les ONGs, les services de santé à but lucratif et non lucratif (114 en 2023 ; 160 en 2024 ; 207 en 2025 ; 254 en 2026 et 300 en 2027) ;		x	x	x	x	x	x	x		
	Mise en place et utilisation du logiciel numérique DHIS2/ tracher		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.11.Organiser 01 atelier dans chaque département une formation des agents de santé pendant 03 jours à raison de 10 participants par département sur l'utilisation du logiciel de gestion et de suivi des données numérique de la TB pour la notification des cas (TB Tracker) avec toutes les parties prenantes en 2024 et 2026 ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.12. Organiser 01 mission de déploiement et de mise en place de 10 jours regroupant 20 personnes au niveau central et les 52 Districts sanitaires sur le logiciel de gestion et de suivi des données numérique de la TB pour la notification des cas (TB Tracker) par axe (Axe PNR ; Axe Sud Bouenza Lékomou ; Axe Centre Pool BZV Plateaux ; Axe Nord Cuvette, Cuvette- Ouest ,Sangha et Likouala).		x	x	x	x	x	x	x		
	Régularité de la tenue des organes et activités de suivi évaluation										
	10.7.13. Mettre en place le comité scientifique d'appui au PNLT ;		x	x	x	x	x	x	x		

	10.7.14. Mettre en place et faire fonctionner une plateforme multisectorielle pour la lutte ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.15. Tenir les réunions trimestrielles du comité scientifique d'appui pour assurer la TB ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.16 Mettre en place une taskforce pour la tuberculose pharmacorésistante ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.17 Tenir les réunions trimestrielles de la taskforce TB/MR ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.18. Organiser des supervisions à tous les niveaux ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.19. Organiser annuellement une journée thématique sur la tuberculose à l'occasion de la journée internationale de lutte contre la tuberculose sous le haut patronage du Ministre de la santé et de la population ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.20 Organiser une évaluation à mi parcours du PSN à l'an 3;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.21. Organiser une revue épidémiologique à l'an 4 ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.22. Organiser une évaluation et révision du PSN à l'an 4 ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.23. Organiser les activités de la demande de financement à l'an 4 ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.7.24 Elaborer chaque année un rapport annuel du PNLT		x	x	x	x	x	x	x		
	PILIER 3; INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L' INNOVATION										
Développement de la recherche et de l'innovation	Adoption et utilisation de nouveaux produits		x	x	x	x	x	x	x		
	10.8.1. Développer de nouveaux produits pour améliorer la performance du PNLT(dépistage actif RX ITL, trakers) ;(dépistage actif RX ITL, trakers) ;		x	x	x	x	x	x	x		
	10.8.2. Mettre en place une Task force pour la recherche opérationnelle sur les problématiques TB ;		x	x	x	x	x	x	x		

	10.8.3. Organiser un atelier d'élaboration d'un plan national de recherche opérationnelle avec toutes les parties prenantes ;		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.8.4. Renforcer les compétences du PNLT en recherche opérationnelle/ pour atteindre les objectifs.		x	x	x	x	x	x	x	x	
	Développement de thématiques prioritaires en recherche opérationnelle		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.8.5. Organiser une enquête sur la prévalence de la morbidité auprès des agents de santé des établissements en charge de la Tuberculose		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.8.6. Réaliser une enquête d'évaluation de la couverture des enfants mis sous prophylaxie de la tuberculosede la tuberculose		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.8.7. Organiser une enquête d'évaluation de l'impact de l'appui financier des patients TBPR sous traitement.		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.8.8. Organiser une enquête sur prévalence de la TB pharmaco-résistance auprès des sujets contacts.		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.8.9. Organiser une enquête sur la prévalence de la TB auprès des populations vulnérables		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.8.10. Réaliser une investigation sur les raisons des perdus de vue et des non évalués		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.8.11. Finaliser l'étude sur les couts catastrophiques		x	x	x	x	x	x	x	x	
	10.8.12. Rechercher des fonds pour la mise en œuvre de la recherche opérationnelle		x	x	x	x	x	x	x	x	

PLAN DE SUIVI EVALUATION DU PSN

Le suivi et évaluation joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre la tuberculose. Il est adossé à celui-ci et élaboré avec l'ensemble des services du PNLT, favorisant ainsi une compréhension commune et une meilleure appropriation des rôles et responsabilités. Il est aussi un dispositif qui permet de suivre et de renforcer les performances du PNLT.

Le système de suivi évaluation va utiliser des outils standardisés, des indicateurs de processus, produits/résultats, d'effet et d'impact. La collecte systématique des données, leur transmission et leur analyse vont se faire à tous les niveaux. Le dispositif sera aussi une tribune pour informer de la pertinence des stratégies et des procédures utilisées dans le cadre de la lutte au niveau du pays. Il sera aussi l'outil pour répondre au Fonds Mondial et les autres partenaires devant financer le PNLT. Le plan de suivi évaluation reste donc l'outil fondamental de suivi des interventions et de surveillance de la performance et sera adossé au PSN. Les organes de suivi mis en place au niveau du système général de santé seront utilisés pour la mise en œuvre et le suivi de ce plan stratégique avec un partage permanent des informations issues de la lutte. Il est important de noter :

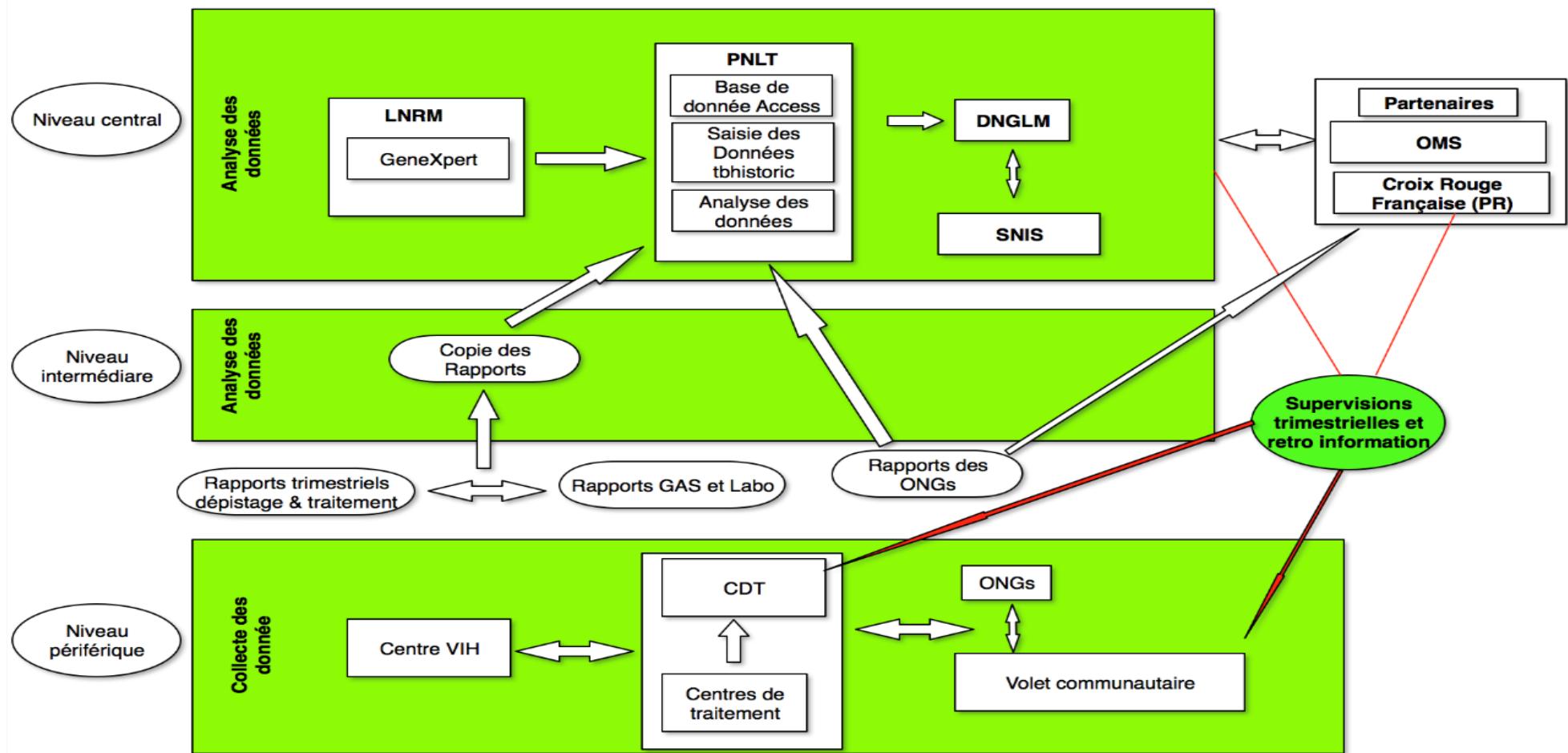
Principes

Un seul plan stratégique : Ce PSN devra être le seul document de référence, de mise en œuvre des activités de lutte contre la TB, et tous les partenaires devront s'aligner et harmoniser avec le dit document ; ils devront donc s'y référer et s'y inscrire.

- ***Un seul mécanisme de coordination et un seul calendrier*** (harmonisé de suivi des activités sur le terrain avec les partenaires et les services intra et extra sectoriels). L'unité centrale du PNLT va assurer la coordination, le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation.
- ***Un seul plan de suivi évaluation.*** A ce propos, le Plan de Suivi Evaluation que le PNLT a élaboré sera appliqué durant la période prévue de mise en œuvre du PSN

Ce PSN 2023-2027 sera évalué périodiquement (à mi-parcours puis à la fin) et les recommandations issues de ces évaluations devront aider le PNLT à recadrer les interventions.

Circuit de information



PLAN DE SUIVI EVALUATION DU PSN CONGO 2023-2027

	Méthode de calcul	Données de base			Source	Cible					Responsable
		Péodicité	Valeur	année		2023	2024	2025	2026	2027	
Indicateurs d'impact											
		Annuelle	5 632 681	2021	OMS	5 975 711	6 154 982	6 339 632	6 529 821	6 725 715	
Taux d'incidence pour 1000 hbts	Estimée par l'OMS	Annuelle	370	2021	OMS	365	364	361	357	353	
Taux de mortalité pour 1000 hbts	Estimée par l'OMS	Annuelle	54	2021	OMS	52	48	46	44	42	
Coûts catastrophiques liés à la TB		Annuelle			Enquête						
Indicateurs de résultats											
Couverture de traitement de la TB	Nombre de nouveaux cas rechutes notiés / incidence estimée	Annuelle	55%	2021	OMS	71%	75%	80%	85%	90%	
Nombre de cas notifiés, toutes formes de tuberculose : bactériologiquement	Total des cas notifiés, toutes formes de tuberculose : bactériologiquement	Trimestrielle, annuelle	11979	2021	Rapports trimestriels	15177	16 803	18 309	19 815	21 368	

confirmée + diagnostiquée cliniquement (nouveaux cas et récidives)	confirmée + diagnostiquée cliniquement (nouveaux cas et récidives)										
Proportion de cas de TB nouveaux cas et rechutes toutes formes, notifiés chez les enfants de moins de 15 ans (%)	Total des cas de TB nouveaux cas et rechutes toutes formes, notifiés chez les enfants de moins de 15 ans / Incidence estimée X100	Trimestrielle, annuelle	7.5%	2021	Trimestrielle, annuelle	10%	12%	14%	15%	15%	
Nombre de cas de TB nouveaux cas et rechutes toutes formes, notifiés chez les enfants de moins de 15 ans	Total des cas de TB nouveaux cas et rechutes toutes formes, notifiés chez les enfants de moins de 15 ans	Trimestrielle, annuelle	1125	2021	Trimestrielle, annuelle	1518	2016	2563	2972	3205	
Taux de positivité au dépistage	Nombre de frottis positif au dépistage divisé par le nombre total de frottis examiné pour le dépistage pour la période X100	Trimestrielle, annuelle	30%	2021	Rapports d'activités de laboratoire	25%	20%	15%	10%	10%	
Nombre de laboratoire utilisant le microscope LED	Nombre de laboratoires utilisant un microscope LED divisé par le nombre total de laboratoires de	Trimestrielle, annuelle	7	2021	Rapports d'activités de laboratoire	27	47	67	87	117	

	baciloscopie X 100 par année									
Nombre de laboratoires utilisant le test moléculaire rapide	Nombre de laboratoires utilisant le test moléculaire rapide divisé par le nombre total de laboratoires X 100 par année	annuelle	4	2022	Rapports d'activités de laboratoire	16	20	24	28	32
Proportion des patients TB nouveaux et rechutes notifiés ayant subi un test de diagnostic rapide en tant que test de diagnostic initial	Patients TB nouveaux et rechutes notifiés ayant subi un test de diagnostic rapide en tant que test de diagnostic initial divisé par le nombre total de cas nouveaux et rechutes notifiés	Trimestrielle, annuelle		2021	Rapports d'activités de laboratoire	40%	45%	50%	55%	60%
Proportion de laboratoires soumis au contrôle de qualité	Nombre de laboratoires soumis au contrôle de qualité divisé par le nombre total de laboratoires	Trimestrielle, annuelle	87	2022	Rapports annuel	114	160	207	254	300
Taux de performance des laboratoires au contrôle qualité			50%	2022	Rapports annuel	70%	80%	85%	90%	95%

Proportion de CDT ayant eu une rupture de fournitures ou réactifs de laboratoire ayant entraîné une interruption des examens de bacilloscopie pendant plus d'une semaine	Nombre de CDT ayant eu une rupture de fourniture ou réactifs de laboratoire ayant entraîné une interruption des examens de baciloscopie pendant plus d'une semaine divisée par le nombre de CDT ayant un laboratoire de baciloscopie fonctionnel pour la période X 100	Trimestrielle, annuelle	0%	2022	Rapports d'activités de laboratoire	0%	0%	0%	0%	0%
Taux de succès thérapeutique TB	Nombre de nouveaux cas de rechutes TB traités avec succès (guéris et traitement terminés) divisé par le nombre de nouveaux cas et rechutes enregistrés X 100	Trimestrielle, annuelle	78%	2021	Rapports trimestriel Rapport annuel	90%	90%	90%	90%	90%
Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TB pulmonaire bactériologiquement confirmés	Nombre de nouveau cas de TPBC traités avec succès (guéris et ayant terminé le traitement) divisé par le nombre de nouveaux cas TPBC enregistrés X 100	Trimestrielle, annuelle	75%	2021	Rapports trimestriels Rapport annuel	90%	90%	90%	90%	90%

Taux de succès thérapeutique des cas de TB déjà traités (retraitements)	Nombre de cas de retraitement traités avec succès divisé par le nombre total de cas de retraitement enregistrés X 100	Trimestrielle, annuelle	76%	2021	Rapports trimestriels Rapport annuel	90%	90%	90%	90%	90%
Taux de perdus de vue (interruption de traitement)	Nombre de patients enregistrés ayant interrompu le traitement pendant 2 mois ou plus divisé par le nombre total de cas enregistrés pour la période X 100	Trimestrielle, annuelle	12%	2021	Rapports trimestriels Rapport annuel	7%	6%	4%	3%	1%
Proportion de malades non évalués	Nombre de patients enregistrés à qui aucun résultat thérapeutique n'est attribué pour une quelconque raison (exemple : cas transférés) divisé par le nombre total de cas enregistrés X 100	Trimestrielle, annuelle	10%	2021	Rapport trimestriel	5%	4%	3%	2%	0%
Nombre des patients diagnostiqués TB-MR au laboratoire	Nombre de personnes à risque de TBMR ayant été testés positif au test moléculaire rapide	Trimestrielle, annuelle	133	2021	Rapports d'activités de laboratoires de GeneXpert	300	347	394	441	488

Nombre des patients diagnostiqués Pré XDR au laboratoire	Total de personnes à risque TBXDR confirmes PREXDR	Trimestrielle, annuelle	12	2022	Rapports d'activités de laboratoires de GeneXpert	24	21	20	18	15	
Nombre de patients diagnostiqués TB-XDR au laboratoire	Total de personnes à risque TBXDR confirmes XDR	Trimestrielle, annuelle	3	2022	Rapports d'activités de laboratoires cultures	12	11	8	4	5	
Nombre de patients atteints de TB /PR recevant un appui transport et nutritionnel	Nombre de malades diagnostiqués TB MR mis sous traitement de deuxième ligne divisé par le nombre total de cas diagnostiqués TB MR X 100	Trimestrielle, annuelle	216	2022	Registre de traitement TB MR, rapports de résultats de traitement TB MR	300	347	394	441	488	
Pourcentage des ménages affectés par la tuberculose qui font face à des coûts catastrophiques liés à cette maladie		Trimestrielle, annuelle		2022	Enquête en cours						
Taux de succès thérapeutique TBPR	Nombre de nouveau cas TBPR traités avec succès divisé par le nombre de cas TBPR enregistrés X 100	annuelle	80%	2021	Registre de traitement TB MR, rapports de résultats de traitement TB MR	80%		85%	85%	90%	

Proportion de structures de grande cohorte et guichets uniques respectant des normes simples de prévention de la transmission aérienne de maladies	Nombre de structures de grande cohorte et guichets uniques respectant des normes simples de prévention de la transmission aérienne de maladies	Trimestrielle, annuelle	0	2021	Registre de traitement TB MR, rapports de résultats de traitement TB MR	100%	100%	100%	100%	100%	
Proportion de patients atteints de TB dont le statut VIH est connu	Nombre de patients testés au VIH mis sous traitement prophylactique avec cotrimoxazole divisé par le nombre total de patients co-infectés pour la période X 100	annuelle	42%	2021	Rapports trimestriels de notification	90%	92%	95%	96%	98%	
Proportion patients TB ayant un test VIH positif (taux de co-infection TB-VIH)	Nombre de patients TB dont test VIH est positif divisé par le nombre de patient ayant un statut VIH connu X 100	Trimestrielle annuelle	42%	2021	Rapports trimestriels de notification	90%	92%	95%	96%	98%	
Proportion de patients co-infectés TB-VIH mis sous traitement prophylactique avec cotrimoxazole	Nombre de patients co-infectés mis sous cotrimoxazole divisé par le nombre total de patients co-infectés pour la période X 100	Trimestrielle annuelle	49%	2021	Rapports trimestriels de notification	90%	95%	98%	99%	99%	

Proportion de patients co-infectés TB-VIH mis sous TARV	Nombre de patients co-infectés TB-VIH mis sous TARV divisé par le nombre total de patients co-infectés pour la période X 100	Trimestrielle annuelle	69%	2022	Rapports trimestriels de notification	90%	95%	98%	99%	99%	
Proportion de personnes vivant avec le VIH chez qui une recherche de tuberculose a été faite dans l'année	Nombre de personnes vivant avec le VIH chez qui une recherche TB a été faite dans l'année - divisé par le Nombre total de PVVIH pour la période X 100	Trimestrielle annuelle	#VALEUR!	2021	Rapports trimestriels de notification	51%	75%	50%	64%	87%	
Nombre de personnes vivant avec le VIH mises sous TPT	Total des personnes vivant avec le VIH mises sous TPT		2 104,00	2022		11043	143,62	5791,00	7627,00	32832,00	
Proportion de personnes vivant avec le VIH mises sous TPT	Nombre de personnes vivant avec le VIH mises sous TPT	Trimestrielle annuelle	13%	2022	Rapports trimestriels de notification	55%	75%	54%	64%	80%	
Proportion de cas de TB nouveaux cas et rechute (toutes formes confondues) orientés par les acteurs communautaires (%)	Nombre de tousseurs chroniques orientés par la communauté reçus en consultation pour dépistage de la TB divisé par le nombre total de cas durant la période X 100	Trimestrielle annuelle	ND	2022	Rapports trimestriels de notification	10%	12%	17%	20%	25%	

Nombre de cas de TB nouveaux cas et rechute (toutes formes confondues) orientés par les acteurs communautaires (%)	Nombre de tousseurs chroniques orientés par la communauté reçus en consultation pour dépistage de la TB	Trimestrielle annuelle	ND	2022	Rapports de supervisions Rapport annuel	1518	2016	3113	3963	5342	
Taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechutes toutes formes de TB parmi les patients ayant bénéficié d'un accompagnement communautaire (%)	Nombre de cas de TB orientés par la communauté et ONGs divisé par le nombre total de cas notifiés (nouveaux cas et rechutes)	Trimestrielle annuelle	ND	2022	Rapports de supervisions Rapport annuel	90%	92%	93%	94%	95%	
Nombre des enfants de moins de 15 ans contacts évalués et éligibles, mis sous traitement préventif à RH	Enfants de moins de 15 ans contacts évalués et éligibles, mis sous RH divisé par le nombre d'enfants éligibles X 100%	Trimestrielle annuelle	107	2021	Rapports de supervisions Rapport annuel	1844	2521	4759	8025	13462	
Nombre de CDTs fonctionnels par an		Annuelle	87	2022	Rapports de supervisions Rapport annuel	114	160	207	254	300	
Taux de Disponibilité des guides techniques		Trimestrielle annuelle			Rapports de supervisions Rapport annuel	50%	90%	100%	100%	100%	

Proportion de CDT utilisant les supports révisés de l'information	Guide technique révisés, imprimés et distribués aux prestataires des structures de santé divisé par le nombre prévu X 100	Trimestrielle annuelle			Rapports de supervisions Rapport annuel	100%	100%	100%	100%	100%
Taux de complétude des rapports trimestriels)	Nombre de CDT ayant transmis leurs rapports trimestriels divisé par le nombre prévu X 100	Trimestrielle annuelle			Rapports de supervisions Rapport annuel	100%	100%	100%	100%	100%
Taux de complétude des rapports trimestriels du secteur privé	Nombre de rapports trimestriels du secteur privé transmis divisé par le nombre prévu X 100	Trimestrielle annuelle								
Taux de réalisation des supervisions trimestrielles du niveau intermédiaire vers les CDT	Nombre de CDT ayant envoyés leurs rapports trimestriels divisé par le nombre total de CDT fonctionnels pour la période X 100	Trimestrielle			Rapports de supervisions Rapport annuel	100%	100%	100%	100%	100%
Taux de réalisation des supervisions du niveau national vers les régions	Nombre de missions de supervision effectuées du niveau régional vers les CDT sur le nombre de supervisions du niveau régional vers les	Trimestrielle			Rapports de supervisions Rapport annuel	100%	100%	100%	100%	100%

	CDT prévues pour la période X 100									
Taux de mise en œuvre des réunions de cadre de coordination, de suivi et évaluation du PNLT (réunion de staff, réunions de comité scientifique, réunion Task force recherche, Task force TB%VIH, réunions avec CAMEPS)	Nombre de réunions de cadre de coordination, de suivi et évaluation divisé par le nombre prévu	Semestrielle			Rapports réunions supervisions Rapport annuel	100%	100%	100%	100%	100%

PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE

ACTIVITE NECESSITANT L'APPUI	PROFIL	PERIODE	RESPONSABLE	PERIODE					COUT ESTIME (\$)
				2023	2024	2025	2026	2027	
Révision du Guide sur la tuberculose	Expert international en gestion de la TB	ponctuelle	DPNLT	X				X	
Révision du Guide sur la TB pharmaco résistante	Expert international en gestion de la TBMR	ponctuelle	DPNLT	X				X	
Révision du Guide enfant	Expert TB international	ponctuelle	DPNLT	X				X	
Elaboration guide gestion des cas contacts	Expert TB international	ponctuelle	DPNLT	X				X	
Assistance technique pour l'approche qualité	Expert TB international	Ponctuelle	DPNLT	X	X				
Assistance technique appui au programme et recherche des cas manquants	Expert TB national	4 ans	DPNLT		X	X	X	X	
Assistance technique pour le renforcement du LNR	Biogiste expert en TB	2 ans	DPNLT		X	X			

Assistance technique internationale pour les missions rGLC	Experts TB international	ponctuelle	DPNLT	X	X	X	X	X	
Assistance technique internationale pour la Revue du PSN	Experts TB international	ponctuelle	DPNLT				X		
Assistance technique internationale pour l'élaboration du PSN	Experts TB international	ponctuelle	DPNLT					X	
Assistance technique pour manuel de procédures de gestion administrative et financière	Consultant financier national	ponctuelle	DPNLT	X					
Assistance technique pour mobilisation des ressources	Consultant international	ponctuelle	DPNLT	X					
Assistance technique pour la demande de financement en 2026	Consultants nationaux et internationaux	ponctuelle					X		