

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail-Justice-Solidarité
Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
Direction Nationale de l'Epidémiologie et de Lutte contre la Maladie
Programme National de Lutte contre la Tuberculose (**PNLT**)



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN GUINEE
PSN-TB 2022 - 2026

Janvier 2023

Table des matières

Préface	1
Liste des acronymes et abréviations	2
I. Introduction	3
II. Processus d'élaboration du PSN 2022-2026	3
III. Analyse de la situation du pays	4
3.1 Caractéristiques générales	4
3.2 Populations particulières	7
IV. Contexte sanitaire.....	8
V. Analyse de la charge de la tuberculose	12
VI. Organisation du programme national de lutte contre la tuberculose	23
VII. Analyse des forces et faiblesses, opportunités et menaces.....	25
VIII. Analyse des lacunes du programme.....	44
IX. Buts et objectifs.....	52
X. Identification des interventions stratégiques et des activités à mettre en œuvre	53
10.1 Description des interventions stratégiques	53
10.2 Activités à mettre en œuvre par intervention stratégique	56
XI. Cadre des indicateurs et des résultats ou cibles à atteindre.....	76
Le tableau ci-dessous représente les cibles du PSN 2022-2026 :	76
XII. Plan d'assistance technique	83
XIII. Résumé du budget	87

Table des figures

Figure 1 Carte administrative de la Guinée	5
Figure 2. Évolution du taux de mortalité en Guinée pour les patients TB VIH- et les patients co-infectés par le VIH, 2000 à 2021	12
Figure 3. Évolution du taux d'incidence, 2000-21 et du taux de notification, 2012-21 en Guinée.....	13
Figure 4. Évolution du taux de notification des cas de TB en Guinée, 2012-2021	14
Figure 5. Taux de notification de la TB toutes formes confondues pour 100 000 habitants par région, Guinée 2021	15
Figure 6. Évolution des proportions des formes de la TB parmi les cas notifiés de tuberculose en Guinée, 2017-21	15
Figure 8. L'évolution de sexe ration parmi les patients de la TB (nouveaux cas, rechutes) notifiés entre 2017 et 2021 et les sexe ratio parmi ces patients notifiés dans les différentes régions en 2021.....	16
Figure 9. La répartition des nouveaux cas et rechutes par classes d'âge en 2021 et l'évolution de la répartition entre 2017 et 2021.	17
Figure 10. Proportions des enfants 0-14 ans notifiés dans les différentes régions en 2021 et l'évolution du taux de dépistage entre 2017 et 2021.	18
Figure 11. Évolution de la prise en charge de la coïnfection TB/VIH chez les patients TB en Guinée.....	18
Figure 12. Notification et prise en charge de la coïnfection TB/VIH chez les patients TB par région en Guinée, 2021.	19
Figure 13. Notification et mise sous traitement des patients TB-RR/MR en Guinée, 2017-2021(Source DHIS2, Oct. 2022)	20
Figure 14. Évolution des résultats de traitements de la TB (nouveaux cas, rechutes), Guinée entre 2016 et 2020.....	22
Figure 15. Résultats de traitement de la TB (nouveaux cas, rechutes) par région, Guinée 2021	22

Table des tableaux

Tableau 1 Quelques indicateurs sociodémographiques et sanitaires	8
Tableau 2 Répartition géographique des infrastructures publiques de soins par Région. Erreur ! Signet non défini.	
Tableau 3. Cas présumés de tuberculose en 2016-22	13
Tableau 4. Nombre et proportion de cas de la TB pour 100 000 habitants par forme et par région, Guinée 2021.....	15
Tableau 5. Campagne de dépistage TB dans les prisons régionales et Maison centrale de Conakry en 2022 (Source les rapports d'activités du PNLT, 2022).	20
Tableau 6. Cibles du PSN 2022-2026	Erreur ! Signet non défini.

PREFACE

Les autorités sanitaires de Guinée ont placé la tuberculose parmi les problèmes majeurs de santé publique du pays. C'est ainsi qu'un programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) a été créé par arrêté ministériel No4571/MSPH/CAB/1990. Dès 1990 le PNLT a adopté la stratégie DOTS puis la stratégie « Halte à la tuberculose » en 2007. La lutte contre la tuberculose est une priorité inscrite dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2024. La mise en place du Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT) vise une gestion optimale afin de contribuer plus efficacement à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la tuberculose. Le PNLT a mis en œuvre plusieurs plans stratégiques de lutte contre la tuberculose (PSN TB) dans le but de bien définir les actions à prendre pour des périodes consécutives de cinq ans. La lutte contre la tuberculose a enregistré d'importants progrès à travers la conjugaison des efforts des différents acteurs de la lutte contre la tuberculose en Guinée appuyée par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Ainsi des résultats très tangibles tels que :

1. 91% des cas de tuberculose toutes formes (bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués) sont traitées avec succès ;
2. 97% de nouveaux cas et rechutes de tuberculose séropositifs au VIH, sont mis sous ARV au cours de leur traitement antituberculeux ont été enregistrés.

Le dispositif de prise en charge de la tuberculose multi résistante a été renforcé et décentralisé au niveau des régions. Le soutien nutritionnel et des frais de transport des malades ainsi que l'adoption du schéma court dans le traitement de la tuberculose multi résistante en vigueur depuis août 2016 ont permis de réduire significativement la durée du traitement et d'augmenter le taux de succès du traitement qui est de 76% pour la cohorte 2021. Malgré ces résultats satisfaisants, des faiblesses persistent surtout en matière de :

1. Diagnostic et de prise en charge de la tuberculose, de prévention et de contrôle de l'infection tuberculeuse,
2. Le passage à l'échelle de la recherche des cas contacts autour des cas index ;
3. La recherche des cas de tuberculose chez les enfants ;
4. La mise sous traitement de tous les cas diagnostiqués de tuberculose pharmaco résistante.

Ce nouveau plan stratégique 2022-2026 s'inscrit dans la continuité du précédent ainsi que du renforcement de la stratégie "Halte à la Tuberculose" et la mise en place progressive de la stratégie post-2015 « Elimination de la TB ». Il a été élaboré dans un processus participatif impliquant toutes les parties prenantes (Gouvernement, acteurs sanitaires et communautaires, PTF, société civile, secteur privé, populations clés etc.).

Ce PSN 2022-2026 est une mise à jour du PSN 2021-2025 qui est rendue nécessaire par l'environnement et l'évolution rapide en matière de lutte contre la tuberculose. Cette mise à jour a pris en compte l'analyse approfondie faite de la situation de la lutte contre la tuberculose en Guinée par les revues interne, épidémiologique et externe du programme en 2022 ainsi que les recommandations actualisées de l'OMS. De même, il a permis d'inclure la période des prochaines allocations de financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme 2023-2026. Des experts nationaux et internationaux ont collaboré dans l'identification des gaps, la mise à jour des cibles des indicateurs, la définition des axes stratégiques et la budgétisation des activités pour aboutir à un PSN TB pour la période allant de 2022 à 2026. Ce PSN TB est désormais la boussole de nos actions de lutte contre la tuberculose tout en étant un outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Pour les résultats enregistrés et les défis à relever, je voudrais au nom du Gouvernement, remercier tous les partenaires techniques et financiers qui ont toujours soutenu la lutte antituberculeuse en Guinée et qui certainement vont continuer de nous accompagner dans la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du présent plan stratégique national.

Je reste convaincu que leur appui se renforcera et se poursuivra jusqu'à la victoire contre la tuberculose.

Je demande à tous les acteurs de la lutte contre la tuberculose en Guinée de s'approprier ce plan et à en faire un outil de travail au quotidien

Conakry le2023

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Mamadou Pèthè DIALLO

Liste des acronymes et abréviations

AC	Agent communautaire	E	Conakry
aDSM	Active TB drug-safety monitoring and management	EDS	Ethambutol
ARV	Antirétroviral	ENASS	Enquête Démographique et De Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire		Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
ATB	Antibiogramme	eSIGL	Systèmes d'Information de Gestion Logistique
BCG	Bacille Calmette et Guérin	FCFA	Franc de la Communauté Francophone Africaine
Bdq	Bédaquiline	FM	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
BSD	Bureau des stratégies et du développement	FOSAP	Fonds de Soutien aux Activités en matière de Population
CARN-TB	Central African Regional Network for TB control	GDF	Global Drug Facility
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la tuberculose	rGLC	Green Light Committee
Cfz	Clofazimine	GT S&E	Groupe de travail de suivi et évaluation pour la tuberculose
CHRS	Centre Hospitalier Régional Spécialisé	TB	Isoniazide
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	H	Haut Conseil National de Coordination pour l'accès au Fonds Mondial
CMC	Centre médical de commune	HCNC	Hôpital de District de Moundou
CPA	Centrale Pharmaceutique d'Achat	HDM	Hôpital Général de Référence National
CPS	Conseillers Psycho Sociaux	HGRN	Hôpital de la Mère et de l'Enfant
CS	Centre de Santé	HME	Instance de Coordination Nationale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle	ICN	Indice de Développement Humain
CT	Centre de traitement de la tuberculose	IDH	Information- Education - Communication
CTX	Cotrimoxazole	IEC	Indice de masse corporelle
DGAS	Direction Générale des Activités Sanitaires	IMC	Isoniazide
DHIS2	District Health Information System 2	INH	Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
Dlm	Delamanid	INSEED	Inspection Régionale de Santé
DNELM	Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre la Maladie	JMP	Joint monitoring program, UNICEF/OMS
DNLBM	Direction Nationale des Laboratoires et de Biologie Médicale	LED	Light Emitting Diode
DNPM	Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament	LNRM	Laboratoire National de Référence des Mycobactéries
DOTS	Stratégie internationale de contrôle de la tuberculose	LPA	Line Probe Assay
DPML	Direction de la Pharmacie, des Médicaments et du Laboratoire	Lzd	Linezolid
DPS	Direction Préfectorale de la Santé	MA	Maison d'Arrêt
DS	District Sanitaire	MASPE	Ministère de l'Action sociale, de la Promotion féminine et de l'Enfance
DSIS	Division du Système d'Information Sanitaire	MDR	Multi Drug Résistant
DSR	Délégation Sanitaire Régionale	Mfx	Moxifloxacine
DST	Drug Susceptibility Testing		
DSVCO	Direction de la Santé de la ville de		

MPA	Mission Phil Africaine	RHN	Réunion de Haut Niveau des Chefs d'Etat et de Gouvernement
MR	Multi Résistante	RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
MSF	Médecins sans Frontières	SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
MSP	Ministère de la Santé Publique	SNIS	Système National d'Information Sanitaire
MTB	Mycobacterium tuberculosis	SR	Sous Récipiendaire du Fonds Mondial
MVE	Maladie à Virus Ebola	TARV	Traitement Anti Rétroviral
NC	Nouveau cas	TB	Tuberculose
NCTPM+	Nouveau Cas de Tuberculose à Microscopie Positive	TBB+	Tuberculose bactériologiquement confirmé
NFM	New Funding Model	TB/VIH	Coïnfection tuberculose/VIH
OBC	Organisation à Base Communautaire	TB-MR	Tuberculose multi résistante
ODD	Objectif du Développement Durable	TB-RR	Tuberculose Résistante à la Rifampicine
OHFOM	Œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte	TB-	Tuberculose Résistante à la Rifampicine ou Multi Résistante
OIM	Organisation Internationale des Migrations	RR/MR	Tuberculose ultrarésistante
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement	TB-XDR	Tuberculose sensible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	TBS	Traitemen Directement Observé
ONG	Organisation non Gouvernementale	TDO	Test de Diagnostic Rapide
PAO	Plan d'Action Opérationnel	TDR	Tuberculose Extra Pulmonaire
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités	TEP	Tuberculose pulmonaire
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée	TP	Traitemen préventif à l'isoniazide
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	TPI	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
PCR	Polymérase Chaîne Réaction	TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie négative
PDV	Perdu De Vue	TPM0	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
PEC	Prise En Charge	UNICEF	Union internationale contre la Tuberculose et les maladies respiratoires
PEV	Programme Elargi de Vaccination	UICTMR	Virus de l'Immunodéficience Humaine
PF	Point Focal	VIH	West African Regional Network for Tuberculosis
PLAN	PLAN INTERNATIONAL CANADA	WARN-TB	Z
PMA	Paquet Minimum d'Activités	Z	Pyrazinamide
PND	Plan National de Développement	ZCP	Zero Cost Policy
PNLT	Programme National de Lutte contre la tuberculose		
PNLSH	Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites		
PNPCSP	Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA		
PPM	Public Private Mix		
PR	Récipiendaire Principal du Fonds Mondial		
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement		
PSLS	Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida		
PSN	Plan Stratégique National		
PTF	Partenaire Technique et Financier		
Pto	Prothionamide		
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH		
R	Rifampicine		
Reco	Relais communautaire		
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat		

I. Introduction

La tuberculose (TB) demeure un problème de santé publique majeur en Guinée avec une incidence estimée en 2021 à 175 nouveaux cas et rechutes pour 100 000 habitants (toutes formes confondues), d'après le rapport annuel de l'OMS de 2022. Un plan stratégique national de lutte contre la tuberculose (PSN TB) pour la période de 2021 à 2025 a été élaboré. Le PNLT, avec l'assistance des parties prenantes, soumettra une requête de financement TB dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau cycle de financement du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FM) pour la période 2024-2026. La soumission est prévue au cours de l'année 2023. Par conséquent, le PSN TB doit être actualisé et budgétisé pour couvrir la période 2022 - 2026 avec l'adaptation des cibles à atteindre et des orientations stratégiques en tenant compte des nouvelles recommandations de l'OMS.

Le PSN TB se réinsère dans la Stratégie End TB de l'OMS tout en étant en ligne avec les engagements du pays pour l'atteinte des Objectifs du Développement Durable. Il introduit des interventions accentuant la décentralisation de la lutte contre la tuberculose, les interventions communautaires, l'amélioration de la prise en charge des patients tout en prenant en compte les problématiques du genre et des droits humains. Le PSN TB 2022-2026 constitue l'instrument-clé pour une mise en œuvre efficace des politiques définies pour cette lutte. Il reflète la vision du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose (PNLT) et s'intègre dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024). Le PSN TB 2022-2026 s'aligne également sur les priorités en matière de développement définies dans le PNDS.

Ce document repose sur une analyse approfondie de l'épidémiologie de la tuberculose et de la riposte à cette maladie jusqu'à ce jour et définit les objectifs et les axes stratégiques ainsi que les interventions et activités y afférentes. Les actions planifiées sont budgétisées et opérationnalisées. Un cadre de performance identifiant les indicateurs d'impact, d'effet et de couverture ainsi que leurs cibles a été élaboré et permettra le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique.

Le PSN TB renferme les principaux points suivants :

- Présentation du processus d'élaboration
- Analyse de la situation du pays
- Analyse de la situation de la tuberculose
- Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces
- Analyse des lacunes du programme
- Identification des interventions stratégiques et activités budgétisées à mettre en œuvre
- Cadres des cibles principales de l'impact, des effets et de couverture
- Plan d'assistance technique

II. Processus d'élaboration du PSN 2022-2026

Le processus de rédaction de ce plan stratégique national de lutte contre la tuberculose a connu la participation de cadres du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), de partenaires techniques et financiers ainsi que d'acteurs de la société civile impliqués dans la lutte contre la tuberculose en Guinée. Depuis les travaux de la revue épidémiologique, de la revue externe et ceux du présent PSN-TB 2022-2026, toutes les parties prenantes ont été fortement impliquées et se sont appropriées ce PSN-TB par une participation très active, transparente et inclusive.

Dans le processus de production de ce PSN-TB 2022-2026 l'équipe de la coordination du PNLT en collaboration avec les consultants recrutés ont procédé à une revue documentaire exhaustive. Du 9 au 12

janvier 2023, un atelier regroupant 30 participants.es comprenant toutes les parties prenantes a été organisé à Kindia. Pendant l'ouverture de cet atelier présidée par le Directeur Préfectoral de la Santé de Kindia, la Coordinatrice du Programme National de Lutte contre la Tuberculose de Guinée a décliné toutes les attentes que le PNLT et le MSHP ont des travaux de rédaction de ce PSN-TB. Quatre groupes ont été constitués pour travailler sur les thématiques suivantes : i) le Diagnostic précoce de la tuberculose – le traitement de la tuberculose, ii) Les activités de collaboration TB/VIH et prise en charge des comorbidités – Le traitement préventif de la tuberculose - engagement politique avec des ressources adaptées, iii) La mobilisation des communautés et des organisations de la société civile – La politique de couverture sanitaire universelle – Les cadres réglementaires sur l'enregistrement des faits d'état civil – La gestion des médicaments et des intrants - Suivi et évaluation, iv) La protection sociale - actions sur d'autres déterminants de la TB - Intensification de la recherche et de l'innovation.

Chaque groupe de travail en restant dans les thèmes qui lui sont attribués a proposé l'identification des lacunes programmatiques ainsi que la définition des axes et interventions stratégiques. A partir d'un cadre d'indicateurs validé en plénière, l'atelier a ressorti les activités de ce PSN. Les besoins en médicaments et consommables de laboratoire et le budget du PSN-TB ont été estimés sur la base des activités retenues. Un plan d'assistance technique a été défini en tenant compte des besoins du PNLT. Les consultants participaient aux travaux de groupes et faisaient à la fin de chaque journée une synthèse des produits de travaux de groupes en vue de la préparation du document final.

L'équipe de la coordination du PNLT en collaboration avec les consultants ont continué le processus de rédaction du PSN-TB par l'enrichissement de : i) la synthèse des Forces et Faiblesses, ii) la synthèse des lacunes -opportunités et menaces, iii) l'analyse de la charge de la tuberculose, iv) la relecture et finalisation des activités, v) l'estimation des besoins et des couts des médicaments et produits médicaux TB, vi) la budgétisation. Les consultants ont veillé à la cohérence entre les différentes parties du document draft0 tout en ne perdant pas de vue les aspects genre et droits humains. Pendant une séance organisée le 19 janvier 2023, toute l'équipe de la coordination du PNLT en collaboration avec les consultants ont amendé le PSN-TB 2022-2026. Un atelier de validation de ce PSN-TB réunissant toutes les parties prenantes a eu lieu le 20 janvier 2023.

III. Analyse de la situation du pays

3.1 Caractéristiques générales

3.1.1 Caractéristiques physiques

Située en Afrique occidentale, entre les 7° et 12° latitude nord et 8° et 15° longitude ouest, la République de Guinée est limitée à l'est par la Côte d'Ivoire et le Mali, au nord par le Sénégal et le Mali, au nord-ouest par la Guinée Bissau, au sud par le Libéria et la Sierra Leone et à l'ouest par l'Océan Atlantique. Elle est bordée par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'est en ouest et sur 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

3.1.2 Caractéristiques démographiques

Selon les données de projection du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 (RGPH3), la population guinéenne est de 12.907.395 habitants en 2021.¹ Elle est constituée en majorité de femmes (51,5%).

¹ <http://www.stat-guinee.org>

3.1.3 Situation administrative et politique

Sur le plan politique, la Guinée s'est engagée dans un processus démocratique qui garantit les libertés et les droits fondamentaux, dont le droit à la santé. La Guinée comprend quatre (4) régions naturelles : Basse Guinée (18% du territoire national), Haute Guinée (40%), Moyenne Guinée (22%) et Guinée Forestière (20%). Ces quatre (4) régions sont aménagées en huit (8) régions administratives : Conakry (considérée comme zone spéciale), Boké, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan et N'zérékoré.

Les Régions administratives de l'intérieur du pays sont subdivisées en 33 préfectures. Le pays compte 38 communes urbaines², dont 5 à Conakry, et 304 communes rurales. Ces collectivités sont subdivisées en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend ainsi huit (8) régions, soit huit inspections régionales de la santé (IRS) et 38 districts sanitaires ou directions préfectorales de la santé (DPS).

3.1.4 Caractéristiques socioéconomiques

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, il fait partie des pays les plus pauvres du monde. Selon les autorités, un peu moins de la moitié des Guinéens (44%) vivent en dessous du seuil national de pauvreté qui est estimé à 13 679 GNF/personne/jour (1,3 EUR) en 2019. Par ailleurs, l'économie reste encore en grande partie informelle, avec une part estimée à 41,5% du PIB et 96% des emplois en 2019.² La valeur de l'IDH de la Guinée pour 2021 s'établit à 0.465 – ce qui place le pays dans la catégorie « développement humain faible » et au 182e rang parmi 191 pays et territoires.

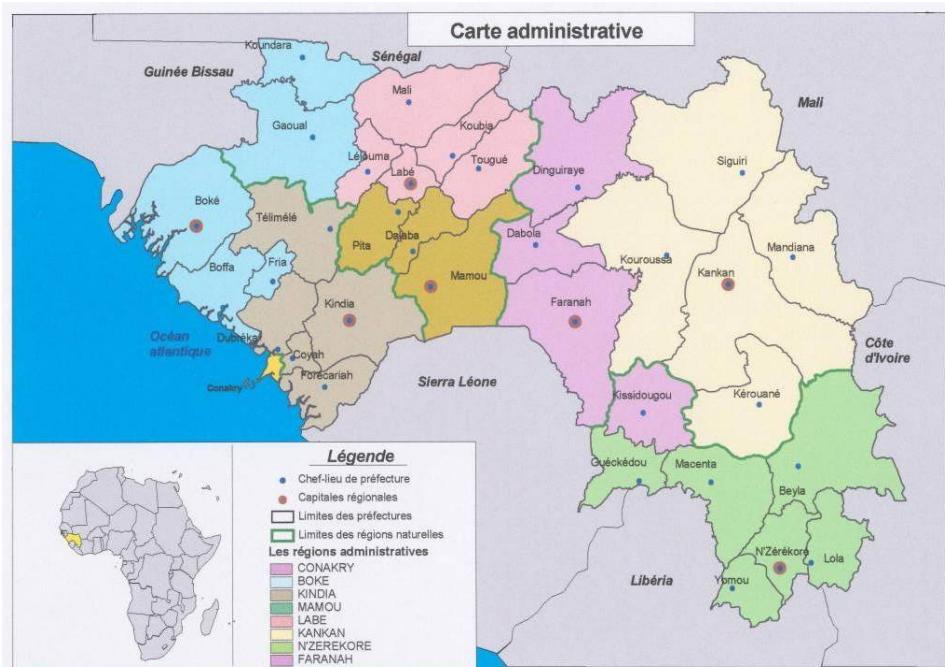


Figure 1 Carte administrative de la Guinée

² Ministère de L'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et Numérique, 2021 (<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/GN/situation-economique-et-financiere#:~:text=Selon%20les%20autorit%C3%A9s%2C%20un%20peu,96%25%20des%20emplois%20en%202019>).

Le Produit Intérieur Brut (PIB) en 2021 est de 1,189,2 USD par habitant.

Selon l'UNESCO, en 2012, le taux d'alphanétisation des adultes âgés de 15 ans et plus était de 32%⁵ pour l'ensemble du pays ; il était de 43.64% et 21.96% respectivement pour les hommes et les femmes. Le taux brut de scolarisation au primaire est passé de 78.3% en 2016 à 92,1% (année scolaire 2020-2021). Le taux brut de scolarisation des filles est passé de 70.63% en 2016 à 92.1% en 2021. Le taux brut d'achèvement de l'école primaire est de 59,3% pour les filles et 77,3% pour les garçons (l'année scolaire 2020-2021).

La Guinée est confrontée à des problèmes majeurs de santé mentale liés à la toxicomanie car la consommation de drogue est devenue fréquente chez les adolescents et les jeunes. Dans les établissements scolaires, 13,2% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 22,3% de la population est constituée de fumeurs.

3.1.5 Profil environnemental et cadre de vie

Selon le EDS 2018, 79% des ménages en Guinée consomment de l'eau provenant de sources améliorées ; cette proportion est nettement plus élevée en milieu urbain (98 %) qu'en milieu rural (70 %)³. Dans le domaine de l'assainissement, environ la moitié (52 %) des ménages utilise des toilettes améliorées, 33 % en milieu rural et 87 % en milieu urbain. - Malgré les efforts déployés pendant la riposte au virus Ébola, le lavage des mains au savon n'est toujours pas une pratique courante. En outre, il n'existe presque pas de latrines publiques à l'exception de quelques-unes généralement mal entretenues desservant certains marchés de Conakry, quelques rares gares routières et les bâtiments administratifs. Les autres centres urbains sont quasiment dépourvus d'assainissement collectif malgré la densité élevée de peuplement. Les ordures ménagères et les eaux usées sont le plus souvent déversées dans les caniveaux, les rues et les espaces libres. Le principal mode d'évacuation des ordures ménagères est le rejet dans la nature (espaces libres, cours d'eau, mer, caniveaux, etc....). Ce mode concerne 80% des ménages sur le plan national et plus de la moitié (52.6%) des ménages en milieu urbain. 14.4 % des ménages ont un système sain de débarras des ordures dont 4.5% en milieu rural. Le ramassage public des ordures ménagères ne se fait qu'à Conakry et ne concerne que 55.4 % des ménages.⁴

3.1.6 Égalité de genre, inclusion et droits humains

Les statuts et rôles inégaux et sexospécifiques entre les hommes et les femmes en Guinée, dus aux normes et valeurs de genre qui influencent la division du travail, les loisirs et la façon de vivre, mènent à différents profils d'exposition à la tuberculose selon leur sexe et d'autres facteurs intersectionnels d'identité (sexe, âge, handicap, revenu, ethnie, etc.). L'accès aux informations sur la maladie et moyens de prévention, ainsi qu'au dépistage et traitement, diffère selon le sexe, l'âge, le handicap, etc. En outre, les inégalités basées sur le genre au niveau des ménages limitent souvent la capacité des femmes de

³ République de Guinée. Institut National de la Statistique Ministère du Plan et du Développement Economique. Enquête Démographique et de Santé 2018, Conakry 2019 (EDS). - Voir aussi: OMS/UNICEF (Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene – JPM : Guinea), 2021 (<https://washdata.org/data/household#/dashboard/new>).

⁴ EDS 2018.

rechercher des soins du fait de leur dépendance économique et sociale aux hommes qui sont les décideurs principaux. Selon l'EDS 2018, 3 femmes sur 5 ont déclaré que c'est le mari/partenaire qui décide seul lorsqu'il s'agit de leurs soins de santé. En outre, plus de 68 % des femmes ont déclaré qu'au moins l'un des problèmes spécifiés parmi obtenir de l'argent pour se faire soigner, la distance jusqu'à l'établissement, et le fait de devoir se rendre seule pour être soignée, pouvait constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé.

Une étude genre et maladies endémiques réalisée au niveau national en 2021 a montré la persistance de normes de genre rigides et de formes de masculinités néfastes qui impactent négativement la lutte contre la tuberculose. Ainsi, les considérations traditionnelles liées au genre selon lesquelles ce serait au mari de dire à sa/ses femmes quoi faire en matière de santé représentent la raison principale de l'opposition des hommes à l'autonomie de leurs épouses dans le domaine de la santé. De plus, les femmes reçoivent un soutien limité pour le dépistage de la tuberculose de la part de leur époux/mari. En effet, dans toutes les zones et dans toutes les catégories d'âges, seuls 2 hommes sur 5 déclarent avoir apporté un soutien à son/ses épouses/conjointes pour faire le dépistage de la tuberculose. De plus, moins de la moitié des hommes s'occuperaient de l'administration des médicaments à l'enfant malade. Enfin, 56% des femmes disent que leur expérience de la violence domestique est un facteur qui affecte leur accès aux soins de santé.

Les hommes eux-mêmes subissent les effets de la masculinité puisque 14% des hommes déclarent que le fait qu'on attende d'un homme qu'il ne montre jamais ses faiblesses, limite leur volonté de réaliser les comportements de prévention concernant la tuberculose. Hommes et femmes sont unanimes à reconnaître une plus grande discrimination et stigmatisation des femmes malades de la tuberculose que leurs homologues hommes.

Le Plan National de Développement Économique et Social (2016-2020) souligne les lacunes à combler par la Guinée dans les domaines de la malnutrition, de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, de la mortalité maternelle, qui demeure parmi les plus élevées de la sous-région, et de la gestion durable de l'environnement. Selon ce plan stratégique, les inégalités entre les hommes et les femmes en Guinée persistent en raison de la continuité de pratiques et normes socioculturelles discriminatoires envers les femmes et les jeunes filles (comme les mutilations génitales féminines), de la faible application des lois protégeant les droits humains des femmes, du manque de ressources pour les programmes de la promotion de l'égalité des sexes, de l'accès réduit des femmes aux structures de microfinance et de la résistance de certains leaders religieux et traditionalistes à l'autonomisation des femmes.

3.2 Populations particulières

Il s'agit principalement des personnes privées de liberté et des miniers (employés des entreprises et miniers informels).

3.2.1 Personnes privées de liberté

Le pays compte huit (8) prisons situées dans les huit régions administratives et des prisons civiles dans les autres préfectures. Toutes les prisons sont dotées d'une infirmerie, avec un ou plusieurs agents de santé - infirmier ou agent technique de santé (ATS), un technicien de laboratoire et parfois un médecin.

Les prisons sont généralement surpeuplées et les cellules sont exiguës et peu ventilées. La prison centrale de Conakry abrite le plus grand nombre de détenus ; environ 3 000 prisonniers y étaient recensés au 2022 alors que sa capacité d'accueil initiale était de 300. La prison de Siguiri (zone aurifère) Pendant des campagnes de dépistage TB dans cinq prisons régionales et la Maison centrale de Conakry en 2022, 11

détenus ont été notifiés avec la tuberculose pharmaco-sensible (source : Rapports d'activités du PNLT, 2022)

3.2.2 Employés des entreprises minières et miniers informels

Ce secteur comprend d'une part les employés des entreprises minières et d'autre part les miniers informels qui exploitent les minerais de façon artisanale. Les entreprises minières disposent de services de santé : RUSAL, la Société Aurifère de Guinée (SAG), SMB, GAC, ALUFER, CHINALCO, la Société Minière de Dinguiraye (SMD), la Compagnie des Bauxites de Guinée (CBG). Ces entreprises sont localisées dans les préfectures de Boké, Fria, Siguiri, Dinguiraye, Kindia, Kérouané, Boffa, Telimélé, Conakry et Beyla.

Les miniers informels sont présents surtout en Haute Guinée. Leurs conditions de travail sont très précaires avec une forte exposition à la poussière et un risque élevé d'accident. Ils se caractérisent par une grande mobilité car ils sont continuellement à la recherche de nouveaux sites aurifères potentiellement plus riches. Bon nombre d'entre eux sont originaires d'autres régions ou des pays avoisinants, ce qui biaise l'estimation de la population dans ces zones.

IV. Contexte sanitaire

4.1 Aperçu des problèmes sanitaires auxquels le pays est confronté

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination. Le paludisme représente 40,8% des consultations, 45,3% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers. Les infections respiratoires aigües et les épisodes diarrhéiques représentent les deuxièmes et troisièmes causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité⁵. Le pays enregistre la survenue fréquente d'épidémies de choléra, de méningite et de rougeole. Le pays a été frappé entre 2013 et 2016 par l'épidémie de la Maladie à Virus Ébola (MVE).

Par ailleurs, les maladies chroniques deviennent de plus en plus importantes dans la population. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec une prévalence de 12,4% en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'hypertension artérielle, des cancers du col de l'utérus (0,5% des femmes) et du cancer du foie (31,5 pour 100 000).⁶ Le [Tableau 1](#) présente les principaux indicateurs sociodémographiques et sanitaires du pays.

Tableau 1 Quelques indicateurs sociodémographiques et sanitaires.

Indicateurs	2005 (EDS III)	2012 (EDS IV MICS)	2018 (EDS V)
Taux brut de natalité	38,4‰	34,0‰	33,6‰
Taux brut de mortalité	14,6‰	10,19‰	8,7‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	163‰	122 ‰	111‰
Taux de mortalité infantile	91‰	67‰	67‰
Taux de mortalité maternelle	980/100 000 nv	724/100 000 nv	576/100 000 nv
Indice synthétique de fécondité	5,7	5,1	4,8

5 EDS 2012

6 Enquête STEPS 2010

Taux de mortalité néonatale	39%	33%	32%
Couverture d'au moins une consultation prénatale	82%	85%	81%
Taux d'accouchements assistés	38%	47%	55%
Taux de prévalence contraceptive	9%	8,5%	11%
Taux de séroprévalence VIH	1,5%	1,7%	1,5%
Espérance de vie	62 ans	58,9 ans	59 ans
Indice de pauvreté	53,0%	55,2%	55,2%
Insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	26%	18%	16%

4.2 La politique nationale de santé

La République de Guinée reconnaît dans sa constitution la santé comme un droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Le pays s'est doté d'une politique nationale de santé qui est l'instrument de la mise en œuvre de cette obligation constitutionnelle et qui s'intègre dans la politique globale du développement du pays.

Le PNDS 2015-2024 est l'instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Il a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la population guinéenne. Il comprend trois orientations stratégiques qui sont le renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence ; la promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées ; et le renforcement du système national de santé. Il vise à atteindre des impacts. La tuberculose figure dans l'impact vi : « les létalités liées aux maladies telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA seront réduites par rapport à leur niveau de 2015 ».

4.2.1 Vision

La nouvelle politique nationale de santé se donne comme vision une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation.

4.2.2 Fondements

La constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental en son article 15 qui stipule ce qui suit : « chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'État a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux ».

La politique nationale de santé repose sur les engagements du gouvernement du fait de son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé sur le plan mondial, régional et national.

4.2.3 Principes directeurs

La politique nationale de santé est basée sur l'approche des Soins de Santé Primaires avec comme niveau opérationnel le district sanitaire. La mise en œuvre de cette politique est guidée par les principes directeurs suivants :

- Efficience
- Soins centrés sur les personnes et les services intégrés
- Gestion axée sur les résultats
- Décentralisation/ déconcentration
- Partenariat

4.2.4 Réformes

La Guinée a adopté en 1988 l'approche des Soins de Santé Primaires comme fondement de sa politique nationale de santé. Cette approche va se poursuivre avec les réformes de Revitalisation des Soins de santé Primaires et de Renforcement du système de santé. Ces réformes intègrent entre autres :

- La réforme de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) avec une réforme de financement de la santé ;
- La réforme des prestations de soins et services de santé intégrés et centrés sur la personne avec une réforme de santé communautaire et une réforme hospitalière ;
- La réforme des politiques publiques avec une promotion de la santé dans les politiques sectorielles, le renforcement de la multisectorialité et une participation citoyenne dans les secteurs de développement à hauteur de 1 à 2% de leur budget consacré à la santé publique ;
- Les réformes du leadership et de la gouvernance sanitaire avec des réformes et mesures sur la décentralisation et la déconcentration, l'organisation et la gestion sanitaire, la coordination du secteur santé, la législation et la régulation sanitaires, la participation citoyenne et l'harmonisation des normes et standards sanitaires ainsi que les procédures de gestion des ressources, d'audit, d'inspection, de contrôle de gestion, de supervision intégrée, de monitorage et d'évaluation.

4.3 Système de santé

Le système national de soins est organisé de manière pyramidale et comprend les secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

Dans le secteur public, en 2016, le pays compte 410 centres de santé et 960 postes de santé au niveau primaire ; 38 hôpitaux (Hôpitaux Régionaux, Hôpitaux Préfectoraux et Centres Médicaux Communaux) au niveau secondaire ; et trois (3) hôpitaux nationaux au niveau tertiaire. Ce type d'organisation repose sur la séparation des fonctions de ces différents niveaux de soins avec une complémentarité devant assurer une continuité des soins. Ce modèle d'organisation qui repose sur le concept de district de santé reste pertinent sur le plan conceptuel. L'entité préfecture qui constitue le district sanitaire dispose des éléments essentiels pour un fonctionnement cohérent à savoir un hôpital de district et un réseau de postes et centres de santé. Un tel dispositif est susceptible d'assurer une certaine continuité des soins, notamment avec l'appui des hôpitaux régionaux.

Pour le volet pharmaceutique public, il est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. La PCG a pour mission de distribuer les produits et consommables médicaux. Elle comprend un dépôt central (Conakry) et six (6) dépôts régionaux : Conakry, Boké, Labé, Kankan, Faranah et N'zérékoré.

Le système d'approvisionnement est organisé autour d'un système logistique intégré qui est piloté par la PCG. Tous les intrants qui sont acquis sont réceptionnés, stockés et distribués par la PCG jusqu'au niveau des dépôts régionaux. La distribution se fait par allocation trimestrielle à travers un état de répartition de l'unité GAS du PNLT.

Le financement des intrants (médicaments de première et de deuxième lignes, produits de laboratoire) destinés à la lutte antituberculeuse est assuré par un cofinancement entre l'État et ses partenaires -OMS, Action Damien, OFHOM, MSF, MPA national- (25%) et le FM (75%). Les acquisitions à travers le

financement FM passent par le GDF et celles assurées par le budget de l'État passent par la structure de passation des marchés du ministère de la santé.

La réception des commandes est assurée par un comité mis en place par arrêté du ministre de la Santé, composé de la DNPM, de la cellule de passation des marchés et du ministère de l'économie et des finances. Il existe une unité de gestion logistique au niveau de la DNPM.

Un groupe technique GAS-TB pour la quantification des intrants et la coordination des approvisionnements des produits TB a été mis en place. La quantification des médicaments se fait à l'aide de l'outil QuanTB et celle des intrants de laboratoire se fait sur un fichier Excel piloté par le LNRM.

Deux nouvelles directions ont été mises en place au niveau du ministère de la santé ; il s'agit de la Direction Nationale des Laboratoires et de Biologie Médicale (DNLBM) et de la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM).

Le secteur parapublic est composé de dispensaires et d'hôpitaux des entreprises minières/agricoles et des garnisons militaires. Les structures de santé militaires comprennent 16 Unités Médicales des Armées, 8 Centres Médico-Chirurgicaux des Armées et un Hôpital Militaire tandis que les établissements de soins miniers sont localisés dans les préfectures de Boké, Fria, Siguiri, Dinguiraye Kérouané, Conakry et Beyla.

Le secteur privé est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et un autre non lucratif (ONG et confessions religieuses). Le sous-secteur privé formel comprend 41 cliniques, 106 cabinets médicaux, 17 cabinets dentaires, 16 cabinets de sage-femme, 152 cabinets de soins infirmiers, 4 centres d'exploration médicale et 35 centres de santé associatifs et confessionnels. Le secteur privé informel est composé de 1044 structures recensées toutes catégories confondues dont les 2/3 se retrouvent dans la ville de Conakry⁷.

Le niveau communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec les relais communautaires (RECO) et les prestataires de la médecine traditionnelle. Les SBC ont été initiés depuis 1992 par le Ministère de la Santé (MS) pour améliorer l'accessibilité des populations aux soins et services. Les agents de santé communautaires assurent le relais entre les postes de santé et les ménages. Actuellement, le paquet d'activités des agents communautaires inclut entre autres, la surveillance épidémiologique, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né (PCIME) et l'application du DOTS communautaire.

Le faible effectif de RECO (5 autour d'un centre de santé), l'insuffisance de moyens logistiques pour ces derniers et l'utilisation insuffisante des canaux de communication ne permettent pas à l'ensemble de la population d'accéder aux services fournis par les RECO (messages éducatifs et prise en charge des maladies -tuberculose/VIH, etc.).

⁷ Documents préparatifs des États généraux de la Santé/l'Offre et les Prestations de Services

V. Analyse de la charge de la tuberculose

5.1 Estimations de l'OMS

5.1.1 Mortalité

En l'absence de système performant d'enregistrement des causes de décès en Guinée, la mortalité due à la tuberculose ne peut pas être mesurée directement. En 2021, la mortalité par la TB (excluant VIH+) en Guinée a été estimée à 16 (13 – 34) décès pour 100 000 habitants, la mortalité par la TB chez les patients TB coinfestés par le VIH à 8,3 (5,3 – 12) décès pour 100 000 habitants (Rapport sur la tuberculose au monde, 2022) (Figure 2).

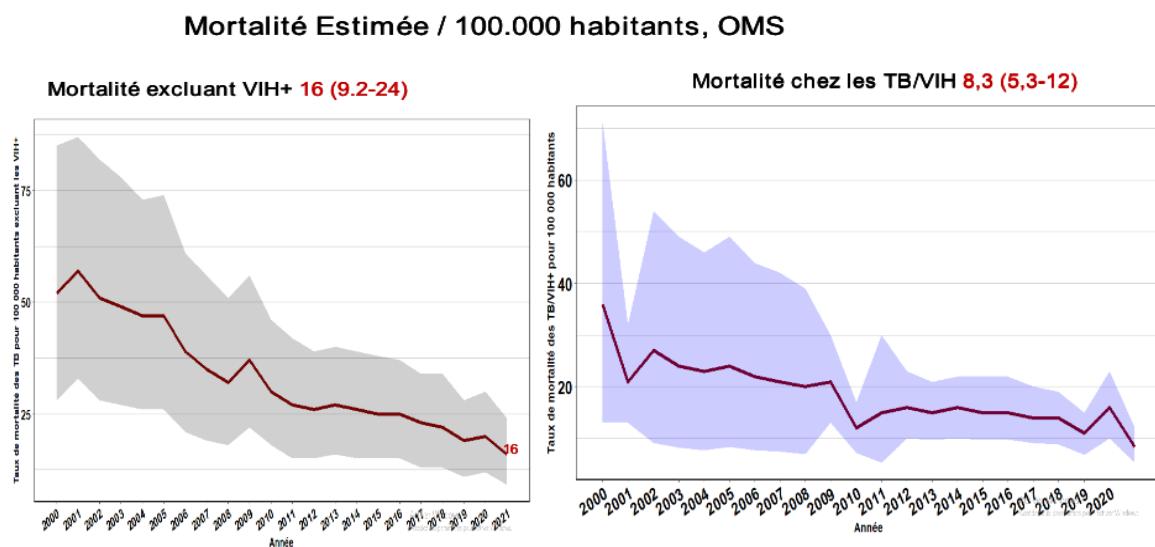


Figure 2. Évolution du taux de mortalité en Guinée pour les patients TB VIH- et les patients coïnfestés par le VIH, 2000 à 2021.

Entre 2000 et 2008 on observe une diminution du taux de la mortalité assez remarquant. Ce taux passe de 59 à 36 et de 36 à 15 décès pour 100.000 habitants pour les patients VIH- et les patients coinfestés TB-VIH, respectivement. Une hausse légère a été enregistrée en 2009 (coïncidant avec la survenue de troubles sociaux qui ont entravé la réalisation de plusieurs activités), suivie d'une diminution à partir de 2010. De 2011 à 2014, la mortalité a stagné. Une baisse de 25 à 16 décès et de 15 à 8.3 décès pour 100.000 habitants, respectivement, a été enregistrée entre 2015 et 2021 pour les deux groupes de patients.

5.1.2 Incidence

Le taux d'incidence connaît une évolution constante à la baisse entre 2000 et 2013 passant de 228 à 177 cas pour 100.000 habitants. De 2013 à 2021, la baisse est faible, de l'ordre de 0.1% par an, alors que l'incidence mondiale décroît à un taux annuel de 2% entre 2015 et 2020 (OMS Rapport Mondial sur la Tuberculose de 2021)

En 2021, une différence importante a été constatée entre le taux de notification des cas TB (nouveaux cas et rechutes) qui est de 139 cas pour 100.000 habitants et le taux d'incidence qui est de 175 cas pour 100.000 habitants. Selon l'estimation de l'OMS, plus de 5 500 manquent à la notification (Figure 3).

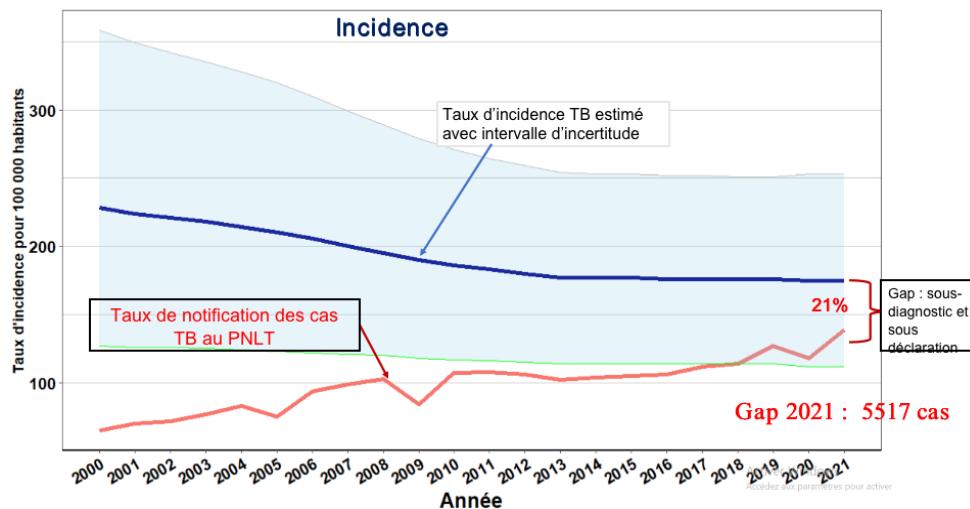


Figure 3. Évolution du taux d'incidence, 2000-21 et du taux de notification, 2012-21 en Guinée.

5.2 Données de notification

5.2.1 Dépistage de la tuberculose

Le nombre de cas présumés de tuberculose soumis à un examen bactériologique en 2022 était de 58,733 pour tout le pays, parmi lesquels 13,200 ont été positifs à l'examen bactériologique, soit un taux de positivité de 22%. Ce taux de positivité est resté presqu'inchangé depuis 2016 (Tableau 3). Il est très élevé par rapport au taux attendu qui est autour de 10% et suggère une identification tardive des cas présumés de tuberculose, biaisée par les patients ayant les signes et symptômes de tuberculose les plus marqués et étant déjà dans un stade avancé de leur maladie.

Tableau 2. Cas présumés de tuberculose en 2016-22.

Année	Cas présumés de tuberculose soumis l'examen bactériologique	Cas présumés de tuberculose avec résultats d'examen bactériologique positifs	Taux de positivité
2016	33183	7237	22
2017	34041	7474	22
2018	43241	8869	21
2019	54288	8641	16
2020	41619	8450	20
2021	56996	10512	18
2022	58733	13200	22

5.2.2 Notification des cas de tuberculose

En 2021, 18.438 nouveaux cas et rechutes ont été notifiés et total des cas de tuberculose notifiés s'est élevé à 18.754 cas. Le taux de notification pour 100.000 habitants est de 139 cas. Ce taux a connu une baisse entre 2012 et 2014 passant de 106 à 95 cas pour 100.000 (Figure 5). L'épidémie de la maladie à virus Ébola a contribué à cette situation. En 2015, le taux de notification a augmenté pour atteindre 108 cas pour 100.000 habitants puis a connu une hausse progressive, interrompu par la pandémie à covid-19, pour atteindre 139 cas pour 100.000 en 2021. (Figure 4). Comme illustré dans la Figure 1, avec les 18.438 cas notifiés, le PNLT n'a pu détecter que 79% des cas existants estimés pour 2021 par l'OMS.

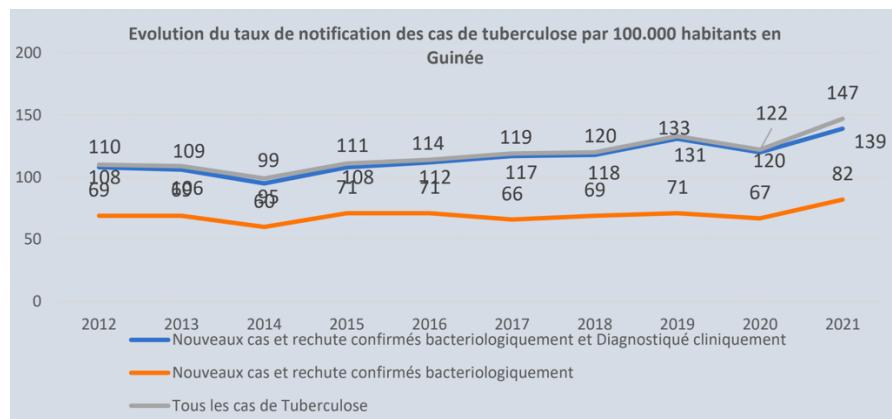
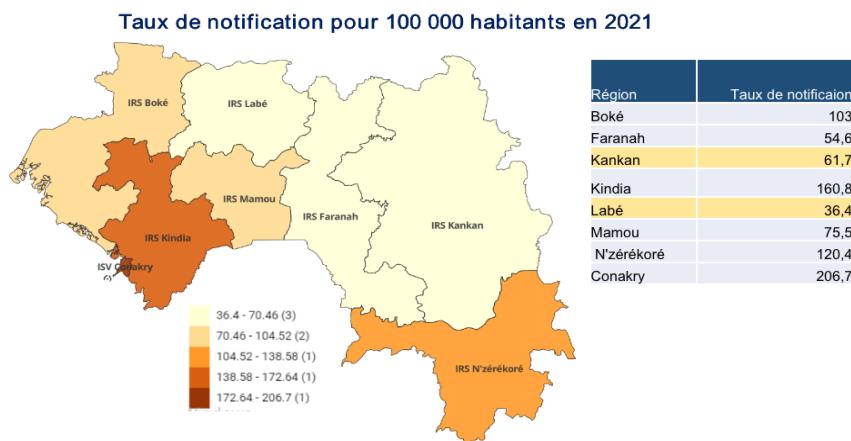


Figure 4. Évolution du taux de notification des cas de TB en Guinée, 2012-2021.

Le taux de notification des cas de la TB présente des disparités importantes entre les différentes régions (Figure 5) et, comme attendu, entre les différentes communes. Ainsi, dans la commune Kaloum à Conakry on a observé un taux allant jusqu'à 786 par 100.000 habitants en 2021. Les régions de Labé, Faranah et Kankan ont, pour leur part, un taux de notification compris entre 36 et 70. Le taux de notification des régions de Boké et Mamou se trouve dans la fourchette de 71 et 105 ; celui de N'zérékoré se trouve dans la fourchette 139 et 173 cas pour 100 000 habitants.



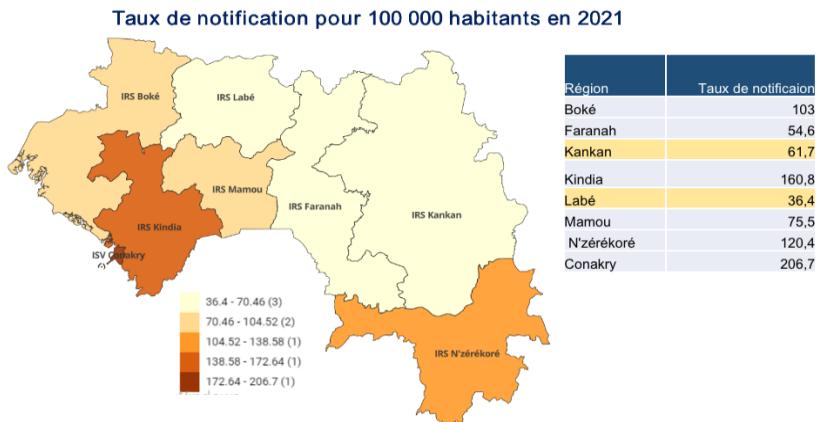


Figure 5. Taux de notification de la TB toutes formes confondues pour 100 000 habitants par région, Guinée 2021.

Les proportions des différentes formes des cas de la TB montrent peu de variation entre 2017 et 2021.

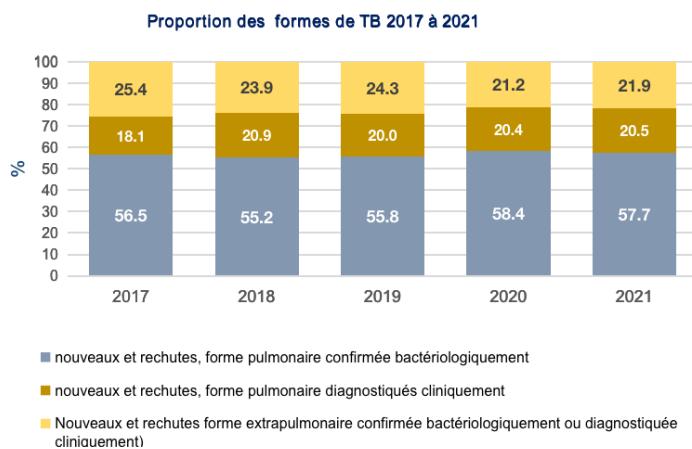


Figure 6. Évolution des proportions des formes de la TB parmi les cas notifiés de tuberculose en Guinée, 2017-21.

En revanche, les disparités en termes de notification entre les régions se reflètent, également, dans les différentes proportions de formes de la TB notifiées (Tableau 4).

Tableau 3. Nombre et proportion de cas de la TB pour 100 000 habitants par forme et par région, Guinée 2021.

Année	Région	Nouveaux cas de TB extrapulmonaire, confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement	%	Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire, confirmés bactériologiquement	%	Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire, diagnostiqués cliniquement	%	Total
2021	DSV Conakry	2926	36%	3500	43%	1696	21%	8122
2021	IRS Boké	216	16%	954	72%	150	11%	1320
2021	IRS Faranah	58	9%	537	83%	50	8%	645

2021	IRS Kankan	312	21%	845	58%	309	21%	1466
2021	IRS Kindia	585	19%	1864	62%	570	19%	3019
2021	IRS Labé	43	10%	338	81%	37	9%	418
2021	IRS Mamou	105	17%	411	68%	86	14%	602
2021	IRS N'zérékoré	421	18%	1502	65%	375	16%	2298

Pour l’explication des différents taux de notification en Guinée plusieurs facteurs doivent être pris en compte, en premier lieu l’éventail des taux d’incidence dans les différentes régions, dépendant des facteurs déterminants de l’endémie comme le taux d’urbanisation ou la densité de la population, mais après également la disponibilité, l’accessibilité et la qualité des services TB. Pour la région de Conakry il faut également rappeler le fait qu’elle renferme les centres historiques de lutte antituberculeuse tels que le CAT de la Carrière (commune de Matam), l’hôpital Ignace Deen et le CDT du port (Kaloum), tous connus comme tels parmi les populations. De plus, le CDT de Matam MSF reçoit les patients coinfectés TB/VIH des préfectures de Dubréka et Coyah. Finalement, la proportion importante de cas de la TB cliniquement diagnostiquée à Conakry peut trouver son explication dans la présence des centres de référence, des spécialistes et des moyens de diagnostic plus sophistiqués dans la capitale.

- **Répartition des nouveaux cas et rechutes selon le sexe et les groupes d’âge**

Le sexe ratio (H/F) parmi les nouveaux cas et les rechutes de la TB notifiés en Guinée en 2021 est de 1,6. La Figure 7 présente l’évolution du sexe ratio au cours des années 2017-2021 ainsi que le sexe ratio parmi les cas de TB notifiés dans les différentes régions en 2021.

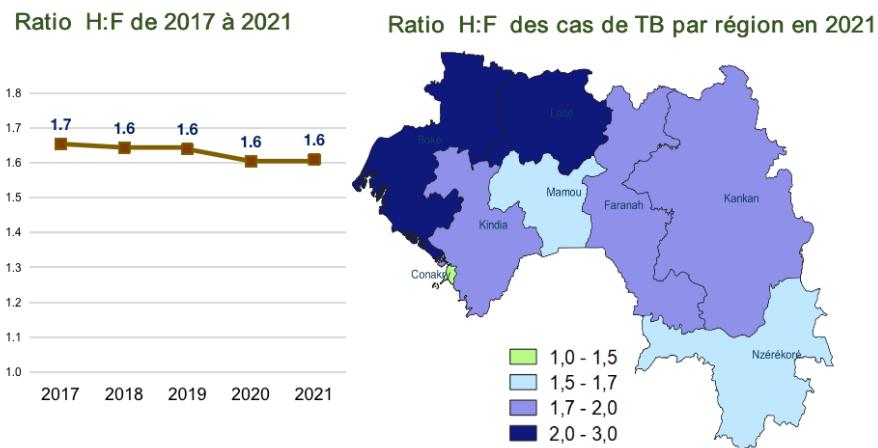


Figure 7. L’évolution de sexe ration parmi les patients de la TB (nouveaux cas, rechutes) notifiés entre 2017 et 2021 et les sexe ratio parmi ces patients notifiés dans les différentes régions en 2021.

La répartition par groupe d’âges des cas de tuberculose notifiés en 2021 montre que 70% des cas se trouvent dans le groupe d’âge entre 15 et 44 ans ; ce qui traduit une transmission très intense de la tuberculose au sein de la population. Les personnes plus touchées représentent la force productive et économique du pays. La proportion de patients déclarés reste faible dans les groupes d’âge 0-14 ans et

55+. Cette répartition entre les groupes d'âge, n'a pas changé d'une façon significative au niveau national entre 2017 et 2021, à part d'une légère augmentation dans le groupe d'âge 0-14 ans (Figure 8).

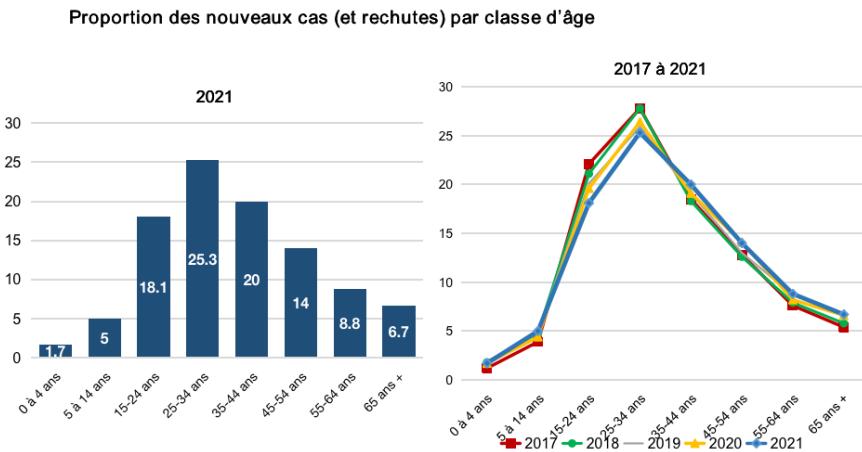


Figure 8. La répartition des nouveaux cas et rechutes par classes d'âge en 2021 et l'évolution de la répartition entre 2017 et 2021.

La Figure 9 présente la proportion des cas manquants (partie blanche) estimée (OMS) ; toutes les tranches d'âges sont concernées, mais en particulier les jeunes âges.

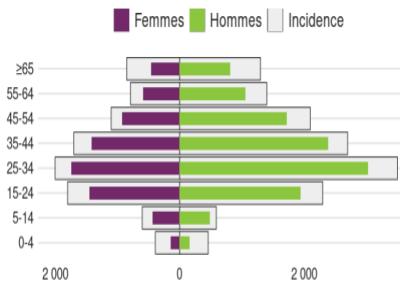


Figure 9. Réparations des cas de la TB, toutes formes confondues, par sexe et par groupe d'âge, notification et estimation, Guinée 2021.

• Tuberculose chez l'enfant

La proportion des enfants des groupes d'âge entre 0-4 et 5-14 ans parmi les nouveaux cas et rechutes notifiés diffère significativement entre les différentes régions (Figure 9). Une partie de cette différence s'explique probablement par des activités de dépistage active pendant des campagnes ciblées. Il est à noter que le rapport entre les cas notifiés âgés de 0 à 4 ans et ceux âgés de 5 à 14 ans est resté inférieur à 1,3 depuis 2016, et a légèrement diminué en 2021 par rapport à 2020 (de 39% à 34%). Selon les estimations de l'OMS, ce ratio devrait être compris entre 1,5 et 3, fait qui suggère un sous-diagnostic des cas de tuberculose parmi les jeunes enfants.

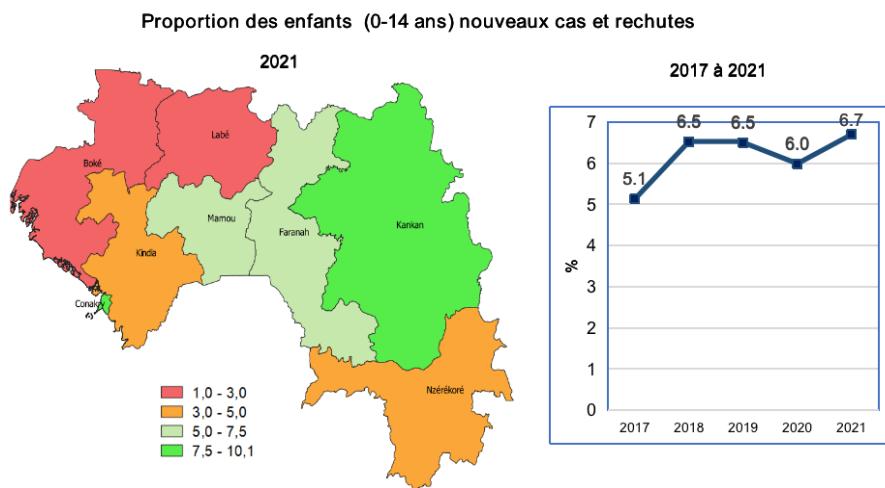


Figure 10. Proportions des enfants 0-14 ans notifiés dans les différentes régions en 2021 et l'évolution du taux de dépistage entre 2017 et 2021.

- Tuberculose et coïnfection VIH**

L'incidence de la coïnfection TB/VIH est estimée à 20 (20–21) cas pour 100.000 habitants par l'OMS en 2021. La proportion de patients coinfectés notifiés correspond à l'estimation ; elle a légèrement diminué (de 22% en 2020 à 20% en 2021). Néanmoins la proportion de TB coinfectés par le VIH varie au niveau régional allant de 15% à Faranah à 28% pour Conakry. La proportion de patients tuberculeux qui connaissent leur statut sérologique a continué à augmenter. En 2021, le statut VIH était connu chez 92% des patients tuberculeux enregistrés. La couverture en ARV et en cotrimoxazole est restée supérieure à 93 % depuis 2018(Figure 10). Moins d'un (1%) des jeunes de 15-24 ans sont séropositifs.

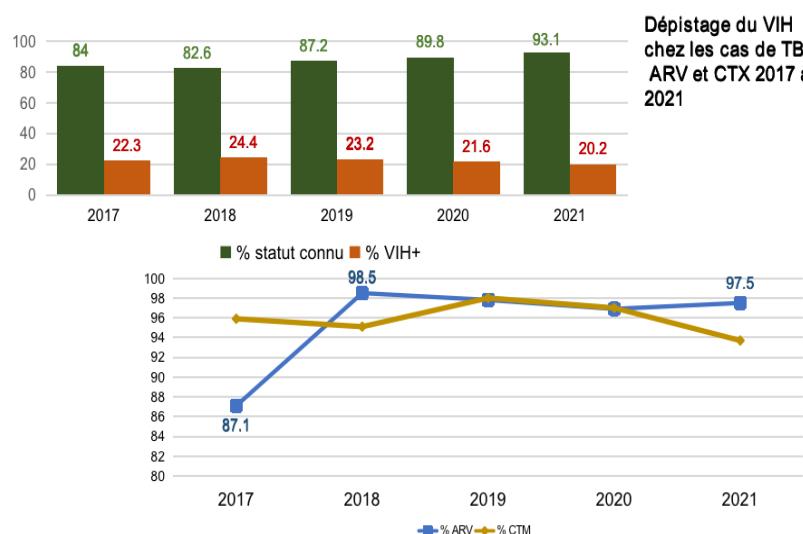


Figure 11. Évolution de la prise en charge de la coïnfection TB/VIH chez les patients TB en Guinée

A l'échelle régionale, la proportion de cas TB testés pour le VIH varie de 50% pour la région de N'zérékoré à 100% pour la région de Conakry (Figure 11). Le PNLT reste tributaire de l'approvisionnement en intrants VIH qui doit être fait par le programme VIH. La préfecture de N'zérékoré par exemple a été faiblement approvisionnée en intrants pour le dépistage du VIH chez les tuberculeux, les tests disponibles ayant été utilisées par la PTME chez les femmes enceintes.) Ces résultats peuvent varier non seulement selon la disponibilité des tests VIH, mais, également, de la référence des patients vers les sites qui disposent de ces tests et l'enregistrement effectif si le résultat est disponible.

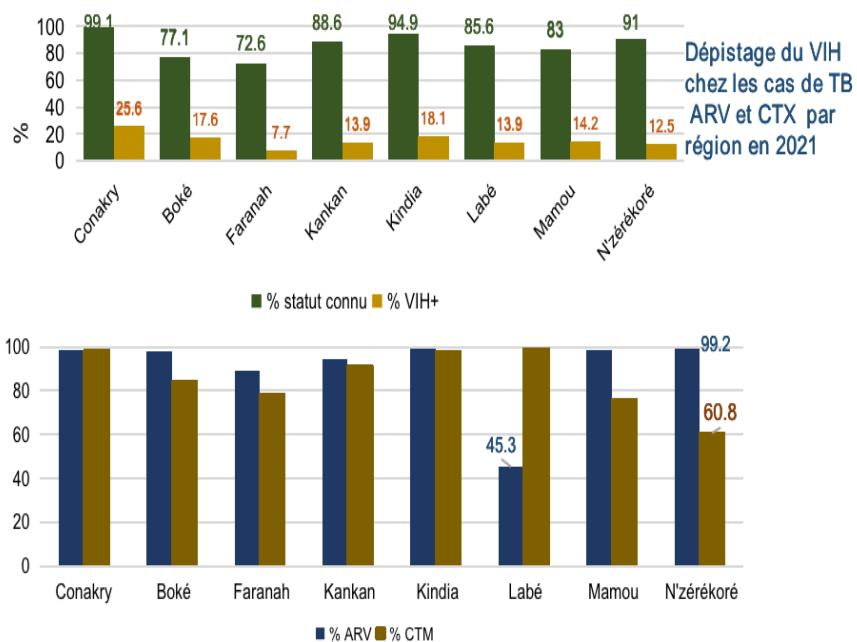


Figure 12. Notification et prise en charge de la coïnfection TB/VIH chez les patients TB par région en Guinée, 2021.

- **Tuberculose avec résistance à la rifampicine et multi résistante (TB-RR/MR)**

En l'absence d'une étude de prévalence de la pharmacorésistance aux antituberculeux, l'OMS estime le taux des cas-incident avec la résistance de la TB-RR/MR en 2021 à 4,3 per 100 000 habitants ou à 635 (0-1700) cas, avec 2,3% (0,33-8,1%) parmi les nouveaux cas et 17% (14-20%) parmi les cas déjà traités. Le nombre des cas de TB diagnostiqués avec une TB-RR/MR résistants à la rifampicine est passé de 216 en 2017 à 376 en 2021. Bien que le nombre de cas de TB-RR/MR continue d'augmenter avec l'ouverture de sites de prise en charge (14 en 2022) et la mise en place des appareils GeneXpert dans toutes les régions, la mise sous traitement n'est pas encore optimale ; 315 patients sur un total de 376 ont été mis sous traitement en 2021, soit un taux d'enrôlement de 84% (Figure 12). Un total de 158 patients a été soumis au schéma court injectable (soit 50,2%), 151 sous schéma court oral (48%) et 6 (soit 1,2%) sous schéma long.

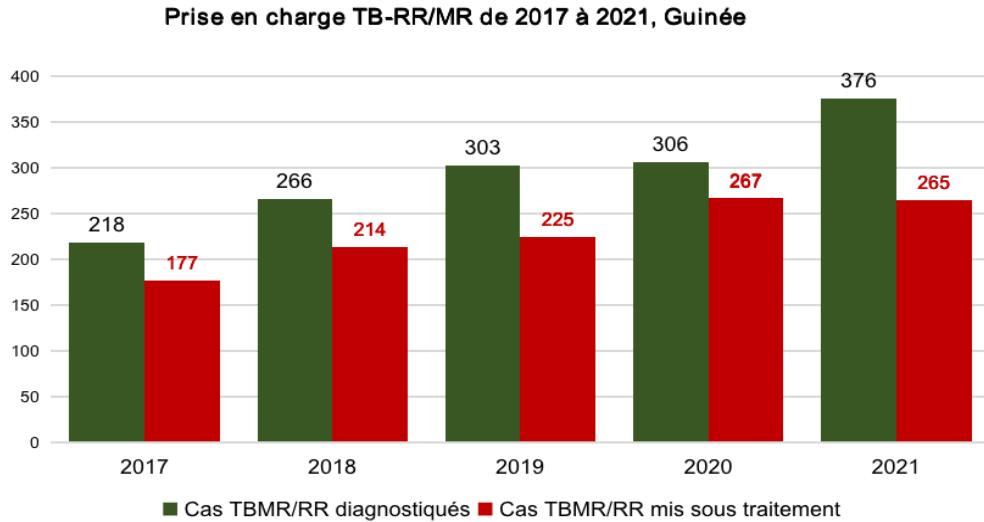


Figure 13. Notification et mise sous traitement des patients TB-RR/MR en Guinée, 2017-2021(NB : Source DHIS2, Oct. 2022).

Le taux de succès du traitement des cas de TB-RR/MR au niveau national est de 75% chez les patients enregistrés en 2020 avec des variations significatives par site.

La principale cause pour les résultats défavorables est le décès (17%) dû probablement à un dépistage tardif des cas ; la proportion des cas perdus de vue a été de 5%, celle des cas d'échec de 2,7%.

- **Tuberculose parmi les groupes vulnérables**
 - **Détenus**

En 2021, la maison centrale de Conakry et les prisons des régions comptent un total d'environ 4 500 détenus. Le dépistage de la tuberculose à l'entrée et à la sortie ne se fait pas dans les prisons. Un centre de traitement a été ouvert à la maison centrale de Conakry pour la prise en charge des détenus. Les patients avec présomption ou atteints de la tuberculose sont pris en charge par l'équipe de soins en prison. Le PNLT réalise des campagnes de dépistage actif à l'occasion de la Journée mondiale de la tuberculose. Pendant la dernière campagne en 2022, ce dépistage actif a permis de sensibiliser 2018 détenus, un total de 708 détenus a été prélevé et 11 cas de TB, tous sensibles à la rifampicine ont été identifiés (Tableau 5).

Tableau 4. Campagne de dépistage TB dans les prisons régionales et Maison centrale de Conakry en 2022 (Source les rapports d'activités du PNLT, 2022).

District	Nombre total des prisonniers	Nombre total sensibilisé	Total cas présumés testés	Positifs	Type de TB
Conakry	3000	991	500	0	
Coyah	136	136	46	0	
Labé	270	270	44	2	TB sensible
Siguiri	341	341	78	4	TB Sensible

Kankan	Rapport non dispo				
N'Zérékoré	280	280	40	5	TB sensible
	4027	2018	708	11	

- **Pêcheurs**

Une campagne de sensibilisation et de dépistage actif réalisée dans la préfecture de Boffa en novembre 2019 a permis d'identifier 59 cas présumés de tuberculose. Parmi eux, 5 cas de TB ont été confirmés dont un cas de TB-MR.

- **Miniers**

La Guinée renferme plusieurs zones minières dans lesquelles l'exploitation artisanale et industrielle est réalisée. La charge de la TB parmi les miniers est difficile à estimer à cause du fait que les patients notifiés ne sont pas toujours notifiés dans les registres avec leur profession et du fait la forte mobilité de cette population. Néanmoins il y a des rapports selon lesquels le taux de perdus de vue parmi cette population, une fois notifiée et prise en charge, est important. Plusieurs campagnes de sensibilisation ont été réalisées. Ainsi, un total de 156 orpailleurs à Kouroussa, Siguiri et Mandiana a été sensibilisé ; toutefois, aucun cas de TB n'a été identifié.

- **Diabétiques**

La Guinée a participé à l'étude multicentrique RAFAScreen pour l'élaboration d'un algorithme de diagnostic de la tuberculose chez les diabétiques. Avec la prévalence du diabète de 5% parmi la population générale guinéenne, le PNLT en collaboration avec le PNLMNT a démarré des interventions en direction de cette cible. Ainsi des algorithmes pour le dépistage des TB chez les diabétiques et le diabète chez les cas TB ont été développés et diffusés. Le screening actif de la TB chez les diabétiques a commencé avec le PNLMNT.

3.3. Résultats de traitement

L'analyse des résultats du traitement pour toutes les formes de tuberculose indique une augmentation du taux de succès thérapeutique de 89% en 2020 à 91% en 2021 avec une diminution de la proportion de patients perdus de vue (Figure 13).

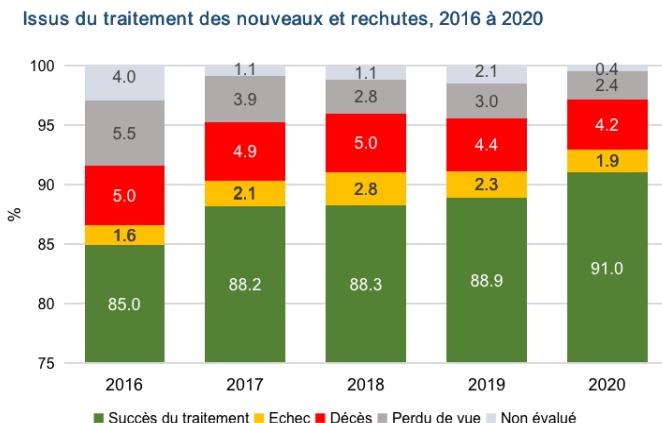


Figure 14. Évolution des résultats de traitements de la TB (nouveaux cas, rechutes), Guinée entre 2016 et 2020.

Au niveau régional, cependant, certaines régions, notamment Labé (74%), N'Zérékoré (84%), Faranah (83%), Kankan (87%), présentent des taux de succès de traitement plus faibles par rapport au taux national de 91%. Le taux de succès thérapeutique est principalement impacté par la proportion de patients décédés dans les régions de Labé (13%), N'Zérékoré (7%), Faranah (6%), Kankan (7%). La région de Labé présente la plus forte proportion de décès avec plus 10%, suivie de la région de Kankan avec plus de 7% (Figure 14).

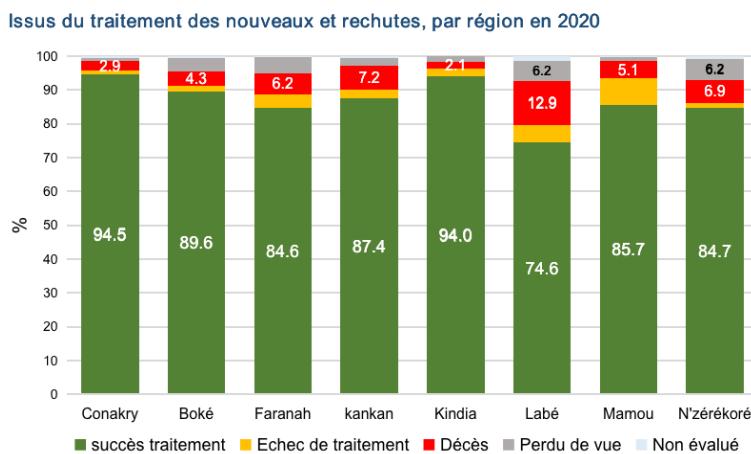


Figure 15. Résultats de traitement de la TB (nouveaux cas, rechutes) par région, Guinée 2021

3.4 Traitement préventif de la tuberculose (TPT)

Bien que les contacts soient considérés comme un groupe de population vulnérable prioritaire, le dépistage de la tuberculose pour le diagnostic et la prise en charge et/ou un traitement préventif de la tuberculose TPT) dans ce groupe est insuffisant, surtout aussi parmi les contacts de malades TB-RR/MR.

En ce qui concerne le TPT chez les enfants, on note que le nombre d'enfants contacts a augmenté d'année en année depuis 2017. En 2021, un total de 11 870 enfants contacts de moins de 15 ans de cas de TBB+ ont été mis sous chimio prophylaxie à l'isoniazide (INH) sur le plan national. Ces 11870 enfants contacts de moins de 15 ans sont ceux chez qui ne sont pas déjà atteints de tuberculose active. Ce bond s'explique par l'élargissement de la cible incluant également la tranche d'âge de 5 à 14 ans, également, à la mise en place d'outils de collecte (registre de chimioprophylaxie). Le suivi des enfants-contacts mis sous traitement préventif n'est pas suffisamment efficace pour permettre un taux suffisant de rétention sous traitement. On observe que (52%) des enfants mis sous chimioprophylaxie à l'INH sont du sexe masculin. Chez les PvVIH, la chimioprophylaxie à l'INH a démarré dans les 29 sites à files actives importantes en 2020 et a concerné 15 746 PvVIH pour une cible de 46 509 PvVIH soit 34%. Une mise à l'échelle de cette stratégie a été faite à partir de 2021 vers un total de 35 sites avec des files actives importantes et 19 206 PvVIH ont été mis sous INH pour une cible de 54 875 PvVIH soit 35%. Ces données sont collectées dans les services et sous le lead du Programme National de Lutte contre le SIDA et les Hépatites (PNLSH).

VI. Organisation du programme national de lutte contre la tuberculose

6.1 Vision et mission du PNLT

Le Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLT) a été créé par arrêté ministériel N 4571/MSPH/CAB/1990. Dès l'année 1990 le PNLT a démarré la stratégie DOTS et a ensuite intégré la plupart des éléments de la stratégie « Halte à la tuberculose » en 2007.

La vision est de rendre la Guinée une nation où toutes les personnes atteintes de tuberculose bénéficient d'un accès universel aux services de diagnostic et de prise en charge de la maladie sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination et avec la pleine implication de la société civile. A l'horizon 2050, la vision de PNLT est l'élimination de la tuberculose comme problème de santé publique en Guinée.

La mission est de réaliser avec efficacité les interventions de lutte antituberculeuse et d'assurer que toutes les personnes qui contractent la tuberculose, y compris la tuberculose pharmaco résistante, aient accès à un diagnostic précoce, un traitement efficace et une prise en charge de qualité afin de réduire les souffrances et l'impact socio-économique engendrés par cette maladie.

6.2 Politique et stratégies de lutte antituberculeuse

Les **stratégies** de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins et de soutien en matière de lutte antituberculeuse s'inspirent des piliers et composantes de la stratégie End TB tout en étant adaptées au contexte national.

Pendant des années, le **diagnostic** de la tuberculose était basé sur la microscopie. Par la suite le GeneXpert a été utilisé pour le diagnostic chez les personnes vivant avec le VIH, les enfants, les personnes privées de liberté, les contacts TB/MR, les personnels de santé, les diabétiques et les malades déjà traités. Le PNLT a décidé d'utiliser le Gene Xpert comme outil de diagnostic de première intention. L'utilisation de la microscopie garde toute son importance pour le suivi des patients TB en traitement. Du fait de sa facilité d'utilisation la microscopie reste utile dans les structures de santé périphériques ne disposant pas de Gene Xpert. TB LAMP est envisageable dans les structures à grandes fréquentations car il permet de faire un diagnostic à un plus grand nombre de patients dans un temps limité. Les échantillons de crachat positif au TB LAMP seront examinés au Gene Xpert.

Le **traitement** et le suivi des malades sous traitement antituberculeux sont réalisés en ambulatoire dans les CDT ou dans les CT. **L'hospitalisation** est proposée pour les cas graves.

6.3 Structure et fonctionnement du PNLT

Au Niveau central, le PNLT relève de la Direction Nationale de l'Epidémiologie et de Lutte contre la Maladie (DNELM). Il est géré par une Coordination Nationale qui est chargée de concevoir, d'élaborer, de planifier, de superviser, de suivre et d'évaluer les activités de lutte antituberculeuse en collaboration avec les structures centrales et déconcentrées du Ministère de la Santé. L'équipe de la coordination compte sept (7) unités (coordination, suivi-évaluation, prise en charge communautaire, gestion administrative et financière, prise en charge des cas, appui logistique et pharmaceutique, recherche & formation, Communication & IEC/CCC & Plaidoyer et Documentation). Le staff est composé d'une coordinatrice nationale, d'un coordinateur adjoint, d'un responsable administratif et financier, d'un responsable de l'unité de suivi et évaluation, de deux pharmaciens, d'un responsable de la prise en charge communautaire, d'un chargé du suivi communautaire, d'un comptable, d'un data manager, d'un chargé de recherche et de formation, d'un point focal TB/VIH et TB-MR, d'un point focal TB pédiatrique et populations vulnérables et de personnel d'appui (1 secrétaire, 2 opératrices de saisie et 4 chauffeurs).

Le Service de Pneumo-phtisiologie de l'Hôpital National Ignace Deen et le Centre Hospitalier Régional Spécialisé de Macenta (CHRS) constituent les services nationaux de référence, dont les médecins participent à la formation, la supervision et l'évaluation du PNLT.

Le Laboratoire National de Référence des Mycobactéries (LNRM) est fonctionnel depuis 1996 avec un réseau de laboratoires qui compte 64 laboratoires de microscopie et 22 sites GeneXpert fonctionnels sur 26. Un des rôles du LNR est de superviser les techniciens de laboratoire du réseau. En plus de la microscopie, il effectue les cultures en milieu solide, les antibiogrammes et le test rapide GeneXpert dans le cadre de la surveillance épidémiologique et du diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose pharmaco résistante. Il participe également à la recherche opérationnelle. Le LNR est logé dans un bâtiment vétuste prévu pour être détruit par l'administration. L'arrêt des activités du LNR bloquerait le fonctionnement du réseau national de laboratoire de mycobactéries. La solution proposée est de s'adresser à la Direction de récupération des bâtiments administratifs pour se faire attribuer un bâtiment pour le LNR et prévoir la réfection de ce bâtiment dans la demande de financement au Fonds mondial. L'acquisition d'un laboratoire pré fabriqué ne résoudra pas tout le problème du cadre de travail du LNR.

Aux niveaux régional et préfectoral, les activités de lutte antituberculeuse sont gérées respectivement par le Directeur Régional de la Santé (DRS) et le Directeur Préfectoral de la Santé (DPS). Le chef du Centre de Santé de la sous-préfecture est le responsable sous-préfectoral de la lutte antituberculeuse. Il est l'interface entre le système de santé et les services à base communautaire.

6.4 Financement du PNLT

Le financement du PNLT est assuré par l'état et ses partenaires techniques et financiers. L'état apporte un financement important à la lutte contre la tuberculose en Guinée. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, et le paludisme est actuellement le principal partenaire financier de la lutte contre la tuberculose en Guinée. Le Bénéficiaire principal pour la gestion des subventions du Fonds mondial en Guinée est Plan International Canada. Ordre de Malte apporte aussi sa contribution. La Fondation Damien appuie la lutte contre la tuberculose en Guinée. Le PNLT fait régulièrement de la recherche et l'approche de nouveaux

partenaires. Un important appui principalement technique est apporté par l'OMS à la lutte contre la tuberculose en Guinée.

Gestion du programme

La coordination des activités du PNLT est assurée par la coordinatrice nationale et le coordinateur national adjoint. Les activités réalisées sont divisées en cinq points : La coordination générale, les évaluations, la mobilisation de ressources, le suivi de la mise en œuvre du plan d'action annuel et les tenues et/ou participation aux réunions.

Coordination générale : Étant l'organe directeur du PNLT, l'une de ses tâches prioritaires est la coordination de toutes les activités du programme notamment celles du plan d'action de la subvention du Fonds Mondial.

L'évaluation annuelle : les activités du PNLT et le personnel sont constamment évalués par le ministère de la santé et ses partenaires.

La tenue et/ou participation aux **réunions** : le PNLT organise et participe de manière courante à plusieurs réunions dont essentiellement les réunions techniques internes du PNLT ; les réunions du comité multidisciplinaire TB-MR ; les restitutions des supervisions ; et les réunions trimestrielles/semestrielles sur la TB-RR/MR et TB-VIH. Le PNLT participe également aux différentes réunions de la DNGELM, du Bureau de Stratégie et Développement (BSD), de l'Instance de Coordination Nationale (ICN), du PR et de la PCG, du Ministère de la Santé et des autres partenaires. Le PNLT participe également aux réunions internationales dont les réunions du réseau WARN-TB et CARN-TB ; de l'union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires ; et de l'OMS.

La mobilisation des ressources : En vue d'obtenir un financement additionnel aux efforts du Gouvernement, le PNLT élabore plusieurs requêtes de financement en direction des partenaires tels : le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ; La Fondation Damien. L'OMS apporte un appui technique important en particulier à travers le plan d'assistance technique.

La Coordination a déménagé dans un nouveau siège sur financement du FM pour 3 ans (location de 2017 à 2020). Le siège a été équipé en mobilier de bureau par l'Etat Guinéen.

VII. Analyse des forces et faiblesses, opportunités et menaces

7.1 Analyse des forces et faiblesses

L'analyse des forces et faiblesses entravant la lutte antituberculeuse a été utilisée comme étape préalable à l'analyse des lacunes du programme. Elle a permis de bien comprendre et décrire la situation dans le pays en matière de lutte antituberculeuse et d'identifier les points positifs et négatifs au sein du programme.

L'analyse s'est effectuée par pilier conformément aux trois piliers de la stratégie End TB.

7.1.1 Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient

7.1.1.1 Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris les tests universels de pharmaco sensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque

- Diagnostic précoce de la tuberculose**

Forces	Faiblesses
Personnels CDT formés, y compris les laborantins	Personnel de certaines structures non CDT ne maîtrisant pas les directives en matière de dépistage et de diagnostic
Existence d'un réseau de laboratoires de microscopie et de Genexpert (mis en place dans les 8 régions administratives et 6 préfectures)	Insuffisance dans le fonctionnement du système de transport des échantillons de crachat et de couverture du pays par le système
Existence de deux laboratoires de culture (CHRS de Macenta et LNRM)	Insuffisance du mécanisme de transport des échantillons des sites de la prise en charge de la TB-RR/MR vers le LNRM Difficultés de transport des échantillons de crachat des CS ruraux vers les CDT
Existence du LPA pour le test de sensibilité des médicaments de 1ere ligne et de 2e ligne et du DST sur milieu solide	Insuffisance dans le fonctionnement du système de transport des échantillons de crachat et de couverture du pays par le système
Existence d'un système de contrôle de qualité des activités du réseau de laboratoire performant	Insuffisance des structures de diagnostic, des CDT et des sites TB-MR
Décentralisation de la préparation des réactifs	Insuffisance de maintenance des équipements du LNRM
Existence d'outils de gestion et de POS au niveau du réseau de laboratoires pour la tuberculose	Biosécurité non garantie à cause des fréquentes interruptions d'électricité entraînant l'arrêt de fonctionnement des hottes
Existence des directives nationales révisées sur les procédures de diagnostic de la tuberculose	Niveau intermédiaire du réseau des laboratoires non encore opérationnel

(intégrés dans les guides du programme)	
Existence de 99 CDT et de 14 sites TB-RR/MR fonctionnels	Absence de mise en place de test panel pour le contrôle de qualité du réseau
Gratuité de la microscopie pour le suivi du traitement, de la culture, du GeneXpert, des tests de sensibilité (LPA et antibiogramme conventionnel)	Insuffisance et retard dans la maintenance des appareils GeneXpert dans les CDT.
Existence d'un laboratoire national de référence des mycobactéries (LNRM) régissant le réseau de laboratoires de microscopie et de GeneXpert	Absence du Test TB LAMP dans les sites de dépistage et manque de formation du personnel
Existence de convention avec les laboratoires supranationaux de référence d'Anvers et du Benin pour l'appui technique et le contrôle de qualité du LNRM	Absence de laboratoire de niveau de biosécurité P3
Existence d'un plan d'extension de la prise en charge de la TB-RR/MR et de la TB-S	Lourdeur administrative dans le processus d'achat
Existence de la maintenance des hottes et appareils GeneXpert	Sous-utilisation des services de microscopie et de GeneXpert
Existence d'un groupe électrogène au LNRM	Insuffisance du dépistage de la TB-RR/MR en raison du fait que l'algorithme GeneXpert est restrictif (n'est pas réalisé chez tous les cas présumés de tuberculose)
Existence de registres des cas présumés de tuberculose	Faible référence des cas présumés aux CDT par les CS en raison d'une faiblesse dans la gestion des cas présumés de tuberculose
Existence de directives pour la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant alignées aux recommandations de l'OMS de 2021.	Centres de dépistage situés la plupart du temps au chef-lieu de la préfecture faisant que certains malades ne peuvent pas se déplacer à cause des frais de transport et consultent tardivement
Mise en place d'un système de transport de	RECO/ASC peu motivés pour les activités de lutte

crachats des CS vers les CDT	contre la tuberculose
Existence d'agents de santé communautaire assurant le dépistage chez les personnes avec symptômes de tuberculose	Niveau intermédiaire du réseau des laboratoires non encore opérationnel
Prime Acordé à certains prestataires des CDT	Absence de mise en place de test panel pour le contrôle de qualité du réseau
Recrutement des contractuels au compte du fonds mondial	Insuffisance et retard dans la maintenance des appareils GeneXpert dans les CDT.
Existence d'un projet d'achat d'un camion mobile pour le dépistage dans les zones enclavées	Absence du Test TB LAMP dans les sites de dépistage et manque de formation du personnel
Formation des tradipraticiens sur la référence des cas présumés	Certains retard pour le recours aux services de santé entraînant le retard du diagnostic sont dus au temps passé chez les tradipraticiens
Existence de 99 CDT, 26 sites Xpert et de 14 sites TB-RR/MR fonctionnels	Quelques sites Gene Xpert ne sont pas encore totalement fonctionnels
Existence du personnel formé de certains agents des CDT sur la Radio thoracique	Faible capacités d'interprétation des radios thoracique dans certains sites de prise en charge des patients TB.
Existence et l'implication d'ONG, Recos/ASC, les anciens malades TB assurant la sensibilisation de la population et l'orientation des malades pour le dépistage de la tuberculose	Faible implication des ONG, Recos/ASC, les anciens malades TB assurant la sensibilisation de la population et l'orientation des malades pour le dépistage de la tuberculose
Existence d'un guide de dépistage de TB chez les groupes à risque de TB	Insuffisance de matériels de dépistage des enfants (sonde nasogastriques, IDR...)

Existence de financement des activités de dépistage de la TB chez les groupes à risques de TB	Lourdeur administrative dans le processus d'achat
Existence de mécanismes pour la référence des enfants contacts de moins de 15 ans aux structures de diagnostic de la tuberculose de l'enfant	Insuffisance du dépistage actif chez les groupes à risque (miniers, diabétiques, personnes contacts, pêcheurs, TBMDR, enfants et dans les prisons)
Existence d'investigation des contacts autours des cas TB-RR/MR	Insuffisance d'investigation à la recherche des cas contacts autour des cas index
Existence d'investigation parmi les sujets contacts de moins de 15 ans	Insuffisance d'investigation autour des cas index à la recherche et la prise en charge des enfants contacts
	Faible implication des pédiatres
Réalisation des visites systématiques dans les entreprises pour le diagnostic des pathologies y compris la tuberculose	La visite annuelle de santé des travailleurs des entreprises est insuffisante pour le suivi de la tuberculose dans les entreprise
Réalisation du dépistage actif de la TB au niveau des 7 prisons régionales du pays et la Maison Centrale de Conakry.	Le screening systematique à la recherche des signes de la tuberculose chez les sujets à l'entrée des prisons et périodiquement à l'intérieur des prisons est insuffisante

- Dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque**

Forces	Faiblesses
Existence de stratégie nationale de recherche active de la TB après des groupe à risque	Insuffisance d'application de la stratégie nationale de recherche active de la TB chez les travailleurs des mines traditionnels d'or
Protocole d'accord entre les Ministères de la justice et de la santé pour le dépistage systématique de la tuberculose dans les prisons	Insuffisance du dépistage actif chez les groupes à risque (miniers, diabétiques, personnes contacts, pêcheurs) et dans les prisons civiles
Réalisation du dépistage actif de la TB au niveau des 7 prisons régionales du pays et la Maison Centrale de Conakry.	Absence de dépistage à l'entrée et à la sortie des prisons
Existence d'ONG assurant la sensibilisation de la population et le dépistage de la tuberculose	Insuffisance du dépistage de la tuberculose chez les contacts
Existence de mécanismes pour la référence des	Investigation parmi les contacts de moins de 5 ans

enfants contacts de moins de 5ans aux structures de diagnostic de la tuberculose de l'enfant	faite de façon passive
Référence des enfants de moins de 5 ans contacts des cas contagieux vers les structures de santé prenant en charge la TB pour des investigations	Insuffisance au niveau de l'investigation des contacts autours des cas TB-RR/MR
Recherche des contacts des cas contagieux réalisée	

7.1.1.2 Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes pharmaco-résistantes et soutien aux patients

Les forces et faiblesses dans cette section sont subdivisées en deux parties, l'une concernant le traitement et le soutien à toutes les personnes atteintes de tuberculose en général et l'autre à toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmaco résistante.

- Traitement et soutien à toutes les personnes atteintes de tuberculose**

Forces	Faiblesses
Disponibilité des médicaments de 1ere et de 2e lignes à tous les niveaux	Insuffisance de connaissances des malades sur la nécessité de l'adhésion au traitement
Gratuité du traitement de la TB-S et de la TB-RR/MR	Manque de soutien psychosocial aux malades TB-S et TB-RR/MR avant et au cours du traitement
Existence d'un traitement standardisé de la TB-S et de la TB-RR/MR	Difficultés d'accès pour certains malades résidant loin des centres du traitement de la TB-S et la TB-RR/MR
Bon taux de succès du traitement à 91% pour les nouveaux cas et rechutes, toutes formes	Existence d'un taux de perdus de vue en cours de traitement dépassant 6% dans certaines régions
Adoption du TDO dans la prise en charge des malades TB-S et TB-RR/MR dans la plupart des structures de soins	Insuffisance dans la recherche systématique des patients absents au traitement avant qu'ils ne deviennent perdus de vue
Existence de CT, CDT, sites GeneXpert et sites TB-RR/MR	Provision hebdomadaire en médicaments sans garantie de supervision pour les élèves et les employés
Enregistrement des numéros de téléphone des patients et des accompagnants	Absence de flotte téléphonique dans certains centres de santé
Existence des nouvelles formulations pédiatriques des médicaments antituberculeux	Recherche difficile des absents ou irréguliers au traitement au niveau de certains CDT et CT
Existence du traitement directement observé et de pairs éducateurs dans les prisons Agents des prisons formés	PDV avant et autours du traitement
Bonne documentation du transfert des patients et information du centre de destination par téléphone	Retard dans l'achat des médicaments de la part de l'Etat
Présence d'agents de relance	Retard dans la distribution des médicaments et des intrants
Existence d'un plan de distribution des médicaments et des intrants	Insuffisance dans le suivi des effets secondaires
Existence d'un plan de distribution des	Rupture des médicaments des effets indésirables

médicaments et des intrants	
Information et sensibilisation des malades TB sur l'observance au traitement par les agents des CDT, les ONG et les Recos	Taux élevé de décès chez les patients TBMR
Existence des CDT dans les maisons d'arrêt centrales	Rupture des médicaments pédiatriques
Formation progressive des agents de santé en poste dans les prisons	Absence de suivi des malades tuberculeux après la sortie de la prison Agents de santé des CDT et CT des prisons non intégrés dans la fonction publique (agents bénévoles et non primés)

- Traitement et soutien à toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmaco résistante**

Forces	Faiblesses
Construction de pavillons d'hospitalisation des malades TB-RR/MR à ID et à Macenta	Insuffisance de matériel (ECG, audiomètre) pour le suivi des malades traités avec les médicaments de 2ème ligne
Existence du comité multidisciplinaire TB-RR/MR	Insuffisance des médicaments pour la gestion des effets secondaires des médicaments de 2ème ligne
Mise en place du système de pharmacovigilance des médicaments de 2ème ligne	Faible maîtrise de la conduite à tenir devant les aDSM par les agents des sites TB-RR/MR
Appui nutritionnel pour certains malades TB-RR/MR hospitalisés et en ambulatoire	Collecte des données sur le dépistage et le suivi des cas de TB-RR/MR non optimale
Existence de pavillons d'hospitalisation des malades TBS et TB-RR/MR dans certaines structures sanitaires (Ignace Deen, CHRS, maison centrale de Conakry)	Absence de réalisation des cultures pour le suivi du traitement dans certains centres
Pas de rupture de stock en médicaments	Non mise immédiate sous traitement de certains malades TB-RR/MR diagnostiqués
Traitement directement observé dans la plupart de structures des soins	Absence de système permettant la connectivité entre les sites de traitement de la TB-RR/MR, les sites GeneXpert, le PNLT et le LNRM.
Existence d'un plan de décentralisation de la prise en charge de la TB-RR/MR	Faiblesse de la recherche des contacts des malades TB-RR/MR
Construction de pavillons d'hospitalisation des malades TB-RR/MR à ID, Sonfonia et à Macenta avec possibilité d'hospitalisation dans les CT-épi	Manque d'extension du pavillon d'hospitalisation de ID
Augmentations du nombre de sites TBMR de 6 à 14	L'adaptation des locaux de certains CDT prévus pour la PEC de TBMR.
Existence des cellules TBMR régionales	Taux élevé de décès chez les patients TB-RR/MR
Existence des guides TBMR et aDSM	Budget insuffisant pour la tenue des réunions du

	comité multidisciplinaires et l'élargir aux autres comité aDSM, TB/VIH et le contrôle de l'infection TB
Appui nutritionnel pour certains malades TB-RR/MR hospitalisés et en ambulatoire	Faible implication du PR et des agents pour la tenue régulière des réunions de la cellules TBMR régionales
Existence des fiches sociales pour la recherche active des sujets contacts TBMR/RR	Guide de l'aDSM non vulgarisé
Traitemen directement observé dans la plupart de structures des soins	Insuffisance d'appui nutritionnel pour les malades hospitalisés (non adapté à l'état nutritionnel)
	Absence de financement des examens liés aux complications chez les malades hospitalisés (Échographie, Scanner Cérébral...).

7.1.1.3 Activités de collaboration TB/VIH et prise en charge des comorbidités

Forces	Faiblesses
Présence de réactifs pour le dépistage du VIH chez les malades tuberculeux	Insuffisance dans la réalisation des examens de la charge virale (CV) et des CD4 dans certaines structures
Approvisionnement régulier en ARV et en antituberculeux	Le nombre de sites de prise en charge des malades coinfestés TB/VIH est encore insuffisant notamment à l'intérieur du pays
Existence d'un cadre de collaboration TB/VIH	<p>Faible documentation du dépistage de la TB chez les PVVIH</p> <p>Insuffisance dans le fonctionnement de la collaboration TB/VIH</p> <p>Insuffisance dans la supervision conjointe TB/VIH</p> <p>Absence de l'application de mécanisme de collaboration des programmes TB et VIH avec les diabétologues</p>
Existence de points focaux TB/VIH au niveau des deux programmes TB et VIH	Intégration insuffisante des activités de prise en charge de la coïnfection TB/VIH
Adoption du dépistage systématique du VIH chez tous les patients TB	Manque d'algorithmes de diagnostic de la TB-S et de TB-RR/MR dans les sites prise en charge du VIH
Existence de stratégie de prise en charge systématique des patients coinfestés	Non gratuité du bilan pré thérapeutique chez les patients coinfestés TB/VIH
Existence d'un plan d'intégration des soins TB/VIH	Application insuffisante du TPI dans les structures de prise en charge VIH
Existence de directives et démarrage du traitement préventif par l'isoniazide (TPI)	Insuffisance de recherche systématique du diabète chez les malades tuberculeux et vice versa
Existence d'un guide et d'un algorithme de dépistage de la TB chez les diabétiques et inversement	<p>Rupture de stock en tests VIH et en ARV dans certaines structures</p> <p>Absence de kits de dépistage du diabète dans les CDT</p>

Existence de personnel polyvalent (formé sur la prise en charge de la coinfection TB/VIH) au niveau des CDT	Taux de décès élevé chez les patients coinfestés (14 % dans la cohorte de malades TB mis sous traitement en 2020)
Gratuité du bilan pré thérapeutique et des examens de suivi et appui au transport des patients	Absence de réalisation du test de dépistage VIH dans certains CDT

7.1.1.4 Traitement préventif des personnes à haut risque et contrôle de l'infection

Forces	Faiblesses
Mise sous chimioprophylaxie des enfants contacts de moins de 15ans qui ne sont pas tuberculeux	Faible application du traitement préventif (prophylaxie) chez les personnes vivant avec le VIH et les enfants de moins de 15 ans et les diabétiques qui sont en contact avec des cas de tuberculose contagieuse
Mise en place d'un registre de la chimioprophylaxie par l'isoniazide chez les enfants	Insuffisance de l'équipement de protection individuelle pour le personnel et de masques chirurgicaux pour les patients Non prise en compte de la chimioprophylaxie TB /Diabète par le registre de prévention de la TB du PNT
Existence d'un plan de contrôle de l'infection TB	Faible connaissance du personnel de santé sur les mesures de lutte contre l'infection Inexistence d'un guide de contrôle de l'infection Insuffisance dans la destruction des crachoirs déjà utilisés et d'autres déchets bio médicaux Absence d'incinérateurs au niveau de certains CDT Insuffisance d'affiches de sensibilisation de la TB dans les CDT Absence de dépistage systématique annuel de la TB chez le personnel médical
Existence d'une cellule pour les malades tuberculeux au niveau des prisons régionales et celle de Conakry	Non application du triage des cas présumés de TB-S et TB-RR/MR dans certaines structures Absence de dépistage systématique de la TB dans les prisons et chez le personnel pénitencier Surpopulation carcérale avec peu de mesures de lutte contre l'infection

7.1.2 Politiques audacieuses et système de soutien

7.1.2.1 Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention, gouvernance et coordination.

- **Engagement politique**

Forces	Faiblesses
---------------	-------------------

Existence du Programme National de Lutte Antituberculeuse (arrêté portant création du PNLT en 1990) avec un Plan Stratégique National de Lutte Antituberculeuse solide	Insuffisance de ressources humaines qualifiées et spécialisées à tous les niveaux
Environnement politique stable	
Implication des districts sanitaires dans la gestion du PNLT	
Existence de directives nationales normatives (guides techniques pour le personnel soignant, le laboratoire, la TB-RR/MR et le DOTS Communautaire)	Insuffisance des ressources financières allouées au programme
Existence dans le budget national d'une ligne pour l'achat des médicaments, réactifs et consommables	Faible action de plaidoyer au niveau du Gouvernement et du Parlement pour l'accroissement du financement et la promulgation des lois en faveur de la lutte antituberculeuse
Engagement financier de l'Etat dans la mise en œuvre du programme (prise en charge d'une partie du personnel, achat des médicaments, paiement des factures d'eau et d'électricité, exonérations douanières)	Forte dépendance des financements extérieurs
Mobilisation des partenaires financiers et techniques	

- **Gouvernance et coordination**

Forces	Faiblesses
Existence du Programme National de Lutte Antituberculeuse (arrêté portant création du PNLT en 1990) avec un Plan Stratégique National de Lutte Antituberculeuse solide	Insuffisance de ressources humaines qualifiées et spécialisées à tous les niveaux
Implication des districts sanitaires dans la gestion du PNLT	Insuffisance des ressources financières allouées au programme
Existence de directives nationales normatives (guides techniques pour le personnel soignant, le laboratoire, la TB-RR/MR et le DOTS Communautaire)	Insuffisance de financement du PSN
Existence dans le budget national d'une ligne pour l'achat des médicaments, réactifs et consommables	Insuffisance de ressources humaines qualifiées et spécialisées à tous les niveaux
Engagement financier de l'Etat dans la mise en œuvre du programme (prise en charge d'une partie du personnel, achat des médicaments, paiement des factures d'eau et d'électricité, exonérations douanières)	Forte dépendance des financements extérieurs
Environnement politique stable	Faible action de plaidoyer au niveau du Gouvernement et du Parlement pour l'accroissement du financement et la promulgation

	des lois en faveur de la lutte antituberculeuse
--	---

7.1.2.2 Mobilisation des communautés et des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés

Forces	Faiblesses
Existence de la Politique Nationale de la Santé Communautaire (2016)	Insuffisance du nombre de relais communautaires pour assurer une couverture adéquate des zones d'intervention
Existence d'un manuel de la prise en charge communautaire	Insuffisance de la couverture du pays par le DOTS communautaire
Mise en œuvre de la prise en charge communautaire au niveau de 26 préfectures avec un réseau de relais communautaires (RECO) identifiés et formés sur la tuberculose pour la sensibilisation, les visites à domicile (VAD) et la recherche des PDV	Peu d'organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre la tuberculose. Faible implication des responsables des CS, de la société civile et des leaders d'opinion publique dans la lutte antituberculeuse
Supervision régulière des Recos par le PNLT, Plan International Guinée et SR	
Disponibilité d'outils de collecte de données sur les activités communautaires	Faible collaboration entre les CS et les acteurs communautaires dans le dépistage de la tuberculose
Disponibilité des outils de gestion (cahiers de RECO ; fiches causerie éducative ; visite à domicile ; recherche des cas contacts	
Existence d'un réseau de formateurs sur la prise en charge communautaire au niveau régional	Insuffisance de motivation financière des relais communautaires
Existence d'ONG partenaires pour l'appui aux relais communautaires (OHFOM, Child Fund, AGIL, AJP, Plan International, OIM)	Manque de collaboration dans la lutte antituberculeuse entre les guérisseurs traditionnels et les structures sanitaires
Implication des masses média (radio rurale et communautaire) dans les actions de lutte antituberculeuse	Absence de charte/loi pour les patients tuberculeux
Existence d'un réseau de la société civile pour la lutte antituberculeuse	Faible traçabilité des cas présumés de tuberculose référés par les relais communautaires dans les registres des CPC des centres de santé
Existence d'activités de causerie et de dépistage au niveau des établissements pénitentiaires (maison centrale de Conakry et 7 prisons régionales)	Faible implication du secteur privé des soins dans la lutte antituberculeuse
Existence de procédures d'investigation chez les enfants contacts menées par les RECO	RECO/ASC peu motivés pour les activités de lutte contre la tuberculose
Existence des plans de développement local (PDL).	Eloignement du domicile des patients au CDT
Dépistage et traitement de la tuberculose par des hôpitaux privés liés aux compagnies minières	Insuffisance de connaissance sur les échéances de contrôles bactériologiques
Existence de certains laboratoires privés impliqués	Insuffisance d'implication de la majorité des laboratoires privés

Consentement éclairé demandé aux malades pour le traitement	Faible connaissance de la Population sur les signes de la TB y compris des élus locaux et leaders religieux
Appui au suivi de TDO communautaire ;	Insuffisance de mutuelles de santé dans les collectivités
Identification des sujets contacts y compris les enfants de moins de 14 ans par les RECOs	Faible référence des contacts par les RECOs et agents de relance
Existence d'un système de transport des crachats	Manque de budget dans les collectivités pour la lutte contre la maladie en général
Existence d'un manuel et Guide du plaidoyer, communication et Mobilisation Communautaire	Manque de digitalisation des activités communautaires (TB)
Existence d'un plan de communication	Insuffisance d'affiche et dépliants ;
Existence des outils promotionnels (Boite à images, Dépliants et Affiches)	Manque de moyen de déplacement des RECOs
Bonne collaboration entre le PNLT, les SR et AGUISOC TB	Manque d'organisation féminine de lutte contre la TB
Existence des différents rapports d'activité des SR et des RECO bien archivés ;	Manque de formation des cadres du PNLT sur le cycle d'action communautaire
Données de TB communautaires sont saisies dans les DHIS2	Insuffisance de campagne de sensibilisation et dépistage de la TB dans les maisons de détention
Partage de la contribution de TB communautaire dans les instances de coordinations aux niveaux régional et préfectoral ;	Insuffisance de campagne de sensibilisation et dépistage de la TB dans les débarcadères, des cités de solidarité, dans zones d'orpaillage et minières

7.1.2.3 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

- Politiques de couverture sanitaire universelle**

Forces	Faiblesses
Existence de CDT dans tous les districts sanitaires	Inaccessibilité de certaines structures sanitaires (CS/CDT) Insuffisance de promotion des actions communautaires en faveur de nos patients Inexistence de cartographie des patients appartenant à des populations à risque Difficultés de déplacement de certains patients distants des sites de PEC
Existence de projets pilotes pour les mutuelles de santé	Absence de solidarité entre anciens malades et ceux

	en difficultés financières et autres
Gratuité du traitement et du suivi biologique	Non gratuité des actes de diagnostic chez les cas présumés de tuberculose y compris la radiographie
	>

- Cadres réglementaires sur la notification des cas et l'enregistrement des faits d'état civil

Forces	Faiblesses
Engagement de la commission santé de l'Assemblée nationale à légiférer en matière de lutte contre la tuberculose si des projets de texte sont proposés	Faible notification des décès liés à la tuberculose
	Absence de loi sur la déclaration obligatoire de la tuberculose
	Absence de charte/loi règlementant la nécessité de la poursuite du traitement antituberculeux par les malades
	Absence de charte du patient

- Gestion des médicaments et des intrants

Forces	Faiblesses
Approvisionnement continu en médicaments des maisons de détention par les agents des CDT	Capacité insuffisante des agents impliqués dans la gestion des stocks au niveau des sites Insuffisance de personnel avec capacité adéquate dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux (périmérique, intermédiaire et central)
Existence d'un système logistique intégré des médicaments	
Gestion informatisée des intrants au niveau de la PCG	Insuffisance d'outils de gestion des stocks au niveau des sites
Existence d'un entrepôt pour le stockage des médicaments	
Intégration du stockage et de la distribution des intrants de lutte contre la TB dans le système de logistique intégré piloté par la pharmacie centrale de Guinée (PCG)	Qualité non optimale des données logistiques rapportées dans eSIGL
Bonne visibilité des achats des intrants financés par les partenaires : FM et Action Damien (en termes de quantité, de délais et d'assurance qualité)	Suivi insuffisant des stocks au niveau des sites
La sélection des médicaments antituberculeux est faite sur la base de la liste actualisée de l'OMS et de la LNME	Conditions inadéquates de stockage et de conservation des intrants au niveau des sites
Les intrants de laboratoire (réactifs, équipements) sont compatibles avec les tests de diagnostic recommandés par l'OMS	Faible application du mécanisme de gestion des produits périmés
Existence d'une instance de coordination (PNLT	

et partenaires) des activités de gestion des approvisionnements et des stocks appelée « Groupe Technique – Gestion des Approvisionnements et Stocks » (GT GAS)	Non-respect de la procédure d'approvisionnement des sites par réquisition
Appui des partenaires au renforcement du système de gestion des médicaments et des intrants (GDF, WARN-TB)	
Meilleure maîtrise du processus de quantification des médicaments antituberculeux	Retard dans la mise à jour de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels
Existence d'une unité de pharmacie au PNLT avec deux pharmaciens qui collaborent étroitement avec les pharmaciens des parties prenantes	Faible intégration des intrants de lutte contre la TB dans le stock global des CS qui abritent les CDT/CT
Aucune rupture de stock des médicaments antituberculeux enregistrée depuis 2018 au niveau central	Insuffisance dans l'enregistrement des médicaments antituberculeux
Intégration des données logistiques des intrants TB dans le système de rapportage eSIGL pour l'amélioration de la promptitude, la complétude et la qualité des données de gestion et de consommation des intrants	Insuffisance d'intégration des données de pharmacovigilance des antituberculeux dans le système national de pharmacovigilance
Existence d'une ligne dans le budget de l'état pour l'achat des intrants de lutte contre la TB	Non transmission des données relatives aux effets secondaires des antituberculeux au niveau central
Existence d'une section logistique (UGL) au niveau de la DNPM chargée de coordonner la gestion des données logistiques	Faible visibilité des achats des intrants financés par l'Etat en termes de quantité, de délais de livraison et d'assurance de qualité
Existence d'un système national de pharmacovigilance avec formation d'un pool de formateurs sur l'aDSM	Retards de distribution des intrants de lutte contre la TB par la PCG Retards dans la livraison des commandes du FM par l'agent d'approvisionnement GDF et des commandes de l'état
Existence d'une autorité de réglementation pharmaceutique (DNPM) avec des documents normatifs (loi pharmaceutique, politique pharmaceutique nationale, plan directeur pharmaceutique, manuel de procédures de gestion logistique intégrée des produits pharmaceutiques, etc.)	Faiblesse du contrôle de qualité des médicaments notamment le contrôle post-marketing
Existence d'une autorité de réglementations de la biologie médicale (DNL) avec des documents normatifs (politique nationale de biologie médicale, plan directeur de la biologie médicale etc.)	Utilisation de certains médicaments sans garantie suffisante sur la qualité
Tenue régulière de séances de quantification avec le GT-GAS/TB	Faible analyse des données logistiques au niveau du district

Existence de procédure allégée pour l'enregistrement des médicaments pré-qualifiés par l'OMS. Possibilité d'avoir une « dérogation » à l'enregistrement (procédure d'exemption)	Persistance de manière occasionnelle de lourdeur dans le processus de dédouanement des médicaments et des produits de laboratoire

7.1.2.4 Suivi et évaluation

Forces	Faiblesses
Existence de l'unité de suivi et évaluation au PNLT	Insuffisance de capacité en évaluation et analyse des données épidémiologiques
Existence d'un plan de suivi et évaluation budgétisé	Insuffisance de matériel informatique (ordinateur fixe et portable)
Existence d'outils de collecte de données et d'un guide de remplissage	Absence du comité multisectoriel de soutien
Données de la TB intégrées dans le DHIS2. Existence des fichiers Excel sur les données de la TB sensible, TB/MR, DOTS communautaire, réseau de la microscopie et de GeneXpert. Interopérabilité du DHIS2 et eSIGL	Les outils existants ne prennent pas en compte certaines cibles (prisonniers, diabétiques, miniers/orpailleurs, personnel de prise en charge) Guide de remplissage non mis à jour Absence d'un site web au niveau du PNLT Non mise en œuvre du Tracker
Existence d'un plan de supervision et de vérification de la qualité des données, d'un guide de supervision et d'un tableau de suivi des recommandations formulées lors des supervisions	Non-respect du circuit de la remontée des données (les CDT envoient directement au niveau central sans passer par le niveau régional) Irrégularité de la supervision du niveau district vers les CS, y compris les supervisions conjointes intégrées Absence de digitalisation des supervisions
Validation des données lors des visites de supervision et organisation d'ateliers de rétro information	Absence de validation systématique des données au niveau régional
Bonne complétude des rapports à tous les niveaux	Faible promptitude dans le DHIS2 Insuffisance dans la maîtrise de l'enregistrement et de la période évaluée des résultats du traitement par les chargés des statistiques au niveau des DPS
Feedback régulier après réception des rapports d'activités.	Absence du module tracker TB y compris la TB-MR dans le DHIS2
Le rapport est partagé par email à tous les partenaires	Absence de paramétrage des données du réseau de laboratoires de microscopie/ GeneXpert dans le DHIS2 Absence d'un bulletin d'information pour la TB

7.1.2.5 Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose

Forces	Faiblesses
--------	------------

Existence d'un plan national de développement économique et social 2016-2020	Insuffisance dans l'appui financier pour le transport des malades
Existence de la prise en charge nutritionnelle des malades tuberculeux sous traitement dans certains CDT	Faible collaboration du PNLT avec le Fonds de Solidarité Sociale
Existence de l'Agence Nationale de Financement des Collectivités (ANAFIC)	
Existence de Fonds de Solidarité Sociale	
Existence des communes de convergence	
Existence de la commission santé et protection sociale à l'Assemblée nationale	Manque d'accompagnement psychosocial des malades TB
Existence de textes de loi relatifs aux droits humains (Santé, Protection, ...)	Insuffisance d'application des textes de loi relatifs aux droits humains
Existence d'une loi autorisant un arrêt de travail pour le patient TB avec garantie de salaire	Insuffisance de connaissance et d'application de la loi par les employeurs
Ratification par la Guinée de conventions internationales (convention des droits de l'homme, droit des enfants, égalité du genre etc.)	Convention insuffisamment connue des acteurs des programmes de santé

7.1.3 Intensification de la recherche et de l'innovation

7.1.3.1 Prévention, soins et soutien ciblant les besoins spécifiques des personnes vulnérables à cause de leur genre

Forces	Faiblesses
Promotion du genre, de l'inclusion, des droits humains, de l'éthique et de l'équité (gratuité des soins pour tous les sexes et catégories sociales)	Faible implication des femmes dans la planification sanitaire (analyse de la situation, choix des interventions les plus pertinentes, mise en œuvre et évaluation)
Existence d'un plan d'action sur le genre et son inclusion dans la proposition FM TB/VIH	Faible cohérence en matière d'intégration du genre entre l'analyse situationnelle, les objectifs, les activités et les indicateurs
	Faible connaissance des autorités sanitaires sur les aspects genre/inclusion et droits humains
Existence d'un pool de formateurs nationaux sur la thématique « prestation de services de santé TB et/ou VIH selon les approches sexospécifiques et amicales pour les adolescentes et les droits et protection de l'enfant/ 2018 ».	Forte dépendance économique des femmes pour consulter en cas de maladie et assurer la prise en charge financière de leurs soins et de ceux de leurs enfants
Mise en place de l'alliance de la société civile (AGUISOC) contre la TB pour défendre les intérêts des malades et traduire la vraie réalité de ce qu'ils ou elles vivent. Il en est de même des personnes vulnérables à la TB comme les PVVIH, les diabétiques, les miniers etc.	Absence de prise en compte systématique de l'aspect genre et de l'inclusion dans la plupart des outils d'Information, Education et Communication Faible implication du MASPFE (Direction de la promotion nationale du genre et BSD...) et de leurs partenaires (société civile, ONG, autres ministères etc.) dans la mise en œuvre des activités du programme Faible sensibilisation des magistrats, des juristes, des leaders religieux, des élus locaux et administrateurs territoriaux etc. sur le respect de l'accès aux soins des malades TB et de la déontologie
Partenariat AGUISOC-TB (Alliance Guinéenne pour la Société civile) avec Plan et le PNLT	Faible connaissance et compétence des partenaires sur le genre et l'inclusion, notamment la société civile
Partenariat AGUISOC-TB avec les PVVIH, le Réseau des Femmes Infectées de Guinée (REFIG), l'Association des Jeunes Femmes Dévouées de Guinée (AJFDG/PS), l'Association Arc en Ciel de Guinée (HSH).	Cibles du programme trop globales et faible prise en compte du genre/ inclusion dans le suivi et évaluation
Promotion de l'égalité du genre dans l'identification et le recrutement des acteurs communautaires	Faible représentativité des femmes lors des ateliers de planification et des formations Faible sensibilisation sur le respect de l'accès aux soins des personnes privées de liberté atteintes de

	TB
La plupart des femmes sont touchées lors des activités communautaires sur la TB/VIH/ surtout dans les zones rurales.	Insuffisance de données sur les femmes privées de liberté et les mineurs et faible prise en compte de leurs besoins
Existence d'un observatoire communautaire d'accès aux soins de santé	Faible appui en activités génératrices de revenu (AGR) des PVVIH et personnes atteintes de TB surtout les femmes
Existence de la charte des patients TB	Non adoption de la charte des patients TB par la Guinée

7.1.3.2 Recherche visant à optimiser la mise en œuvre et l'impact et à promouvoir l'innovation

Forces	Faiblesses
Existence de l'unité de recherche et de formation au PNLT	Absence de données récentes mesurées sur la résistance aux antituberculeux
Réalisation de l'enquête CAP TB en 2016	Manque de mise à jour et insuffisance de financement du plan de recherche opérationnelle,
Participation du programme à plusieurs études multicentriques internationales	Equipe trop réduite pour répondre à plusieurs appels d'offres et mener simultanément plusieurs projets de recherche opérationnelle
Existence d'un plan de recherche opérationnelle	Information insuffisante des personnes qui le nécessitent sur les résultats des études
Réalisation de 5 études entre 2017 et 2019 par le PNLT	Insuffisance de coordination des activités de recherche entre le PNLT et les différentes structures/partenaires techniques
Collaboration avec Warn-TB pour la recherche, le système de suivi et évaluation, la formation et le partage d'expériences	Faible implication du PNLT dans les activités de recherche menées par le LNRM.
Existence de collaboration entre le PNLT et la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé	Manque de données de pharmacovigilance
Existence d'une task force pour la recherche opérationnelle	Personnel insuffisant à l'unité de recherche qui ne compte que deux cadres sur trois et ne dispose pas d'un assistant de recherche
Participation de la Guinée aux évaluations pays (revues externes : Gabon, RDC, Mali, Burkina Faso, Congo Brazzaville)	Absence de base de données sur les activités de recherche menées
Financement de projets de recherche opérationnelle par l'OMS TDR et l'Union, Université Saint Georges, Union Européenne	Insuffisance de mise en œuvre des résultats des recherches opérationnelles

7.2 Opportunités et menaces

Opportunités	Menaces
Existence d'un Plan de développement économique	Crise financière mondiale

Engagement politique du gouvernement guinéen d'augmenter les ressources nationales destinées à la lutte contre tuberculose à l'occasion de la réunion de haut niveau des chefs d'état à New York en 2018	Troubles sociopolitiques
Engagement de la Commission santé de l'Assemblée à voter des lois en faveur de la lutte antituberculeuse.	Perdu rance des conditions socio-économiques menant les populations à continuer à chercher leurs soins dans le secteur informel
Existence d'un code de collectivité (Loi L/2017/040/AN du 24 février 2017/ Edition 2018)	Possibilité de survenue des flambées épidémiques (Choléra, Ebola, Rougeole, Polio)
Existence d'une agence de financement de la collectivité (ANAFIC)	Méconnaissance de recours à ces structures de financement
Volonté politique du gouvernement guinéen pour la prise en compte du genre	Persistance des barrières socioculturelles limitant la participation et la prise de décision des femmes y compris pour les consultations
Existence de points focaux genre dans tous les départements ministériels	
Existence d'une direction de la promotion du genre au Ministère de l'action sociale de la promotion féminine et Enfance	Insuffisance de coordination des organisations de la société civile pour la lutte contre la tuberculose et les programmes de santé
Existence des femmes leaders, de réseaux de femmes pour la sensibilisation, de groupement (sère).	
Existence de structures sanitaires dans les entreprises, les sociétés minières et les services de santé de l'armée	Insuffisance de coordination des organisations de la société civile pour la lutte contre la tuberculose et les programmes de santé
Existence d'un comité d'Hygiène et santé	
Existence des sociétés téléphoniques et média pour la sensibilisation	
Existence d'ONG partenaires pour l'appui aux relais communautaires	
Existence d'organisations de la société civile (OSC)	

Existence de mobilisateurs sociaux	
------------------------------------	--

VIII. Analyse des lacunes du programme

8.1 Insuffisance du diagnostic de la tuberculose

- En 2021, 58 733 cas présumés de tuberculose ont bénéficié du dépistage bactériologique. Parmi eux, 19 853 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été notifiés dont 18 438 (98%) cas incidents. Il reste inférieur aux estimations de l'OMS avec un gap de 5 562 cas en raison d'un sous diagnostic des cas existants et/ou d'une sous notification des cas détectés. Ce problème concerne surtout les régions de Kankan et de Labé.
- La plupart des nouveaux personnels des Centre Santé ne sont pas formés sur la TB et la formation de ceux des structures qui ne sont pas des CDT est insuffisante. Des défaillances dans l'identification des cas présumés de TB peuvent en résulter ; le taux de positivité des cas présumés de tuberculose est élevé (22% en 2021), témoignant d'un biais de sélection en faveur des cas avec les symptômes les plus marqués.
- La mise à la retraite de certains agents de santé dans les services publics impliqués dans les activités de lutte contre la tuberculose laissant un vide à combler et la mobilité de ceux qui ne sont pas intégrés dans la fonction publique.
- Il existe des insuffisances dans la mise en œuvre du plan de développement des laboratoires. Il existe seulement 0,5 laboratoire de microscopie par 100.000 habitants. Il n'y a pas eu d'actions pour faire face à l'insuffisance du nombre de techniciens de laboratoire et au manque d'équipements dans certains laboratoires. En l'absence de couverture nationale par le GeneXpert, le niveau périphérique continue à utiliser la microscopie pour le diagnostic. Cette situation se complique davantage par les insuffisances du système de transport des échantillons qui sont en rapport avec l'insuffisance de ressources.
- Face à une probable destruction du bâtiment du LNMR son fonctionnement adéquat dans un proche future n'est pas assurée.
- Il existe certaines zones enclavées et des îles qui ne sont pas suffisamment couvertes par les actions de lutte contre la TB, y compris le dépistage actif. Par ailleurs, pendant le dépistage de masse périodique dans les prisons la couverture complète de la population-ciblée n'est pas assurée. Pendant les dépistages, les interventions du PNLT et du PNLSH ne sont que partiellement coordonnées.
- Le contrôle de qualité de la microscopie n'est pas assez décentralisé à cause de l'insuffisance de la capacité du niveau intermédiaire.
- En dehors du système WhatsApp entre les sites GeneXpert et les médecins des sites TB/MR, Il n'existe pas de système électronique de transmission des résultats de laboratoire aux prestataires et aux malades.
- Les appareils de radiographie dans les hôpitaux et les CDT sont en nombre insuffisant et leur utilisation n'est pas subventionnée pour assurer un diagnostic optimal de la TB notamment chez l'enfant.

- Les actions de sensibilisation de la communauté sur la TB sont insuffisantes.
- La culture en milieu liquide (MGIT) pour assurer un diagnostic plus précoce de la TB et de la résistance aux antituberculeux est en phase d'essai.
- Il existe une collaboration entre les programmes TB et diabète ; cependant, on note le manque des glucomètres et les intrants pour assurer la prise en charge de la comorbidité TB/diabète, notamment le dépistage systématique le diabète chez les patients atteints de la TB.
- Le dépistage de la TB chez les enfants est insuffisant. Bien qu'en constante une amélioration, la proportion d'enfants parmi les cas dépistés est située dans la limite inférieure des pourcentages attendus. En outre, il existe un sous-dépistage et ou une sous-notification chez les enfants de moins de 5 ans. Il n'y a pas eu de solutions aux problèmes de la non-gratuité de l'examen radiographique, et du tubage gastrique et au problème de disponibilité des intrants et des centrifugeuses. En outre, le personnel n'a pas été suffisamment formé sur la réalisation de ces procédures et l'interprétation des résultats. La formation et l'implication des pédiatres dans le diagnostic de la TB sont insuffisantes. Des mécanismes de coordination avec les structures de prise en charge de la malnutrition et la PCIME ne sont pas établis.
- Trop peu d'actions a toujours été entreprises pour améliorer le dépistage de la TB chez les sujets contacts et les autres groupes à risque identifiés ainsi que les populations vulnérables. Les actions éducatives n'ont pas eu l'efficacité escomptée pour faire face aux facteurs culturels entravant la demande des soins par les femmes. Au vu de l'analyse par âge et par sexe, il n'est pas à écarter que la proportion inférieure des femmes parmi tous les patients TB notifiées reflète un sous dépistage. Peu d'actions ont été entreprises pour aider les patients en besoin avec leur transport.

8.2 Traitement et suivi des malades non optimaux

8.2.1 Traitement

- Le taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechutes, toutes formes confondues (91% pour la cohorte de 2020) a atteint la cible de l'OMS (90%) au niveau national. Toutefois, il reste des importantes différences entre les régions. Le plus souvent, le taux de décès élevé est la raison principale pour un résultat non-favorable ; le manque de dispensation des soins de qualité aux patients tuberculeux étant souvent à la base.
- Des régions telles que Faranah et Labé enregistrent des faibles taux de succès du traitement.
- L'éducation des malades qui sont sous traitement par les prestataires de soins est insuffisante. Il en est de même des moyens de recherche précoce des absents au traitement (échéancier, crédit téléphonique, moto et agents de relance). Les efforts de décentralisation du traitement de la TB-S et de la TB-RR/MR ne sont pas encore suffisants. Par ailleurs, il existe une faible application du TDO, y compris dans les sites TB-RR/MR et des efforts d'information et de sensibilisation du personnel sont encore nécessaires. A cela s'ajoute le peu d'appui fourni aux patients pour le transport.
- L'insuffisance d'appui nutritionnel pour les cas TB-RR/MR et son absence pour les adultes atteints de TB sensible entravent la prise en charge optimal.

8.2.2 Gestion des médicaments

La gestion des médicaments présente multiple problème :

- Insuffisance d'outils de gestion des stocks au niveau des sites

- Qualité non optimale des données logistiques rapportées dans eSIGL
- Conditions inadéquates de stockage et de conservation des intrants au niveau des CDT
- Faible application du mécanisme de gestion des produits périmés
- Non-respect de la procédure d'approvisionnement des CDT par réquisition
- Retard dans la mise à jour de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels
- Faible intégration des intrants de lutte contre la TB dans le stock global des CS qui abritent les CDT/CT
- Insuffisance d'intégration des données de pharmacovigilance des antituberculeux dans le système national de pharmacovigilance
- Non transmission des données relatives aux effets secondaires des antituberculeux au niveau central
- Faible visibilité des achats des intrants financés par l'Etat en termes de quantité, de délais de livraison et d'assurance de qualité
- Retards de distribution des intrants de lutte contre la TB par la PCG
- Retards dans la livraison des commandes du FM par l'agent d'approvisionnement GDF et des commandes de l'état
- Faible analyse des données logistiques au niveau du district
- Lourdeur dans le processus de dédouanement des médicaments et des produits de laboratoire.

8.3 La dispensation de soins de qualité à tous les malades TB-RR/MR diagnostiqués est insuffisante

- La mise sous traitement des malades TB-RR/MR n'est pas optimale (84% en 2021). Il existe, en effet, une insuffisance de formation dans les nouveaux sites sur la prise en charge de la TB-RR/MR.
- Concernant le retard du traitement des malades TB-RR/MR, les actions sociales pour résoudre le problème de logement et les actions éducatives pour sensibiliser les malades sur la nécessité du traitement sont insuffisantes.
- Absence d'appui psychosocial pour les TB-RR/MR.
- Par ailleurs, les agents des sites TB-RR/MR sont insuffisamment formés sur l'aDSM.
- Il n'y a pas eu assez de ressources pour l'acquisition de matériel (ECG) de suivi des malades traités par les médicaments de deuxième ligne et de médicaments pour la prise en charge des effets secondaires des médicaments.
- Insuffisance de ressources pour la réalisation des examens biologiques et radiologiques dans les nouveaux sites de prise en charge de la TB-RR/MR.
- Absence de subventions pour l'achat des médicaments et la réalisation des examens liés aux complications et les comorbidités.
- Les ressources permettant d'assurer la connectivité entre les sites de traitement de la TB-RR/MR, les sites GeneXpert, le PNLT et le LNRM font défaut.
- L'investigation des contacts des cas de TB-RR/MR n'est pas suffisamment appliquée.
- Malgré l'utilisation du test GeneXpert en première intention pour le diagnostic de la TB, le pays n'est pas totalement couvert, la microscopie est toujours utilisée dans les districts ne disposant pas de site GeneXpert. Ce n'est pas approprié dans le contexte épidémiologique actuel marqué par le problème de la TB multirésistante. D'après l'OMS, le nombre de cas de TB-RR estimés parmi les cas de TB

pulmonaire confirmés bactériologiquement notifiés est de 600 en 2021 alors que le PNLT n'a détecté que 376 cas.

8.4 Activités de collaboration entre les programmes TB et VIH insuffisantes

- Inexistence des comités régional, préfectoral et sous préfectoral TB/VIH.
- Les efforts entrepris par les responsables des programmes TB et VIH n'ont pas abouti à la mise en place de mécanismes de collaboration solides et d'une coordination adéquate entre les services de PEC des deux infections. Les deux programmes n'ont pas établi de mécanisme de suivi conjoint du stock des kits de dépistage du VIH, de validation des données et de plan de formation entre les deux programmes. Les machines GeneXpert n'ont pas été utilisées de manière intégrée pour permettre la mesure de la charge virale et le diagnostic précoce de l'infection VIH chez les nouveau-nés. Par ailleurs, il n'y a pas eu des mesures pour permettre l'accès des patients coinfestés à la mesure des CD4. Les patients coinfestés n'arrivent pas à bénéficier le paquet complet de services auxquels ils ont droits. Par exemple, l'investigation de la TB chez les PvVIH est insuffisante et de plus la mise en œuvre du TPT est limité. Une stratégie de mise œuvre existe mais nécessite d'être reproduit et diffusée conjointement par les deux programmes pour remédier à ces lacunes. Par ailleurs, peu d'importance a été accordée à la documentation de ces activités.
- Des efforts sont encore nécessaires pour décentraliser davantage la prise en charge de la coïnfection. En outre, l'intégration de la prise en charge du VIH dans les services de traitement de la TB n'est opérationnelle que dans 60 CDT sur 99, en raison, entre autres, du manque de formation du personnel.
- On note des rupteurs de kit dépistage du VIH, du cotrimoxazole et des ARV au niveau des CDT avec PEC su VIH.

8.5 Insuffisance dans la mise en œuvre des actions préventives

- Le plan de contrôle de l'infection est élaboré mais ni vulgarisé ni suivi ni évalué et le financement est insuffisant pour sa mise en œuvre.
- Quoique 100% des CDT disposent d'au moins un infirmier formé sur le contrôle de l'infection, la formation n'a pas permis de renforcer de manière adéquate la capacité du personnel.
- Les actions de planification, distribution et le financement sont insuffisants pour assurer la disponibilité optimale de masques chirurgicaux et du matériel de protection individuelle. Toutefois, le PNLT a reçu de l'UAGCP une donation de ces équipements de protection dans le cadre de la riposte contre COVID 19.
- Le PNLT a développé la stratégie de recherche systématique des sujets contacts de TB. Cette stratégie n'est ni totalement acceptée ni suffisamment appliquée car elle peine à être mise en œuvre entre autres à cause des réticences des patients et du personnel.
- L'identification de la stratégie d'investigation des contacts n'a pas été appropriée pour permettre une couverture adéquate des enfants en contact avec des cas de TB par la chimio prophylaxie.
- Le suivi des enfants contacts mis sous traitement préventif n'est pas suffisamment efficace pour permettre la rétention des enfants sous traitement.

- De nos jours aucune études n'a été réalisées pour déterminer l'ampleur du problème de la TB et la silicose chez les miniers.

8.6 Capacité insuffisante dans la gestion et dans la mobilisation des ressources

- Les stratégies de mobilisation des fonds identifiées par le PNLT ne sont pas assez efficaces. Il n'y a pas de plan de mobilisation de ressources.
- Bien que le taux d'exécution des activités du plan opérationnel ait atteint le niveau prévu en 2021, il est encore à 85%. Les mécanismes pour faire face à l'insuffisance de ressources humaines ne sont pas optimaux. Il n'y a pas de mécanismes de motivation pour la fidélisation du personnel à leur poste.
- Le PNLT n'a pas identifié de stratégie de coordination multisectorielle.
- En raison de l'absence de financement, il n'a pas été possible de rénover les anciens locaux du PNLT qui ont été finalement affectés à d'autre service.
- Le renforcement des capacités des agents chargés de la gestion de la chaîne d'approvisionnement est insuffisant. En outre il n'y a pas eu d'actions efficaces pour prévenir la mobilité du personnel formé.
- Le système de détermination des besoins, de commande et de livraison des outils de gestion des stocks n'est pas optimal.
- La supervision des activités GAS n'est pas assez régulière pour permettre le suivi adéquat des stocks dans les sites.
- Les mécanismes visant l'assurance de la qualité des médicaments anti-TB ne sont pas optimaux. Il en est de même pour la gestion des produits périmés et le renforcement du système d'enregistrement.
- Il y a eu peu d'actions pour améliorer les conditions de stockage et de conservation des médicaments et des intrants au niveau périphérique.
- Des mécanismes de coordination n'ont pas été mis en place pour améliorer la communication sur les délais de livraison des commandes de l'état et sur la distribution par la PCG.
- Les outils de collecte des données logistiques GAS (stock, consommation, péremption) n'ont pas été élaborés pour les anti-TB de 2ème ligne et les intrants de laboratoire (en dehors du dossier patient).
- La formation du personnel des CDT sur le calcul des besoins trimestriels en médicaments et intrants de laboratoire n'est pas optimale.
- Les prestataires n'ont pas été formés sur le circuit de la remontée des fiches de notification, des sites vers la section de pharmacovigilance. Le manuel sur la pharmacovigilance n'a pas été diffusé.
- L'absence de mise en place du GT S&E TB a entraîné des difficultés de coordination des acteurs du suivi et évaluation intervenant dans la lutte antituberculeuse.
- La conception des outils de rapportage n'a pas prévu pour la désagrégation pour certaines cibles.
- Il n'existe pas de systèmes de validation des données aux différents niveaux infranationaux et de revue des données au niveau régional. Il n'y a pas eu d'action de sensibilisation des acteurs sur le respect du circuit des données. La sensibilisation et la supervision des agents de saisie des districts sont insuffisantes.
- La formation des statisticiens aux niveaux, régional et préfectoral sur la TB n'est pas suffisante pour assurer la qualité des données et la maîtrise de certaines rubriques des outils de collecte.
- L'organisation et la planification de la supervision n'ont pas été adéquates pour permettre la supervision régulière du niveau périphérique par le niveau district.
- L'absence de financement a constitué une barrière pour la mise en place d'un site web du PNLT.

8.7 Suivi – évaluation

- Les outils existants ne prennent pas en compte certaines cibles (prisonniers, diabétiques, miniers/orpailleurs, personnel de prise en charge)
- Non-respect du circuit de la remontée des données (les CDT envoient directement au niveau central sans passer par le niveau régional)
- Absence de validation systématique des données au niveau régional
- Faible promptitude dans le DHIS2
- Insuffisance dans la maîtrise de l'enregistrement et de la période évaluée des résultats du traitement par les chargés des statistiques au niveau des DPS
- Absence du module tracker TB y compris la TB-MR dans le DHIS2
- Absence de paramétrage des données du réseau de laboratoires de microscopie/ GeneXpert dans le DHIS2
- Irrégularité de la supervision du niveau district vers les CS, y compris les supervisions conjointes intégrées
- L'analyse épidémiologique et l'évaluation de l'impact des interventions ne sont pas prises en compte dans les formations en suivi et évaluation et l'analyse des données épidémiologiques.
- Absence d'un bulletin d'information pour la TB
- Absence d'un site web au niveau du PNLT.

8.8 Insuffisance de mise en œuvre de la prise en charge communautaire

- Le activités mises en œuvre par les communautaires couvre 24 préfectures sur 38 et de manière partielle. Il n'y a pas eu d'actions de mobilisation sociale soutenues pour engager les leaders d'opinion et les OBC dans la mise en œuvre.
- Il n'existe pas de normes tenant compte du genre dans le recrutement des RECO.
- Il persiste un dysfonctionnement du système de transport des échantillons de crachats entre la communauté et les CDT car la politique du programme n'habilite pas les RECO à faire le recueil des crachats.
- L'insuffisance des outils promotionnels (boites à images, affiche et dépliants) dans les structures sanitaires, chez les partenaires et même dans la communauté.
- Insuffisance de connaissance sur les échéances de contrôles bactériologiques.
- Faible connaissance de la population sur les signes de la TB y compris parmi les élus locaux et leaders religieux.
- Insuffisance de mutuelles de santé dans les collectivités.
- Faible référence des contacts par les RECO et agents de relance.
- Manque de budget dans les collectivités pour la lutte contre la maladie en général.
- Insuffisance du nombre de relais communautaires pour assurer une couverture adéquate des zones d'intervention (5 RECOS/CS).
- Faible implication des chefs de santé de santé, et des leaders d'opinion publique dans la lutte antituberculeuse.

- Faible collaboration entre les CS et les acteurs communautaires dans le dépistage de la tuberculose
- Faible motivation et manque d'harmonisation des motivations des RECO/ASC pour les activités de lutte contre la tuberculose.
- Manque de digitalisation des activités communautaires (TB).
- Inexistence des comités régional, préfectoral et sous préfectoral TB/VIH
- Manque de moyen de déplacement des RECO.
- Manque d'organisation féminines de lutte contre la TB.
- Insuffisance du dépistage et traitement de la tuberculose dans les structures sanitaires privées.
- Manque de formation des cadres du PNLT sur le cycle d'action communautaire
- Insuffisance de campagne de sensibilisation et dépistage de la TB dans les débarcadères, des cités de solidarité, dans zones d'orpailage et minières.
- Insuffisance de campagne de sensibilisation et dépistage de la TB dans les maisons de détention.

8.9 Insuffisance d'engagement du secteur parapublic et privé

- Non existence d'accord de partenariat avec les structures publiques dépendant des autres ministères, les structures de santé des entreprises et le secteur privé.
- Insuffisance de collaboration entre les tradipraticiens, les agents de santé, les RECO, les OSC et le PNLT pour l'identification et la référence des cas présumés de TB.
- L'insuffisance du dépistage et traitement de la tuberculose dans les structures sanitaires privées à cause de la non-intégration et du non-respect des directives nationales.
- Insuffisance de collaboration entre les tradipraticiens, les agents de santé, les RECO, les Organisations de la société civile et le PNLT pour l'identification et la référence des cas présumés de TB.
- Nombre insuffisant d'organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre la tuberculose.
- Manque des outils pour comptabiliser des cas présumés référés par les organisations de la société civile dans les CDT.
- L'inexistence d'un cadre de redevabilité multisectoriel pour la lutte contre la tuberculose.

8.10 Absence d'actions pour la protection sociale, la lutte contre les déterminants sociaux de la TB et la couverture sanitaire universelle

- Le PNLT n'a pas entrepris d'actions de plaidoyer en faveur du renforcement de la sécurité sociale et pour établir des mécanismes de collaboration avec le Fonds de Solidarité Sociale.
- Des actions de plaidoyer nécessitent d'être conçues pour assurer la gratuité des actes de diagnostic de la TB et du bilan pré thérapeutique chez les patients coinfestés par le TB et VIH et pour le développement de la couverture sanitaire universelle.
- Il y a une insuffisance d'appui aux patients avec tuberculose TB-RR/MR (nutritionnel, transport, bilan initial et de suivi clinique, biologique et radiologique).
- Il n'existe pas une charte des patients adaptée au contexte Guinéen.
- Des actions sont nécessaires pour veiller à l'application du principe de la gratuité du traitement.
- On note également un faible accompagnement financier, institutionnel et organisationnel des associations de lutte contre la tuberculose.

- Non gratuité du dépistage chez les sujets contacts.

8.11 Limites dans la législation sur la notification obligatoire des cas et des causes de décès et sur le devoir des malades de poursuivre leur traitement

- Le PNLT n'a pas entrepris d'action pour que la TB fasse partie des maladies à déclaration obligatoire et pour qu'un système de notification des décès soit mis en place. Par ailleurs, il n'y a pas eu de saisine de l'Assemblée nationale pour l'élaboration d'une loi sur le traitement obligatoire des malades TB.
- Il n'existe pas de cadre de collaboration entre le PNLT et le service national de la santé du travail.
- Les textes de lois pour les personnes vulnérables sont inexistants.

8.12 Insuffisance de l'approche basée sur le genre dans la lutte antituberculeuse

- Faible renforcement des connaissances sur les aspects genre et droits humains des autorités sanitaires, du personnel de santé, des RECO, des autres secteurs et de la société civile.
- Il n'y a pas eu d'actions de sensibilisation contre la stigmatisation des femmes et des enfants ainsi que sur les pesanteurs socioculturelles et d'actions pour la promotion de la charte des patients TB. Par ailleurs, Il n'existe pas de recherche sur l'ampleur et les causes de la stigmatisation des personnes vulnérables infectées par la TB.
- On note une absence de projet de lois basées sur le genre pour la prise en charge des malades tuberculeux.

8.13 Insuffisances dans la conduite de la recherche

- Il n'existe pas de mécanismes structurés d'élaboration des protocoles de recherche et de collaboration avec des centres de recherche sur les projets. Aucun mécanisme de coordination des activités de recherche entre le PNLT et les différentes structures/partenaires techniques n'a été mis en place.
- Le renforcement des ressources humaines reste insuffisant pour répondre à des appels à projets et pour mener simultanément plusieurs projets de recherche.
- Des mécanismes n'existent pas encore été mis en place pour la vulgarisation des résultats des études.
- Le PNLT n'a pas encore mis en place une base de données sur les études réalisées ou à réaliser.
- Il n'y a pas eu d'enquête sur le genre et l'inclusion pour la TB.
- Plusieurs problèmes détectés par le système de suivi et évaluation n'ont pas fait l'objet d'études de recherche opérationnelle.
- Aucune enquête sur la résistance aux antituberculeux n'a été conduite récemment.
- Peu de cadres sont formés du PNLT en recherche opérationnelle.
- Il n'existe pas de mécanismes pour mettre à l'échelle les recommandations issues des résultats des projets pilotes.

IX. Buts et objectifs

Les objectifs sont identifiés en tenant compte de la situation épidémiologique de la tuberculose dans le pays, de la réponse à la maladie, des résultats obtenus, des leçons apprises, des forces et faiblesses du système de santé et du système communautaire, du contexte général du pays et des principes de respect de l'éthique et de promotion des droits humains. A cet égard, une importance particulière a été accordée au respect des principes d'égalité des genres, d'inclusion et des droits humains.

9.1 Buts

- Réduire de façon significative le poids de la tuberculose dans la population guinéenne en vue d'atteindre les cibles de la stratégie mondiale de lutte antituberculeuse après 2020 à savoir :
 - Réduire le taux de mortalité due à la tuberculose à 13 décès pour 100.000 habitants d'ici 2026
 - Réduire le taux d'incidence de la tuberculose à 170 pour 100.000 habitants d'ici 2026.
 - Réduire la proportion des familles supportant des coûts catastrophiques liés à la tuberculose à moins de 20% en 2026

9.2 Objectifs

- **Objectif stratégique 1** : Améliorer la détection des cas de tuberculose toutes formes et atteindre un taux de notification des cas de tuberculose toutes formes confondues, nouveaux et rechutes de **151 cas** pour 100.000 habitants en 2026.
- **Objectif stratégique 2** : Améliorer le taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechute de tuberculose toutes formes, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, traités avec succès (guérison, traitement terminé) parmi tous les cas enregistrés), en passant de 91,2% en 2021 à 92% en 2026
- **Objectif stratégique 3** : Maintenir la couverture du traitement par les ARV à au moins 99% et la couverture du traitement par le cotrimoxazole à au moins 99% chez les patients coinfectés TB/VIH de 2022 à 2026
- **Objectif stratégique 4** : Mettre sous traitement préventif 90% des enfants de 0 à 4 ans éligibles et 97% des enfants de 5 à 14 ans éligibles d'ici 2026.
- **Objectif stratégique 5** : traiter avec succès 80% des malades TB-RR/MR d'ici 2026.
- **Objectif stratégique 6** : Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLT et de mobilisation des ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose dans un cadre multisectoriel.
- **Objectif stratégique 7** : Etendre et renforcer la prise en charge communautaire de sorte qu'au moins 15% des cas de tuberculose notifiés proviennent d'une référence par un relai communautaire.
- **Objectif stratégique 8** : Initier et achever au moins une recherche opérationnelle par an au cours de la période de 2022 à 2026
- **Objectif stratégique 9** : Elaborer, mettre en œuvre et évaluer une stratégie nationale de l'approche d'égalité des sexes et de droits humains dans la prévention, les soins et le soutien aux malades TB et aux personnes affectées par la TB.

X. Identification des interventions stratégiques et des activités à mettre en œuvre

Les axes stratégiques et les interventions sont identifiés de manière à ce qu'ils soient stratégiquement centrés, favorisant ainsi l'obtention du maximum d'impact avec les ressources disponibles, et solides techniquement, ayant recours aux procédures de prévention, de diagnostic, de traitement et de soutien prouvées scientifiquement recommandées par l'OMS dans ses directives les plus récentes. Par ailleurs, conscients que la pérennité des résultats requiert une participation et une prise de décision équitables entre les femmes et les hommes, les concepteurs du PSN TB ont jugé opportun d'adopter une approche sensible à l'égalité des sexes et aux droits humains, de mener des activités de sensibilisation en la matière auprès des autorités sanitaires et de cibler en priorité les populations les plus vulnérables.

10.1 Description des interventions stratégiques

Axe stratégique 1.1. Renforcement du dépistage et de la qualité du diagnostic de la tuberculose pour atteindre le taux de couverture de traitement de 89% en 2026

- Amélioration du dépistage de la TB pour le rendre accessible dans tout le pays
- Dépistage de la tuberculose parmi les populations vulnérables et groupes à risque
- Renforcement des capacités du réseau de Laboratoire pour qu'au moins 95% des résultats de microscopie et des tests rapides Xpert MTB/RIF soient rendus dans un délai de 48h au maximum au prescripteur
- Intensification du dépistage et amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les enfants afin que le nombre de cas de tuberculose dépistés et traités parmi les enfants de 0-14 ans augmente d'au moins **0,5%** par an

Axe stratégique 2.1 : Traitement de tous les malades de la tuberculose accompagné de soutien psychosocial et nutritionnel, sans discrimination

- Prestation de soins de qualité aux malades TB de sorte que le taux de perdus de vue et de transférés soit réduit à au moins de 2% en 2026

Axe stratégique 3.1 : Prise en charge de la coïnfection TB/VIH, de la tuberculose associée au diabète et des autres comorbidités

- Intégration de la prise en charge de la TB et du VIH dans 90% des CDT fonctionnels d'ici 2026
- Prise en charge du diabète chez les patients TB.

Axe stratégique 4.1 : Traitement préventif (chimioprophylaxie) des personnes éligibles parmi les groupes à risque identifiés

- Mise sous traitement préventif des personnes éligibles avec suivi de l'adhésion au traitement.

Axe stratégique 4.2 : Mesures de prévention de l'infection dans les structures de diagnostic et de traitement de la tuberculose

- Intégration de mesures de prévention de l'infection dans les 100% des CDT fonctionnels d'ici 2026.

Axe stratégique 5.1 : Traitement avec soutien à tous les patients TB-RR/MR.

- **Amélioration de la couverture par le traitement de deuxième ligne des patients TB-RR/MR pour atteindre au moins 98% d'ici 2026**

Axe stratégique 6.1 : Renforcement des capacités de gestion

- Renforcement du fonctionnement des services du programme appuyé de ses partenaires, de sorte que 95% du budget disponible soit exécuté d'ici 2026
- Renforcement du système de gestion des médicaments antituberculeux de première ligne et de deuxième ligne et des réactifs et consommables de laboratoire, de sorte que pas plus de 1% des CDT présentent une rupture de stock d'ici 2026
- Mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines de sorte qu'au moins 80% des activités programmatiques planifiées dans le PAO soient réalisées chaque année de 2022 à 2026.
- Renforcement du système de suivi-évaluation de sorte qu'au moins 95% des rapports attendus soient reçus dans les délais, et que 100% des CDT et sites GeneXpert soient supervisés au moins deux fois par an et qu'au moins une recherche opérationnelle soit réalisée par an.
- Renforcement de la bonne collaboration avec les autres services de santé du secteur public et du partenariat avec les structures parapubliques (Ministère de la Défense, de la Justice...) ainsi qu'avec des structures privées.
- Renforcement de la communication du PNLT pour une meilleure visibilité de ses activités.

Axe stratégique 6.2 : Protection sociale, lutte contre la pauvreté et actions sur les déterminants non médicaux de la tuberculose

- Mise en place de mécanismes de protection sociale pour les personnes infectées et affectées par la TB

Axe stratégique 6.3 : Plaidoyer pour un engagement politique avec une allocation de ressources adaptées pour les soins et la prévention de la tuberculose

- Mobilisation de financements innovants.

Axe stratégique 7.1 : Extension de la prise en charge communautaire à tous les CDT fonctionnels

- Extension de la prise en charge communautaire à tous les CDT fonctionnels d'ici 2026

Axe stratégique 7.2 : Renforcement des activités de prise en charge communautaire

- Mise en œuvre du cadre institutionnel pour les interventions communautaires
- Communication de proximité sur la maladie de la tuberculose et la disponibilité de l'offre de service par les communautaires.
- Communication par les médias sur la tuberculose et la disponibilité des services.
- Mobilisation sociale pour les activités du programme par les communautaires
- Renforcement de la lutte antituberculeuse dans les lieux de grand rassemblement tels (les fumoirs, les BAR, les lieux de thé ...) par les communautaires.
- Renforcement de la lutte antituberculeuse dans les prisons par les pairs éducateurs avec une approche intégrée TB/VIH
- Amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les universités, les institutions de formations professionnelles, écoles, lycées et collèges dans le pays.

- **Implication des tradipraticiens dans les activités de lutte antituberculeuse pour le référencement des cas présumés de tuberculose dans le pays**

Axe stratégique 8.1 : Réalisation d'au moins une recherche opérationnelle par an

- **Conduite d'études pour résoudre les problèmes identifiés dans la lutte antituberculeuse**

Axe stratégique 9.1 : Intégration des aspects genre/inclusion et des droits humains dans la lutte contre la TB

- **Introduction des aspects genre/inclusion et droits humains dans la lutte contre la TB**
- **Renforcement des capacités du PNLT, du personnel de santé et des autres acteurs impliqués dans la lutte contre la TB, sur les aspects genre/inclusion et les droits humains**
- **Mobilisation des patients et des OBC pour une meilleure autonomisation**
- **Renforcement de la participation des hommes et des femmes, y compris les jeunes filles, qui sont affectés et infectés par la TB/VIH dans la gestion et la gouvernance de la lutte contre de la TB**

10.2 Activités à mettre en œuvre par intervention stratégique

1. Objectif stratégique 1 : Améliorer la détection des cas de tuberculose toutes formes et atteindre un taux de notification des cas toutes formes confondues, nouveaux et rechutes de 151 cas pour 100000 habitants en 2026
1.1. Axe stratégique 1.1. Renforcement du dépistage et de la qualité du diagnostic de la tuberculose pour atteindre le taux de couverture de 89% en 2026
1.1.1. Amélioration du dépistage de la TB pour le rendre accessible dans tout le pays.
1.1.1.1. Mettre à l'échelle d'ici 2026 le système de transport des échantillons des cas présumés de TB de 315 structures de santé à partir de la communauté vers les centres de santé, des centres de santé vers les laboratoires des CDT, des CDT vers les sites GeneXpert, puis vers les labos de culture (LNRM ou Macenta) et du LNRM vers le labo supra national
1.1.1.2. Acheter 70 microscopes optiques + 50 LED pour les CDT (2022 :30, 2023 :20, 2024 : 25, 2025 :25)
1.1.1.3. Acheter 150 caisses chauffantes de conservation des microscopes.
1.1.1.4. Acheter les pièces de rechange pour les 50 microscopes LED en 2024 ainsi que 50 boites de conservation des lames pour le contrôle de qualité
1.1.1.5. Acheter les pièces de rechange pour les 70 microscopes Optiques des CDT (35 en 2024 et 35 en 2026) ainsi que des boites de conservation des lames pour le contrôle de qualité.
1.1.1.6. Achat de consommables et réactifs de laboratoire pour la microscopie Ziehl-Neelsen et Auramine, avec la constitution d'un stock de réserve (10%), de 2022 à 2026.
1.1.1.7. Réaliser trimestriellement la relecture des lames des CDT pour le contrôle de qualité de la microscopie par le LNRM de 2022 à 2026
1.1.1.8. Réaliser trimestriellement la relecture des lames des CDT pour le contrôle de qualité de la microscopie par le niveau régional de 2022 à 2026
1.1.1.9. Assurer un stage pratique de 3 jours au LNRM/laboratoire régional pour les techniciens de laboratoire présentant des erreurs majeures au CQE
1.1.1.10. Réaliser 4 sessions de formation de formateurs en CQE et en maintenance pour 5 jours (2 jours pour le CQE, 3 jours pour la maintenance) dans chacune des régions administratives ; avec un participant formateur par site GeneXpert. Un participant par site GeneXpert (30) + 02 participants du LNRM
1.1.1.11. Réaliser 15 sessions de formation des agents des CDT en CQE et en maintenance pour 5 jours (2 jours pour Les techniques de laboratoires et QC, 3 jours pour la maintenance). Session de 10 participants dont 01 par CDT (11 sessions en 2023, 02 sessions en 2024, 01 session en 2025 et 01 session en 2026)
1.1.1.12. Former/recycler 589 techniciens de laboratoire en bacilloscopie, biosécurité, gestion de déchets et maintenance pendant 5 jours de 118 en 2022 ; 40 en 2023 ; 168 en 2024 ; 70 en 2025 et 193 en 2026.
1.1.1.13. Acheter 92 kits de démarrage et de remplacement pour les nouveaux laboratoires et anciens de microscopie de 17 en 2021 puis 15 par an de 2022, à 2026 chaque année
1.1.1.14. Equiper 19 nouveaux sites en appareil GeneXpert MTB/RIF, (onduleurs, climatiseurs et assurer le calibrage annuel) 2 en 2023, 3 en 2024, 5 en 2025 et 5 en 2026
1.1.1.15. Acheter 45 kits panneaux solaires pour alimenter le GeneXpert MTB/RIF des 8 régions, 10 par années à partir de 2023 à 2025 et 15 en 2026
1.1.1.16. Acheter les cartouches Xpert MTB/RIF pour les cas présumés TB. Le GeneXpert devient progressivement le premier test de dépistage TB. 70% des nouveaux cas et en 2022 , 80% en 2023, 85% en 2024, 90% en 2025 et 95% en 2026

1.1.1.17. Former et recycler 45 techniciens de laboratoire selon le plan d'acquisition des nouveaux appareils GeneXpert sur la technique d'utilisation de l'appareil GeneXpert et le calibrage annuel de l'An 1 à l'An 5
1.1.1.18. Acheter 10 unités de radiographie numériques (2 par an à partir de 2022 jusqu'à 2026)
1.1.1.19. Equiper 5 laboratoires des hôpitaux avec une grande fréquentation avec TB LAMP
1.1.1.20. Former 10 techniciens de laboratoire sur l'utilisation de TB LAMP (deux sessions de 3 jours de 20 personnes par session) 2024 – 1 session et 2025- 1 session
1.1.1.21. Acheter un micro-centrifugeuse pour la réalisation du Test LPA pour le LNRM
1.1.1.22. Equiper progressivement les laboratoires de Macenta et de Pita pour réaliser les cultures (une hôte, deux poupinelles, deux autoclaves, deux centrifugeuses, deux bain marie, deux incubateurs de grandes capacité (en 2024 et 2025)
1.1.1.23. Acheter des réactifs pour les tests de sensibilité des médicaments antituberculeux (LPA deuxième ligne, milieu liquide) pour couvrir les besoins des patients TB-RR/MR. (Plus 10%)
1.1.1.24. Acheter les cartouches XDR pour le LNRM pour les années 2022 à 2026 pour (470 patients éligibles par an)
1.1.1.25. Poursuivre la certification du LNRM pour l'achever en 2024
1.1.1.26. Payer pour les patients TB-RR/MR les tests initiaux et les tests de suivi (forfait 200 euros par patients notifié)
1.1.1.27. Acheter 30 climatiseurs pour les sites GeneXpert existants
1.1.1.28. iii) Faire le dépistage de l'infection tuberculeuse à l'aide de tests IDR ;
1.1.1.29. iv) distribuer les tests pour utilisation dans les formations sanitaires et les services de proximité/communautés (service de santé maternelle et infantile) ;
1.1.1.30. v) faire de l'information et de la sensibilisation dans la communauté par les Acteurs communautaires.
1.1.1.31. Vi) Renforcer le dépistage des sujets contacts de personnes atteintes de tuberculose pulmonaire et de tuberculose pharmacorésistante ;
1.1.1.32. vii) Elargir le comité national TB-MR au comité de prévention et contrôle de l'infection (PCI) ;
1.1.1.33. viii) Faire un plaidoyer à la DIEM pour l'implication du PNLT à la conception de plans des sites de dépistage et de la prise en charge de la tuberculose ;
1.1.1.34. viii) Surveiller la tuberculose au niveau du personnel de santé PNLT, CDT et des laboratoires de référence des Mycobactéries à travers la radiographie pulmonaire.
1.1.1.35. iiix) Informations/ sensibilisations dans la communauté par les ASC.
1.1.2. Dépistage de la tuberculose parmi les populations vulnérables et groupes à risque
1.1.2.1. Editer et mettre à la disposition des relais communautaires 5000 algorithmes de recherche des cas contacts TB en 2023 et 2025
1.1.2.2. Réviser, éditer et diffuser 100 000 (25000 par an) fiches sociales pour prendre en compte le poids et les signes de présomption de TB parmi les contacts examinés (édition incluse en 1.4.2) en 2023
1.1.2.3. Former 30 médecins des 7 hôpitaux régionaux, des 5 hôpitaux de communes et des 3 hôpitaux nationaux et 46 MCM préfectoraux et régionaux en quatre (4) sessions de 20 participants pendant 5 jours sur les stratégies de dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque et les populations vulnérables en 2023 à Kindia
1.1.2.4. Former 60 infirmiers des 14 hôpitaux régionaux, des 10 hôpitaux de communes et des 6 hôpitaux nationaux en quatre (4) sessions de 15 participants pendant 3 jours sur les algorithmes de dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque et les populations vulnérables en 2024 à Mamou et N'zérékoré

1.1.2.5. Former 300 infirmiers des CDT soit 02 par CDT y compris les nouveaux sur les algorithmes de dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque et les populations vulnérables (enfants, PVV, miniers, prisonniers), sur le contrôle de l'infection, TBMR et TB/VIH en onze sessions de 20 participants en 2023, deux sessions de 16 participants chacune en 2024, 01 sessions de 20 participants pendant 5 jours chacune en 2025 et 2026
1.1.2.6. Organiser un atelier de formation de 25 formateurs agents des centres de santé (CS et CSA) au niveau régional pendant 3 jour en une session en 2023
1.1.2.7. Former 417 agents des centres de santé (CS et CSA) au niveau régional pendant 3 jours sur le dépistage et la prise en charge de la tuberculose, en 2023 : 204 en raison de 17 sessions de 25 personnes et en 2024 : 217 en raison de 11 sessions de 20 participants
1.1.2.8. Former 150 pairs éducateurs pendant 3 jours. (Un pair éducateur pour 100 détenus dans la prison centrale de Conakry et 1 pair éducateur pour 50 détenus dans les prisons régionales) en 2023 (Conakry, Kindia, Boké, Kankan en An 1 et l'an 2 : N'zérékoré, Mamou ; Faranah, et Labé)
1.1.2.9. Doter les infirmeries des 7 prisons régionales, les maisons d'arrêt de Siguiri, Coyah, Macenta et la maison centrale de Conakry des équipements de protection individuelle Masque chirurgicaux de l'An1 à l'An 5 (Soit 15 000 masques)
1.1.2.10. Organiser semestriellement un dépistage actif de la tuberculose dans 32 établissements pénitentiaires de Conakry et une fois par an dans les régions (2022 à 2026)
1.1.2.11. Acheter en l'An 1 un appareil de radiographie digitale mobile pour le dépistage actif de la TB pour le PNLT en 2024
1.1.2.12. Equiper le CDT de la maison centrale de Conakry en un Gene Xpert, un climatiseur ainsi qu'un radio digital en 2024
1.1.2.13. Mettre en place dans les autres prisons régionales un système de transport de matériels vers le CDT le plus proche doté de Gene Xpert (crachat, glacière, bulletin, moyen de transport.)
1.1.2.14. Intégrer le dépistage et de suivi du traitement dirigée aux miniers/orpailleurs dans les paquets d'activité des SR communautaire des différentes zones d'intervention de 2022 à 2026
1.1.2.15. Organiser trimestriellement une sortie de trois jours par région de dépistage de la tuberculose dans les cités de solidarités (handicapé physique et mental) et orphelinats à Conakry et à Kankan. de 2022 à 2026
1.1.2.16. Organiser trimestriellement six sorties de 4 jours par région de dépistage de la tuberculose dans les zones de forts regroupements humains (Conakry, Kankan, N'Zérékoré, Boké et Labé) y compris les zones minières de 2022 à 2026
1.1.2.17. Acheter des tests TB LAM pour le dépistage de 400 VIH en 2023, 300 VIH pour chacune des années suivantes
1.1.2.18. Mettre à l'échelle par les communautaires le projet de dépistage de la TB durant les campagnes de chimio prophylaxie du paludisme saisonnier (CPS) dans les 13 sites couverts par la CPS : 3 préfectures 2022, 4 en 2023, 6 en 2024
1.1.2.19. Mettre à la disposition des guides TB dans 100 services PTME pour le dépistage de la tuberculose chez les femmes enceintes dans les sites PTME à partir de 2022. (à mener en collaboration avec le programme VIH)
1.1.2.20. Organiser une journée de plaidoyer avec 25 pharmacies (à Conakry avec un forfait de 3000 euros) et dans 25 pharmacies en région pour l'application des résultats de l'étude pilote de dépistage de la TB de 50 Euro par mois par pharmacie) de 2024 à 2026 (mettre en contact les pharmacies et les CDT les plus proches)
1.1.2.21. Payer les frais de communication pour 50 pharmaciens impliqués dans le référencement des cas

présumés de TB (200000 FG par mois par pharmacie) de 2024 à 2026
1.1.3. Renforcement des capacités du réseau de laboratoires pour qu'au moins 95% des résultats de microscopie et des tests rapides Xpert MTB/RIF soient rendus dans les 48 heures au prescripteur
1.1.3.1. Assurer la maintenance des équipements de LNRM à partir de 2022 et ceux de Macenta et Pita à partir de 2024
1.1.3.2. Assurer la maintenance et le calibrage des appareils GeneXpert en continu de 2022 à 2026 pour les anciens en n'oubliant pas d'inclure la maintenance et le calibrage dans les contrats d'achat des 15 nouveaux appareils à acquérir
1.1.3.3. Fournir des équipements complémentaires/renouveler les équipements du LNRM : une centrifugeuse réfrigérée, deux agitateurs de type Vortex, cinq (05) ordinateurs avec accessoires (imprimante, photocopieuse), 05 Laptop pour les cadres du LNRM, 01 Laptop pour Macenta, 2 autoclaves, 2 onduleurs pour hottes, un distillateur, un coagulateur pour le milieu de Löwenstein Jensen, 2 Poupinel, un lecteur pour culture sur MGIT en l'An 1, une balance analytique et une balance de précision
1.1.3.4. Créer un nouveau laboratoire de culture régional à l'image de celui de Macenta à Pita en 2025
1.1.3.5. Créer et équiper le laboratoire de culture régional de Pita (Liste à fournir)
1.1.3.6. Former 2 techniciens du LNRM à Cotonou à la maintenance primaire des équipements en 2023
1.1.3.7. Former 2 biologistes et 2 techniciens supérieurs du LNRM en Biologie moléculaire, 2 biologistes en immunologie à Cotonou en 2025
1.1.3.8. Formation de 10 biologistes sur la Culture de Macenta, Pita et LNRM en 2024 en 1 session de 3 jours
1.1.3.9. Réaliser une session de recyclage pour 9 techniciens en culture et test de sensibilité (Conakry) 3 jours en 2023 et 2024
1.1.3.10. Former 2 cadres du LNRM des mycobactéries sur le test de sensibilité des médicaments de 2ème ligne, le transport des échantillons, sur la biosécurité sur la culture ainsi que la maintenance des équipements à Cotonou en 2023
1.1.3.11. Organiser le contrôle de qualité du travail du LNRM par le laboratoire supranational de Cotonou une fois par an à partir de 2023
1.1.4. Intensification du dépistage et amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les enfants afin que le nombre de cas de tuberculose dépistés et traités parmi les enfants de 0-14 ans augmente d'au moins 4% par an
1.1.4.1. Rendre disponible la sonde nasogastrique et les seringues (50CC) pour le Tubage gastrique. de 2022 à 2026 (1000 par an)
1.1.4.2. Associer aux activités de planification, la validation des documents techniques, à la mise en œuvre des activités et aux évaluations des activités du PNLT des pédiatres au niveau central et régional (en continu)
1.1.4.3. Subventionner la radiographie pour 2737 enfants de 0 à 14 ans en 2024 ; 2994 en 2025 et 3172 en 2026.
2. Objectif stratégique 2. Atteindre un taux de succès de traitement 92% de 2022 à 2026.
2.1. Axe stratégique 2.1 : Traitement de tous les malades de la tuberculose accompagné de soutien psychosocial et nutritionnel, sans discrimination
2.1.1. Prestation de soins de qualité aux malades TB de sorte que le taux de perdus de vue et de transférés soit réduit à au moins 2% en 2026
2.1.1.1. Acheter les médicaments antituberculeux de première ligne, pour 19000 malades TB en 2022 ; 18800 malades TB en 2023 ; 18612 malades TB en 2024 ; 18426 malades TB en 2025 ; 18242 malades

TB en 2026 ; avec un stock de sécurité calculé chaque année
2.1.1.2. Acheter les médicaments antituberculeux pédiatriques (de 0 à 4 ans) de première ligne, de 1425 enfants en 2022 ; 1504 enfants en 2023 ; 1582 enfants en 2024 ; 1658 enfants en 2025 et 1733 enfants en 2026 avec un stock de sécurité recalculé chaque année
2.1.1.3. Apporter un appui nutritionnel et prime de transport (cout unitaire du Kit) aux malades TB-MR de l'An 1 à l'an 5
2.1.1.4. ii) former les agents des 147 CDT/21 sites TBM sur le paquet d'appui/accompagnement des patients TB et TB/VIH
2.1.1.5. iii) organiser des séances de groupes de parole sur l'accompagnement psychosocial , l'éducation thérapeutique, l'appui nutritionnel.

3. Objectif stratégique 3. Maintenir la couverture du traitement par les ARV à au moins 99% et la couverture du traitement par le cotrimoxazole à au moins 99% chez les patients coinfestés TB/VIH de 2022 à 2026
3.1. Axe stratégique 3.1 : Prise en charge de la coïnfection TB/VIH, de la tuberculose associée au diabète et des autres comorbidités dans 100% des CDT fonctionnels d'ici 2026
3.1.1. Intégration de la prise en charge de la TB et du VIH dans 100% des CDT fonctionnels d'ici 2026
3.1.1.1. Acheter les tests VIH pour 100% des CDT intégrés en tests pour tous les patients TB
3.1.1.2. Acheter le CTX pour 100% des CDT intégrés pour les patients TB/VIH. (20% des patients TB chaque année)
3.1.1.3. Assurer l'approvisionnement de 100% des CDT intégrés en ARV par le PNLSH pour les patients TB/VIH (20% des patients TB chaque année)
3.1.1.4. Tenue d'une rencontre annuelle du comité national de coordination TB/VIH (48 participants à Conakry) de 2022 à 2026
3.1.1.5. Création de la cellule de coordination TB/VIH au niveau opérationnel et élaboration des termes de référence définissant ses missions et attributions
3.1.1.6. Tenue de réunions trimestrielles de la cellule de coordination TB/VIH (14 personnes, 1 journée à Conakry) de 2022 à 2026
3.1.1.7. Elaboration et diffusion du plan d'action annuel par la cellule de coordination TB/VIH. (A supprimer ici : prise en compte dans les réunions de la cellule TB/VIH)
3.1.1.8. En l'An 1 intégration des directives de prise en charge de la coïnfection TB/VIH et mise à jour du guide technique TB et les outils de gestion par la cellule de coordination TB/VIH (A supprimer ici : Déjà prise en compte dans la révision du guide 2111)
3.1.1.9. Tenue de réunions trimestrielles entre les CDT et les sites ARV (niveau district) pour la coordination des activités et la gestion des malades TB/VIH (1 journée, 5 participants) de 2023 à 2026. (Intégré dans la réunion de cellule régionale TBM)
3.1.1.10. Acheter les médicaments pour le traitement préventif des PVVIH
3.1.2. Prise en charge du diabète chez les patients TB.
3.1.2.1. Dépister systématiquement le diabète parmi les patients TB et assurer une prise en charge complémentaire
3.1.2.2. Acheter les réactifs de test (bandelettes) pour le nombre de cas de TB attendus 18800 en 2023, 18612 en 2024, 18426 en 2025, 18242 en 2026, et un glucomètre pour chacun des CDT fonctionnels.
3.1.2.3. Inciter les diabétologues au niveau opérationnel à identifier les présumés de TB parmi leurs

patients diabétiques (A Intégré dans la réunion cellule régionale TBMR)

4. Objectif stratégique 4. Assurer l'adhésion au traitement préventif à 90% pour les 0 à 4 ans et 97% pour les 5 à 14 ans des personnes à haut risque identifiées qui sont éligibles d'ici 2026
4.1. Axe stratégique 4.1 : Mise sous traitement préventif des personnes éligibles avec suivi de l'adhésion au traitement
4.1.1. Mise sous traitement préventif des personnes éligibles des groupes à risque identifiés avec suivi de l'adhésion au traitement et utilisation de registres et d'autres outils de gestion de l'information
4.1.1.1. Acheter les médicaments pour la chimio prophylaxie des enfants contacts de 0 à 14 ans pour (21017 enfants en l'An1 ; 23539 enfants en l'An2 ; 26375 enfants en l'An3 ; 29527 enfants en l'An4 et 33071 enfants en l'An5)
4.1.1.2. v) Faire l'accompagnement par les acteurs communautaires des sujets sous TPT pour une bonne adhésion.
4.2. Axe stratégique 4.2 : Mesures de prévention de l'infection dans les structures de diagnostic et de traitement de la tuberculose
4.2.1. Intégration de mesures de prévention de l'infection dans les 100% des CDT fonctionnels d'ici 2026
4.2.1.1. Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration du guide et du plan de contrôle de l'infection et mise en place de mesures de biosécurité dans les laboratoires (10 J/ par personne x 2 personnes) en 2023
4.2.1.2. Organiser un atelier de révision du guide et du plan de prévention de l'infection pendant 5 jours pour 15 personnes en 2025
4.2.1.3. Organiser une réunion de 20 personnes pendant 2 jours pour valider le guide et le plan de prévention de l'infection TB en 2025
4.2.1.4. Editer et diffuser 500 exemplaires du guide et plan de prévention de l'infection TB et TB-MR pour les structures de soins en 2023 pour le guide actuel et 2025 pour le guide révisé
4.2.1.5. Editer et diffuser 500 affiches sur la prévention de l'infection TB et TB-MR pour les structures de soins en l'An 2 et en l'An 4
4.2.1.6. Acheter 52000 masques chirurgicaux pour 500 personnels soignant (deux masques par semaine) de l'An 1 à l'An 5
4.2.1.7. Acheter les masques chirurgicaux pour les malades TB-MR (trois par semaine pendant la phase intensive pour 475 malades TB-MR en 2022 ; 475 malades TB-MR en 2023 ; 465 malades TB-MR en 2024 ; 461 malades TB-MR en 2025 ; 456 malades TB-MR en 2026
4.2.1.8. Réfectionner les CDT (salles de consultation, d'hospitalisation, les salles des laboratoire) de sorte à avoir une bonne ventilation naturelle en 2023 et 2024. (3000 euro forfaitaire par CDT fonctionnel)

5. Objectif stratégique 5. Traiter les patients TB-RR/MR pour atteindre au moins un taux de succès de 80% d'ici 2026.
5.1. Axe stratégique 5.1 : Traitement avec soutien à tous les patients TB-RR/MR.
5.1.1. Amélioration de la couverture par le traitement de deuxième ligne des patients TB-RR/MR pour atteindre au moins 98% d'ici 2026.
5.1.1.1. Concevoir, éditer et diffuser des affiches pour les 14 CDT sites TB-RR/MR et des dépliants pour les patients et leurs accompagnants portant sur un bon apport nutritionnel. (15 euros par CDT pour les

affiches et 10 euros pour les dépliants par patient par an)
5.1.1.2. Assurer une prise en charge nutritionnelle et subventionner les frais de transport TB-MR A supprimer ici : pris en compte dans le 2115)
5.1.1.3. Assurer le Payement dans les délais des frais des examens préalables et en cours de traitement des patients XDR/Pré XDR (Lipasémie, bilans para cliniques, tests auditifs, etc.) 8 malades XDR/Pré XDR en 2022 ; 9 malades XDR/Pré XDR en 2023 ; 10 malades XDR/Pré XDR en 2024 ; 11 malades XDR/Pré XDR en 2025 ; 12 malades XDR/Pré XDR en 2026
5.1.1.4. Faire l'extension du pavillon TB-MR du service Pneumophtisiologie de l'hôpital Ignace Deen et le pavillon de Macenta en 2023
5.1.1.5. Augmenter le nombre de sites TB-RR/MR de 4 à 6 pour Conakry (Wanindara et Simbaya gare), 1 à Forécariah ,1 à Kissidougou, 1 Gueckédou, 1 à Koundara à partir de 2024
5.1.1.6. Recruter 1 consultant national pour la révision des documents techniques TB-RR/MR y compris les aspects aDSM pendant 15 jours en 2023 et 2025
5.1.1.7. Organiser 1 atelier de révision des documents techniques de TB-RR/MR y compris les aspects de l'aDSM pendant 5 jours pour 25 personnes en 2023 et 2025
5.1.1.8. Organiser un atelier de validation des documents techniques de TB-RR/MR pendant 2 jour pour 30 personnes à Conakry en 2023 et 2025
5.1.1.9. Editer et diffuser 200 exemplaires du Guide TB-MR en 2025
5.1.1.10. Former 1 médecins et 2 infirmiers des sites TBMR dans chaque région administrative pour la prise en charge des malades TB-MR en 2023 et en 2025 pendant 5 jours.
5.1.1.11. Acheter les médicaments de deuxième ligne, régime court de 9 mois pour les malades TB-RR/MR qui n'ont jamais été traités avec les médicaments de deuxième ligne : 334 malades TB-RR/MR à 2022 ; 378 malades TB-MR en 2023 ; 444 malades TB-MR 2024 ; 511 malades TB-MR en 2025 ; 594 malades TB-MR en 2026
5.1.1.12. Acheter les médicaments de deuxième ligne, schémas longs pour les malades rechutes TB-RR/MR (5% des cas) et régimes individuels pour les malades TB-XDR (8 malades XDR/Pré XDR 2022 ; 9 malades XDR/Pré XDR en 2023 ; 10 malades XDR/Pré XDR en 2024 ; 11 malades XDR/Pré XDR en 2025 ; 12 malades XDR/Pré XDR en 2026
5.1.1.13. Payer les examens d'identification des effets secondaires et acheter les médicaments pour traiter ces effets secondaires (forfait de 10 euro par mois par patient)
5.1.1.14. Mettre en place une cellule TB-MR dans chaque région (point focal TB/VIH, médecin et infirmier chargés des cas TB-MR et technicien de laboratoire) en l'An 1. (à inclure dans la cellule TB/VIH au niveau opérationnel 3118)
5.1.1.15. Assurer une réunion mensuelle de la cellule TB-MR régionale et TB/VIH (collation et fournitures de bureau) de l'An 1 à l'An 5. (à inclure dans la cellule TB/VIH au niveau opérationnel 3119)
5.1.1.16. Organiser une réunion trimestrielle à Conakry du comité TB-MR national de 20 participants venant des 13 sites en (une journée de travail) de 2023 à 2026
5.1.1.17. Constituer à Conakry le mécanisme de médecin référent pour les questions urgentes de prise en charge des patients TB-RR/MR (un ou deux médecins spécialistes désignés disponibles à répondre aux urgences des prestataires des sites de TB-RR/MR)
5.1.1.18. Acheter les gants jetables pour l'administration des antituberculeux injectables (2ème ligne) au cours de 5 ans
5.1.1.19. Equiper les services de prise en charge de la TB-MR : 13 électrocardiographes portatifs et accessoires et 13 tablettes
5.1.1.20. Acheter Pour les sites TB-MR 3 fibroscope bronchique (pour le service de pneumophtisiologie de

l'hôpital Ignace Deen)
5.1.1.21. Assurer la formation de 3 médecins sur la fibroscopie bronchique en 2023
5.1.1.22. Renforcer les capacités des points focaux TB/VIH-TB-RR/MR et TB pédiatrique au Maroc en Santé publique En l'an 1
5.1.1.23. Superviser trimestriellement les activités TB-RR/MR dans les 21 sites TB-RR/MR
5.1.1.24.) Former /Recycler les agents des sites TB-MR sur l'appui nutritionnel (4 du niveau central et 42 dans les sites de prise en charge fonctionnels)

6. Objectif stratégique 6. Renforcer les capacités de gestion
6.1. Axe stratégique 6.1 : Renforcement des capacités de gestion
6.1.2 Renforcement du fonctionnement des services du programme appuyé de ses partenaires de sorte que 95% du budget disponible soit exécuté chaque année d'ici 2026
6.1.2.1 Éditer et diffuser le PSN TB 2022-2026 en 2023 (600 exemplaires)
6.1.2.2 Présenter le rapport annuel du PNLT aux partenaires et aux cadres de l'administration centrale du Gouvernement en vue de la mobilisation des ressources en faveur de la lutte antituberculeuse chaque année
6.1.2.3 Explorer les différentes possibilités de Réhabiliter/construire le siège du PNLT en 2023 en gardant dans cette exploration la possibilité de sièges groupés avec d'autres programmes de santé
6.1.2.4 Acheter le mobilier pour la coordination du PNLT, LNRM, CAT de la Carrière, CDT régionaux et préfectoraux, soit 286 bureaux, 286 fauteuils, 286 armoires, 400 chaises, 12 tables (répartis sur l'An 1 et l'An 2)
6.1.2.5 Acheter 35 ordinateurs (25 portables et 10 bureautiques) et accessoires (onduleurs, stabilisateurs, disques de sauvegarde et imprimantes) pour la coordination du PNLT (20), LNRM (10), CAT de la Carrière (5), en l'An 1
6.1.2.6 Acheter 4 véhicules 4*4 pour la coordination du PNLT pour la supervision 3 en 2023 et 1 en 2024.
6.1.2.7 Acquérir 2 Véhicules équipés de matériel de diagnostic (radiographie numérique, GeneXpert portable) en vue de réaliser le dépistage actif dans les zones enclavées ou dans les zones avec beaucoup de cas manquants (en 2023 et en 2025)
6.1.2.8 Assurer le fonctionnement et l'entretien du véhicule équipé ainsi que la prise en charge du chauffeur (500 euros par mois) à partir de 2024
6.1.2.9 Acheter 6 vidéos projecteurs (3 pour la Coordination, 1 pour le LNRM, 1 pour le CHRS), 3 appareils photo-numériques pour le PNLT, 5 scanneurs l'an1 (3 pour la Coordination, 1 pour le LNRM, 1 pour le CHRS), 3 photocopies dont une en couleur (2 PNLT et 1 LNRM) en 2024.
6.1.2.10 Acheter 105 motos AG pour chaque CDT et les agents de relance de Conakry (64 en 2023 et 41 en 2024
6.1.2.11 Assurer le carburant des 150 motos, les frais d'immatriculation, d'assurance et d'entretien ainsi que les pièces de rechanges. (60 litres par trimestre et par moto, puis 350 euros par an et par motos pour le reste)
6.1.2.12 Assurer la destruction selon les normes les déchets bio médicaux générés par les services chaque année (Forfait de 1200 euro par an par services TB)
6.1.2.13 Elaborer/Actualiser un plan d'assistance technique pour le PNLT pour la période de ce PSN TB
6.1.2.14 Recruter une assistance technique à long terme (1 programmatique et 1 labo) en l'an 1
6.1.2.15 Solliciter une assistance technique du GDF une fois par an de 2023 à 2026 pour accompagner la

gestion pharmaceutique
6.1.2.16 Solliciter une assistance technique du rGLC une fois par an de 2023 à 2026 pour appuyer la du volet TB-RR/MR
6.1.2.17 Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration de la note conceptuelle (30J/par personne x 4 personnes) en 2023 et 2026
6.1.2.18 Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour évaluer l'efficacité de la mise en œuvre des activités prise en charge Communautaire (15 J/ par personne x 1 consultant international et 1 national) en 2024
6.1.2.19 Solliciter une assistance technique internationale pour l'élaboration de la base de données (data to care) du LNRM (15 jours, 1 consultant international) en l'An 1
6.1.2.20 Réaliser 5 voyages d'échanges d'expériences auprès des pays présentant de bonnes pratiques en matière de TB-RR/MR (1 par an pour 5 personnes)
6.1.2.21 Assurer la maintenance et l'assurance des véhicules du PNLT et LNRM chaque année
6.1.2.22 Assurer la maintenance et l'assurance des motos du PNLT et LNRM chaque année
6.1.2.23 Assurer la maintenance des équipements informatiques du PNLT et LNRM, CHRS/Magenta, des sites TBMR et GeneXpert chaque année (15 euros par mois par site pour la prestation d'un informaticien pour toute la période couverte par le PSN TB)
6.1.2.24 Assurer le fonctionnement de la coordination du PNLT (fournitures de bureau, produits lessiviers, carburant groupe électrogène et véhicules, assurance maladie) de l'An 1 à l'An 5
6.1.2.25 Acheter trois groupes électrogènes de 100 kVa pour la coordination du PNLT, pour le CDT de Macenta, le LNRM, en assurer la maintenance et le fonctionnement
6.1.2.26 Réhabiliter/Construire 82 CDT avec 17 par an de l'an 1 à l'an 4 et 14 en l'an 5 (à prendre en compte dans l'activité 4128)5
6.1.2.27 Fournir du crédit téléphonique pour 372 téléphones pour le PNLT et le LNRM (150000FGN/mois), les coordinateurs régionaux, les CDT et site Xpert (90000 FGN par mois) de 2022 à 2026
6.1.2.28 Assurer le paiement des frais de connexion internet pour le siège du PNLT de 2022 à 2026
6.1.2.29 Mener un plaidoyer auprès du Parlement pour l'élaboration des lois et la mobilisation ressources en faveur de la lutte anti-TB. De 2022 à 2026
6.1.2.30 Renforcer le staff du PNLT : Affecter/recruter de nouveau personnel (1 logisticien, 1 auditeur interne, 1 assistant comptable, 1 assistant du chargé TB/VIH, 1 spécialiste genre/droits humains, 1 RAF, 1 informaticien NTIC, 1 Epidémiologiste/chercheur, 1 assistant de direction, 1 chargé de laboratoire, 1 chargé de communication) l'an 1
6.1.2.31 Renforcer le staff du LRNM (Affecter 15 laborantins, 1 gestionnaire de données, 1 agent de saisie, 1 ingénieur informaticien) l'an 1
6.1.2.32 Payer les primes des 5 agents de relance intervenant à Conakry, de 2022 à 2026
6.1.2.33 Assurer un complément de salaire pour le personnel fonctionnaire de l'Etat travaillant à la coordination du PNLT (20 fonctionnaires) : de 2022 à 2026
6.1.2.34 Assurer un complément de salaire pour le personnel impliqué dans la prise en charge des cas de TB-MR (1 agents par structure). 2023 : 14 agents ; 2024 : 18 ; 2025 : 21 agents.
6.1.2.35 Octroyer des primes basées sur la performance au personnel de LNRM, CHRS/Magenta, site GeneXpert 2022 à 2026
6.1.2.36 Assurer le fonctionnement du LNRM (fournitures de bureau, produits lessiviers, carburant groupe électrogène et véhicules, assurance maladie), de l'An 1 à l'An 5
6.1.2.37 Assurer le paiement mensuel du salaire des contractuels anciens et nouveaux, du PNLT et du

LNRM de l'an 1 à l'an 5
6.1.3 Renforcement du système de gestion des médicaments antituberculeux de première ligne et de deuxième ligne et des réactifs et consommables de laboratoire, de sorte que pas plus de 1% des CDT présentent une rupture de stock d'ici 2026
6.1.3.1 Assurer le stockage, la distribution trimestrielle et autres coûts GAS des médicaments antituberculeux, réactifs et consommables de laboratoire aux CDT, sites GeneXpert, LNRM et CHRS/Macenta par la PCG, de 2022 à 2026 et obtenir un inventaire trimestriel des stocks du PNLT
6.1.3.2 Organiser une fois par an, un atelier de quantification des produits (médicaments et intrants de laboratoire y compris les équipements) de lutte contre la TB, (20 participants pour 5 jours à Kindia) l'An 2022 à 2026
6.1.3.3 Organiser des rencontres trimestrielles de la plateforme du GT-GAS (PNLT, LNRM les partenaires) pour coordonner la gestion des médicaments, réactifs et consommables de laboratoire (1 journée de 35 personnes à Conakry), de 2022 à 2026
6.1.3.4 Organiser 12 sessions de 25 personnes par session, pendant 3 jours dans les chefs-lieux des régions, pour la formation des 300 responsables des CDT sur le rapportage des données logistiques dans E-SIGL, en 2023 et 2024. (Pris en compte dans le 1125)
6.1.3.5 Organiser deux fois par an, le contrôle post-marketing pour contribuer à garantir la qualité des médicaments au niveau des sites, 2023 à 2026
6.1.3.6 Organiser régulièrement des contrôles qualités des médicaments et intrants de laboratoire à leur réception dans le pays, de 2023 à 2026
6.1.3.7 Payer annuellement la cotisation au GLC de 2023 à 2026
6.1.3.8 Appuyer l'organisation d'une journée de concertation sur les questions liées à la tuberculose, lors de ces réunions des DPS. (30 participants pour 1 jour) de 2023 à 2026
6.1.3.9 Former les cadres des DPS sur l'analyse et la validation des rapports SIGL et les bons de commande des CDT pour la migration vers le système de réquisition. En deux sessions de 19 participants chacune, en l'An 1 en l'an4 aux chefs-lieux des régions
6.1.3.10 Reprographier les outils de gestion des stocks, les canevas de rapportage des données SIGL et de pharmacovigilance de 2023 à 2026
6.1.3.11 Former les pharmaciens du PNLT en gestion de la chaîne d'approvisionnement en Afrique (l'an 2) (organisée par l'OMS)
6.1.3.12 Doter les espaces de stockage de tous les CDT en équipements pour une gestion efficiente des médicaments (thermomètre mural, palette, armoire, étagère, hygromètre) en 2023 et 2025
6.1.4 Mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines de sorte qu'au moins 80% des activités programmatiques planifiées dans le PAO soient réalisées d'ici 2026
6.1.4.1 Organiser des réunions de concertations avec la direction nationale des Labo et Pharmacies avant tous travaux de construction/rénovation des CDT et laboratoires 2023 à 2026
6.1.4.2 Former quatre cadres du PNLT pour renforcer leur capacité de formateurs dans une institution pédagogique de Conakry. (2 durant 2 semaines chaque année)
6.1.4.3 Former 5 cadres du PNLT, en gestion de programme/projet, 3 semaines à en Afrique, 1 par an de 2023 à 2026
6.1.4.4 Former 4 cadres de l'équipe de gestion financière et comptable du PNLT sur les nouvelles dispositions du SYSCOHADA révisé, et exécution des marchés publics à Casablanca en 2023
6.1.4.5 Former deux cadres du PNLT sur la passation de marchés publics et la budgétisation afin de réduire les assistances techniques en année 2023
6.1.4.6 Assurer la participation de 6 cadres du PNLT et 2 cadres du LNRM au cours portant sur les

indicateurs de performance et l'implantation des systèmes de suivi-évaluation, 3 semaines en Afrique, 2 par an de l'an 2023 et 2025
6.1.4.7 Assurer la participation de 15 cadres au cours international de l'OMS sur la gestion de la coïnfection TB/VIH, 6 semaines à Cotonou à raison de 3 cadres par an de 2023 à 2026
6.1.4.8 Assurer la participation de 10 cadres au cours international de l'OMS sur la gestion de la TB-MR, 6 semaines, à raison de 2 cadres par an de 2022 à 2026. (le site peut changer)
6.1.4.9 Assurer la participation de 6 infirmiers travaillant dans les CDT TB-MR au cours régional sur l'hygiène hospitalière et les infections nosocomiales, 6 semaines en Afrique, à raison de 2 infirmiers par an à partir de l'An 2
6.1.4.10 Renforcer la compétence de 2 cadres du PNLT en épidémiologie en Afrique sur 8 semaines en l'An 2
6.1.4.11 Former 3 cadres du PNLT en gestion des partenariats publics privés (PPP) 2 semaines en Afrique, 2 en l'An 2 et 1 en l'An 3
6.1.4.12 Former 3 cadres du PNLT sur le Leadership, Rôle et Responsabilité du gestionnaire pendant 3 semaines en Afrique, 2 en l'An 2 et 1 en l'An 3
6.1.4.13 Assurer la participation annuelle de 8 cadres du PNLT aux réunions et conférences internationales sur la TB et les maladies respiratoires, 2 par an de 2023 à 2026
6.1.4.14 Organiser 10 ateliers de restitution des formations internationales reçues (25 participants par atelier) à raison d'un atelier par semestre. De de 2023 à 2026 (sans cout)
6.1.5 Renforcement du système de suivi-évaluation de sorte qu'au moins 95% des rapports attendus soient reçus dans les délais, et que 100% des CDT et sites GeneXpert soient supervisés au moins deux fois par an et qu'au moins une recherche opérationnelle soit réalisée par an
6.1.5.1 Assurer la participation de 2 cadres de l'unité de suivi et évaluation à l'académie DHIS2 pendant deux semaines au Togo en 2021 et 2022
6.1.5.2 Organiser semestriellement une réunion du GT de suivi et évaluation en 1 jour, 10 participants à Conakry.
6.1.5.3 Organiser chaque année un atelier d'élaboration du plan opérationnel annuel, 20 participants en 2 jours à Conakry
6.1.5.4 Appuyer chaque année l'atelier d'élaboration du plan opérationnel des 8 régions sanitaires pendant 3 jours par région avec 30 participants
6.1.5.5 Organiser une revue à mi-parcours du PSN du PNLT en 2023 (revue épidémiologique, revue programmatique)
6.1.5.6 Elaborer en 2026 le Nouveau plan stratégique du PNLT 2027 -2030 (Revue finale, Assistance technique, atelier de planification, atelier de validation)
6.1.5.7 Former les MCM Régionaux/préfectoraux et communaux (46 personnes) sur les outils révisés, les indicateurs TB, les outils de supervision en 2024 (en 2 sessions de 23 participants 5 jours à Mamou et à Kindia
6.1.5.8 Reproduire et distribuer les outils de gestion du programme : guide de supervision (30), guide de remplissage (160), registres (traitement des sujets contacts de chimioprophylaxie laboratoire, registre de laboratoire, registre de consommation de médicaments, registre de la culture et LPA) et les outils TB-MR 200 en 2023 ,2024 et 2025 (Central)
6.1.5.9 Reproduire les fiches de traitement, carte d'identité du patient ; fiche sociale, de transferts/ Références, de transports des crachats en 2023 et 2025
6.1.5.10 Reproduire les formulaires de rapports trimestriels d'enregistrement des cas, résultats de

traitement et de la microscopie, de commande de médicaments, Rapports E-SIGL en 2023 et 2025
6.1.5.11 Solliciter une assistance technique internationale pour l'élaboration du Tracker TB-MR en l'An 1 pendant 30 jours
6.1.5.12 Former les agents des sites TB-MR (1 personnes par site TB-MR) et les cadres du niveau central sur l'utilisation du module tracker en 2023 avec 20 personnes
6.1.5.13 Réaliser une supervision Semestrielle des CDT par le niveau central (4 superviseurs y compris le MCM régional et le chauffeur 15 jours) de l'An 1 à l'an 5 dans les 4 régions naturelle et à Conakry
6.1.5.14 Réaliser 4 surveillances des districts sanitaires par le niveau régional (4 visites/an de l'an 1 à l'an5) en 7 jours. (MCM régional, chargé labo régional, chargé de statistique, MCM préfectoral et le chauffeur)
6.1.5.15 Organiser des réunions de validation et de rétro information trimestrielle au niveau régional pendant 3 jours. (Équipe de supervision, les CDT, MCM préfectoral, chargé de statistique de la préfecture)
6.1.5.16 Assurer la transmission électronique instantanée des données de laboratoire vers le PNLT, les médecins référents et les cliniciens, en particulier les données sur le diagnostic et de suivi des TB-RR/MR. A partir de 2023
6.1.5.17 Recruter un assistant technique pour le paramétrage du tracker TB sensible en l'an 4
6.1.5.18 Organiser un atelier de finalisation du paramétrage du tracker TB sensible pendant 6 jours à Dalaba avec la participation de 15 cadres (SNIS, Partenaire et 4 cadres du PNLT) en l'an 4
6.1.5.19 Organiser 8 sessions de 3 jours de formation des agents des CDT sur le tracker TB sensible soit 150 participants pendant dans chaque région sanitaire en l'an 4
6.1.5.20 Organiser un atelier de validation du tracker TB sensible pendant 2 jours à Conakry avec la participation de 20 participants en l'an 4
6.1.5.21 Acheter un serveur pour le tracker TB MR et TB Sensible en l'an 4
6.1.5.22 Acheter un domaine pour le stockage des données du tracker TB sensible et TB MR pendant 3 ans et à partir de l'an 4
6.1.5.23 Acheter successivement 100 tablettes pour les CDT, 5 tablettes pour le LNR, et 25 ordinateurs pour les CDT et les CDT à grande cohorte à partir de l'an 4
6.1.5.24 Doter trimestriellement 3 giga pour les CDT à moins de 15 patients par mois, et 5 Giga pour les sites CDT à grande cohorte et les sites GeneXpert
6.1.5.25 Doter annuellement en antivirus les ordinateurs des CDT à grande cohorte (25 CDT) et les sites TB MR (18) 2024 à 2026
6.1.5.26 Appuyer le responsable suivi évaluation pour la certification en gestion de projet avec le référentiel PMI pendant 2 semaines
6.1.5.27 Renforcer les capacités de 3 cadres de l'unité de suivi et évaluation en Power BI pendant une semaine
6.1.5.28 Assurer la participation de 2 cadres de l'unité de suivi et évaluation à l'académie DHIS2 pendant deux semaines au Togo en 2024 pour mieux gérer les modules tracker (maintenance, paramétrage, mise à jour etc...)
6.1.5.29 Organiser chaque année un atelier d'élaboration du plan opérationnel annuel du PNLT, 20 participants en 2 jours
6.1.5.30 Elaborer en 2026 le Nouveau plan stratégique du PNLT 2027 -2031(Revue finale, Assistance technique, atelier de planification, atelier de validation)
6.1.5.31 Former les MCM Régionaux/préfectoraux et communaux (46 personnes) sur le tracker TB et là les outils de supervision tuberculose (en 3 sessions de 23 participants 5 jours à Mamou et à Kindia)

6.1.5.32 Reproduire et distribuer les outils de gestion du programme : guide de supervision (50), guide de remplissage et (160), registres (traitement des sujets contacts de chimioprophylaxie laboratoire,) ,et les outils TB-MR 200 en l'An 4 (Central) ,registre de chimioprophylaxie ; registre de laboratoire microscopie/GeneXpert, registres de suivi des consommations des médicaments Registre de culture Registre LPA , les fiches de traitement, carte d'identité du patient ; fiche sociale, de transferts/ Références, le PSN (2027 -2031)
6.1.5.33 Réaliser une supervision Semestrielle des CDT par le niveau central (4 superviseurs y compris le chauffeur 8 jours) de l'An 4 à l'an 5 dans les 8 régions sanitaires.
6.1.5.34 Réaliser 4 supervisions des districts sanitaires par le niveau régional (4 visites/an dans 8 régions de l'an 4 à l'An 5) en 7 jours. (MCM régional, chargé labo régional, chargé de statistique et le chauffeur)
6.1.5.35 Réaliser un atelier de rétro information semestriel /région sanitaire regroupant les MCM préfectoraux/Agents des CDT par le niveau central (3jours)
6.1.5.36 Former le gestionnaire des données et du parc informatique en sécurité réseau et gestion du serveur en l'an 4 pendant 14 jours au Maroc
6.1.5.37 Former deux cadres de l'unité suivi évaluation en épidémiologie au Maroc pendant 3 semaines en l'an 5
6.1.5.38 Recruter un assistant technique international pour l'élaboration des outils RDQE et DQE pour le PNLT en l'an 5
6.1.5.39 Doter l'unité suivi et évaluation de 5 disques dures externes pour archiver les données ainsi que les documents stratégiques et les rapports d'activités en l'an 4
6.1.5.40 Assurer la maintenance du site web du PNLT de l'An 4 à l'An 5
6.1.5.41 Former deux cadres de l'unité suivi évaluation sur les techniques de la conduite de la revue épidémiologique en l'an 4 au Burkina
6.1.6 Renforcement de la bonne collaboration avec les autres services de santé du secteur public et du partenariat avec les structures parapubliques (Ministère de la Défense, de la Justice...) ainsi qu'avec les structures privées
6.1.6.1 Signer un contrat de collaboration entre le PNLT et les structures sanitaires privées identifiées dans le cadre de la recherche pour leur implication dans la lutte antituberculeuse à partir de 2023
6.1.6.2 Former 25 agents de santé des structures privées dans la référence des cas présumés, collecte des échantillons, et la prise en charge de la TB, 3 jours à Conakry et en région, 2 sessions par an chaque année à partir de 2023 (au cas par cas des structures privés)
6.1.6.3 Organiser des missions ou rencontres semestrielles de concertation/plaidoyer entre le PNLT et les Sociétés Minières (SAG, SMD, SBK, CBG, RUSAL, Global Alumina...) dans les régions et districts)
6.1.6.4 Assurer l'utilisation par les infirmeries des Sociétés Minières intégrant dans leurs activités la lutte contre la tuberculose, les outils du PNLT de gestion de la tuberculose, en assurant la présence des crachoirs et glacières pour le transport des crachats et en médicaments antituberculeux à partir de 2023
6.1.6.5 Organiser des rencontres annuelles entre le PNLT et la Direction Nationale de la médecine traditionnelle, la direction de la médecine du travail et des représentants des tradipraticiens, (30 personnes par session, 1 jour à Conakry) à partir de 2023
6.1.6.6 Organiser deux rencontres par an et par district de 10 personnes (des tradipraticiens locaux, des infirmiers le médecin chef de district) à partir de 2023
6.1.6.7 Intégrer les services TB dans les postes de santé de 5 ports de pêche de l'An 1 à l'An 5
6.1.7 Renforcement de la communication du PNLT pour une meilleure visibilité de ses activités
6.1.7.1 Elaborer un plan national de communication pour la TB (c'est le rôle du spécialiste de communication recruté)

6.1.7.2 Financer le plan national de communication (budget pour mémoire)
6.2 Axe stratégique 6.2 : Protection sociale, lutte contre la pauvreté et actions sur les déterminants non médicaux de la tuberculose
6.2.2 Mise en place de mécanismes de protection sociale pour les personnes infectées et affectées par la TB
6.2.2.1 Faire un plaidoyer en vue de mettre en place des mesures de protection sociale pour les patients TB tel que l'accès à des AGR et au micro-crédit à partir de 2023
6.2.2.2 Mettre en place d'un numéro vert spécifiquement pour les personnes affectées et infectées par la TB en l'An 1 (à négocier avec une société de téléphonie) en continue
6.2.2.3 Fournir des cartes de dépistage gratuitement aux cas contacts TB
6.2.2.4 Vulgariser les lois du code de travail concernant la loi : No L/2014/072/CNT DU 10 janvier 2014 et les articles 231.2 et 232.1 avec l'implication de la médecine du travail ; et adapter la charte des patients TB au contexte Guinéen
6.3 Axe stratégique 6.3 : Plaidoyer pour un engagement politique avec une allocations des ressources adaptées pour les soins et la prévention de la tuberculose
6.3.2 Mobilisation des financements innovants
6.3.2.1 Développer un partenariat public et privé avec les banques et assurances, institutions d'enseignement supérieur, sociétés minières, société de téléphones mobiles, agros industriels, les médias...) de l'An 1 à l'an 5
6.3.2.2 Réaliser des tables rondes, forums avec les partenaires publics privés pour les sensibiliser sur la cause de la lutte antituberculeuse. (L'an 1)
6.3.2.3 Faire un plaidoyer auprès des chambres des mines de commerce de l'industrie et des ministères concernés pour l'implication des sociétés minières et industries polluantes dans les financements locaux de lutte contre la tuberculose
6.3.2.4 Plaidoyer auprès des structures privées pour leur implication financière dans la lutte contre la TB (de l'an 1 à l'An 5

7 Objectif stratégique 7. Etendre et renforcer la prise en charge communautaire de sorte qu'au moins 15% des cas de tuberculose notifiés proviennent d'une référence par un relai communautaire d'ici 2026
7.1 Axe stratégique 7.1 : Extension de la prise en charge communautaire à tous les CDT fonctionnels.
7.1.2 Extension de la prise en charge communautaire à tous les CDT fonctionnels d'ici 2026
7.1.2.1 Réviser le paquet d'activités des communautaires par niveau d'intervention en 2023
7.1.2.2 Former 990 nouveaux RECO dans les 12 districts sanitaires sur la stratégie DOTS, IEC/CCC de l'An 1 à l'An 2 pendant 5 jours en 40 sessions
7.1.2.3 Equiper 990 nouveaux RECO en kit (glacière, casquettes, gilet, vélos, sacs, imperméable, bottes, cahiers, bis, torche, piles etc.) en l'an 2
7.1.2.4 Former 48 nouveaux superviseurs (2 superviseurs SR, 1CDT et 1 SBC par préfecture) des RECO sur la stratégie DOTS communautaire de l'an 1 à l'an 2 en une session par an pendant 5 jours
7.1.2.5 Former 3 cadres du PNLT en santé communautaire au Burkina en 12 semaines en 2023 et 2025
7.1.2.6 Administrer le traitement sur sites par des RECO formés
7.2 Axe stratégique 7.2 : Renforcement des activités de la prise en charge communautaire

7.2.2 Mise en œuvre du cadre institutionnel pour les interventions communautaires
7.2.2.1 Organiser un atelier d'élaboration du guide et manuel de plaidoyer, de communication, et de mobilisation sociale sur la TB, 20 personnes pendant 5 jours à Kindia, en l'An 1. (La direction de la santé communautaire a-t-elle un document intégré des maladies)
7.2.2.2 Renforcer la capacité de 5 personnels des SR en Santé publique à Cotonou soit un par SR communautaire
7.2.2.3 Organiser un atelier de validation du guide et manuel de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale, 15 personnes pendant 3 jours à Kindia, en l'An 1
7.2.2.4 Editer et diffuser 1330 guides de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale, 814 CS +76 DPS + 16DRS + 300CDT + 24 PNLT + 100 ONG communautaires et partenaires, l'An 1
7.2.2.5 Editer et diffuser 5400 manuels de formation des agents 4070 RECO, 814CS+ 76 DPS + 16 DRSS+ 300 CDT +24 PNLT +100 ONG communautaires et partenaires de plaidoyer de communication et mobilisation sociale en 2024
7.2.2.6 Recycler/former 3348 RECO dans les 26 districts sanitaires déjà couverts en 2024 y compris Elargissement du paquet de services communautaire à la gestion des cas contacts, prélèvement et transport des crachats, et accompagnement psychosocial
7.2.2.7 Former un pool national de 20 formateurs en plaidoyer, communication et mobilisation sociale en faveur de la lutte antituberculeuse en 2023
7.2.2.8 Former 150 anciens patients à la prise en charge des malades en traitement et la recherche de perdus de vue dans les 8 régions administratives en raison de 15 par régions pendant 3 jours en 2024. – par région
7.2.2.9 Organiser une réunion de coordination mensuelle à l'échelle de la DPS entre les ONG représentant pairs Educateurs, RECO et prestataires des centres de santé et de 2023 à 2026
7.2.2.10 Organiser une réunion mensuelle de concertation autour du centre de santé entre les relais communautaires et les agents de santé, de 2023 à 2026 (collation et transport) Participants : 10 RECO + 2personnel du centre de santé, 2 leaders communautaires plus le superviseur x 407 centres de santé = 6105 (10 RECO + 2CCS+ Superviseur communautaire+2 leaders communautaires
7.2.2.11 Appuyer les CTRS pendant une journée supplémentaire (location salle, restauration et perdiez) pour renforcer le suivi des activités TB de 2022 à 2026
7.2.2.12 Former/recycler 175 membres des ONG/Associations en plaidoyer, communication et mobilisation sociale en faveur de la lutte antituberculeuse à Kindia pendant 3 jours en 2024 et 2026
7.2.2.13 Former 350 leaders communautaires (chefs des villages et associations/groupement des femmes/jeunes) en plaidoyer, communication et mobilisation sociale en 2024 en raison de 25 participants/Prefecture des zones enclavées
7.2.2.14 Acheter 3348 Kits (glacière, casquettes, gilet, vélos, sacs, imperméable, bottes, cahiers, bis, torche, piles etc.) pour les RECO des Préfectures anciennement couvertes de 2023 à 2024
7.2.2.15 Editer et diffuser les outils de gestion communautaire pour couvrir les besoins de 2023 à 2026
7.2.2.16 Appuyer la supervision communautaire trimestrielle par les CS membre des ONG association et agents SBC de de 2023 à 2026
7.2.2.17 Renforcer les capacités organisationnelles, institutionnelles et managériales du réseau des organisations de société civile contre la tuberculose de l'An1 à l'An5
7.2.3 Plaidoyer pour les interventions communautaires
7.2.3.1 Organiser 60 séances d'information/sensibilisation sur la tuberculose auprès des élus locaux et leaders d'opinion de l'An 1 à l'An 5, soit 12 séances /an
7.2.3.2 Organiser 280 séances d'information/sensibilisation en direction du secteur informel (groupement

des femmes, des jeunes, ateliers de coiffure, de couture, etc...) de 2023 à 2026
7.2.3.3 Organiser 280 séances d'information/ sensibilisation des leaders religieux des zones enclavées des 14 préfectures pour leur implication dans la lutte antituberculeuse, de l'An 1 à l'An 5, soit une séance par trimestre sur 5 ans (4 séances/an x 14 Préfectures enclavées x 5 ans). (à prendre en compte dans les leaders)
7.2.3.4 Organiser une table ronde par trimestre dans les 34 radios rurales/ communautaires et à la radio nationale de 2023 à 2026, soit 680 tables rondes pour 5 ans (4 tables rondes x 34 radios x 5 ans)
7.2.3.5 Organiser 280 séances d'information sur la tuberculose auprès des syndicats de transporteurs et piroguiers pour les impliquer dans le transport des crachats de 2023 à 2026 soit une séance par trimestre x 4/ an x 14 Préfectures x 5 ans
7.2.3.6 Organiser 240 séances d'information sur la TB auprès des pêcheurs et mareyeuses de 2023 à 2026 (4 séances x 12 mois x 5 ans)
7.2.3.7 Organiser 120 séances d'information sur la TB auprès des miniers/orpailleurs en raison de 24 séances/an (2 séances x 12 mois x 5 ans) de 2023 à 2026
7.2.3.8 Faire un plaidoyer au niveau de 15 comités de gestion des mines pour leur implication effective dans la lutte antituberculeuse. En 2024
7.2.3.9 Célébrer la Journée Mondiale de lutte antituberculeuse (JMT) dans les 8 régions administratives et les 25 Préfectures de 2023 à 2026
7.2.3.10 Organiser 160 séances de sensibilisation/information auprès des patients diabétiques et tuberculeux sur la tuberculose dans les 2 centres de diabétologie et 4 CDT de Conakry de 2023 à 2026 (4 séances/an x 4CDT x 2 centres de diabétologie x 5 ans)
7.2.3.11 Organiser 40 séances de campagnes de dépistage auprès des patients diabétiques de Conakry et les hôpitaux des quatre régions naturelles de 2023 à 2026 (4 séances/an x 2 centres de diabétologie x 5 ans).
7.2.4 Communication de proximité par les communautaires sur la maladie de la tuberculose et la disponibilité de l'offre de service.
7.2.4.1 Editer et diffuser 5400 manuels de formation des agents 4070 RECO, 814CS+ 76 DPS + 16 DRS+ 300 CDT +24 PNLT +100 ONG communautaires et partenaires, 2023
7.2.4.2 Editer et diffuser 1330 guides de formation d'agents communautaires : 814 CS 76 DPS x 16DRS x 2, 300CDT x 24 PNLT et 1008 ONG et autres partenaires
7.2.4.3 Editer et diffuser 4100 boites à images : 4456 recos+300 CDT+20PNLT +38 DPS+_ DRS+ 20 ONG et partenaires. 100en l'An1
7.2.4.4 Editer et diffuser 18 592 affiches Dots Communautaire soit 4648 par an, de 2023 à 2025
7.2.4.5 Editer et diffuser 20 000 dépliants Dots Communautaire soit 5000 par an, de 2023 à 2025
7.2.4.6 Editer et diffuser 7730 calendriers Dots Communautaire, soit 1546 par an, de 2023 à 2026
7.2.4.7 Confectionner et distribuer 9166 gilets, 9166 tee-shirts et 9166 casquettes pour les activités du DOTS communautaire (4338 RECO ; 406 CS x 2 ; 38 DPS x 5 ; 8 DRS x 2 ; 86 CDT x 5 ; PNLT : 100 ; ONG communautaires 40 ; Hôpitaux nationaux : 6 ; MSP : 10 ; Partenaires : 60 en 2024
7.2.5 Communication par les media sur la maladie de la tuberculose et la disponibilité de l'offre de service.
7.2.5.1 Produire un spot pour la radio et un spot audio-visuel pour la télévision nationale et chaines privées sur la tuberculose et les traduire dans 6 langues nationales de 2023 à 2026
7.2.5.2 Contracter les 24 radios rurales/ communautaires et 5 radios privées pour diffuser 7680 fois le spot de sensibilisation sur la TB, de 2023 à 2026
7.2.5.3 Organiser 768 émissions interactives et les diffuser sur les 24 radios rurales/ communautaires et 6

radios privées, de 2023 à 2026
7.2.5.4 Contracter les 6 chaines de télévision pour diffuser 2400 fois le spot audio-visuel sur la TB, de de 2024 à 2026
7.2.5.5 Produire un film de 30 minutes sur la tuberculose dans 6 langues nationales et en français, en 2024 avec les groupes théâtraux
7.2.5.6 Contractualiser avec un opérateur téléphonique pour la diffusion de message de sensibilisation sur la TB à l'endroit des adolescents et jeunes à travers les nouvelles technologies, de 2023 à 2026
7.2.6 Mobilisation sociale par les communautaires pour les activités du programme.
7.2.6.1 Organiser la journée mondiale à Conakry et dans les 33 préfectures (activités de communication, dépistage actif, discours officiel, intervention de représentant des patients, prestations artistiques) (forfait de 300 000 000 pour le lieu de la célébration nationale et 15 000 000 pour chacune des 37 célébrations préfectorales/communales) chaque année
7.2.7 Renforcement de la lutte antituberculeuse dans les lieux de grands rassemblements tels que (les fumoirs, les BAR, les lieux de thé) par les communautaires.
7.2.7.1 Former 38x4 pairs éducateurs des membres des (fumoirs, BAR, lieux de thé) sur la TB afin de contribuer au screening verbal de la Tuberculose et à la référence des cas présumés vers les CDT de 2023 à 2024
7.2.7.2 Organiser 2 séancesx12moisx5ansx38prefectx4 PE de sensibilisation sur la tuberculose dans les (fumoirs, BAR, lieux de thé) de 2023 à 2024
7.2.8 Renforcement de la lutte antituberculeuse dans les prisons par les pairs éducateurs avec une approche intégrée tuberculose et VIH.
7.2.8.1 Faire le screening de la tuberculose, le VIH et l'hépatite, diabète, chez les prisonniers à l'entrée
7.2.8.2 Organiser 1920 séances d'information sur la tuberculose auprès des prisonniers en raison d'1séancex32 prisons x12 moisx5ans) de 2023 à 2024
7.2.8.3 Faire un plaidoyer auprès de 37 magistrats, 32 régisseurs et 32 greffiers des prisons pour leur adhésion à la lutte antituberculeuse de 2023 à 2024
7.2.8.4 Organiser 6400 séances de sensibilisation sur la tuberculose pour l'observance et la recherche de perdus de vue des prisonniers libérés en raison 40 champions x 32 prisonsx5ans. Soit 1280 séances par an.
7.2.8.5 Doter 6400 litres de carburants aux établissements pénitentiaires pour assurer le transport des crachats des infirmeries pénitentiaires vers les laboratoires (carburant) de l'An 1 à l'An 5. (32 structures pénitentiaires x10Lx4 x5) de 2023 à 2024
6.1.2.1 , vi) Intégrer des CT dans les infirmeries des 7 prisons régionales et 5 prisons civiles de l'intérieur.
6.1.2.2 vi) Evaluer le plan d'intégration TB/VIH. vii) Intégrer des guichets uniques TB/VIH dans les CDT.
6.1.3 Amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les universités, les institutions de formation professionnelles, écoles, lycées et collèges dans le pays
6.1.3.1 Créer 28 clubs santé dans les établissements scolaires pour la lutte antituberculeuse dans les Préfectures de 2024 à 2026 par les responsables de districts
6.1.3.2 Subventionner 28 clubs de santé des lycées et collèges pour faire de l'information et sensibilisation sur les problèmes de santé des jeunes. (Tuberculose, VIH-IST, drogue, tabagisme, hépatite). En 2024 (forfait de 200 dollars par mois)
6.1.4 Implication des tradipraticiens dans les activités de lutte antituberculeuse pour le référencement des cas présumés de tuberculose dans le pays

6.1.4.1 Organiser 20 ateliers d'un jour de sensibilisation des tradipraticiens regroupant chacune 30 participants au niveau périphérique de l'An1 à l'An5
6.1.4.2 Orienter 850 tradipraticiens pour une meilleure intégration dans l'orientation et la prise en charge des cas présumés de tuberculose de 2023 à 2026
6.1.4.3 Assurer la motivation de 50 tradipraticiens basée sur la performance de 2023 à 2026

7 Objectif stratégique 8 : Réaliser au moins une recherche opérationnelle par an.
7.1 Axe stratégique 8.1 : Réalisation d'au moins une recherche opérationnelle par an de 2022 à 2026
7.1.2 Conduite d'études pour résoudre les problèmes identifiés dans la lutte antituberculeuse
7.1.2.1 Organiser des réunions trimestrielles de la Task force pour la recherche opérationnelle sur la tuberculose pour discuter des projets en suspens, des projets futurs ou des projets terminés pour publication ; 4 réunions par an de 2023 à 2026 en 1 jour. (25 participants pendant 1 journée à Conakry)
7.1.2.2 Organiser un atelier d'information et de partage avec les partenaires techniques et financiers sur les résultats obtenus dans le cadre de la recherche 1 atelier par an de 2023 à 2026 avec 30 participants en 1 jour (à prendre en compte dans l'activité de présentation des résultats du rapport annuel aux partenaires)
7.1.2.3 Réaliser une étude sur les coûts catastrophiques liés à la tuberculose en 2023 pour l'évaluation des actions
7.1.2.4 Enquête sur le parcours des patients TB (forfait de 50000 Euro) 2024 (Assistant technique)
7.1.2.5 Réaliser une étude rétrospective pour évaluer l'impact de l'intégration des soins TB/VIH sur la morbidité et la mortalité chez les patients TB/VIH, en 2025
7.1.2.6 Appuyer la réalisation de 4 thèses par an de mémoire des étudiants en médecine sur la tuberculose. (Forfait de 800 Euro par thèse appuyée) de 2023 à 2026
7.1.2.7 Organiser en collaboration avec les enseignants de la tuberculose à l'université et les écoles d'infirmiers une formation sur les directives nationales du PNLT aux étudiants de la 7 ^e année de médecine et aux élèves infirmiers en fin de cycle. (Sans cout)
7.1.2.8 Réaliser une enquête CAP de la TB en 2022 et 2023
7.1.2.9 Réaliser une étude sur les causes de mortalité élevée des patients TB en 2024. (40000 Euro) à contractualiser avec Université
7.1.2.10 Réaliser l'enquête sur la résistance aux antituberculeux en Guinée en 2024
7.1.2.11 Réaliser une enquête de satisfaction des patients TB de l'offre de service en 2025
7.1.2.12 Réaliser une étude sur le schéma court sans injectables des malades de la TB-MR en 2022
7.1.2.13 Créer une base de données des recherches (sans cout)
7.1.2.14 Créer un site entretenu du PNT (forfait 15000
7.1.2.15 Réaliser une étude sur l'itinéraire thérapeutique et la mortalité des cas de TB-MR et facteurs associés à Conakry de 2024 à 2026
7.1.2.16 Réaliser une étude sur le TPT aux enfants de moins de 5 ans contact de patient TBMR

8 Objectif stratégique 9 : Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de promotion de l'approche d'égalité des sexes et de droits humains dans la prévention, les soins et le soutien aux malades TB et aux personnes affectées par la TB.
8.1 Axe stratégique 9.1 : Intégration des aspects genre/inclusion et des droits humains dans la lutte contre la TB
8.1.2 Intégration des aspects genre/inclusion et droits humains dans la lutte contre la TB

8.1.2.1 Recruter un/e assistant/T/ce technique sur l'égalité des genres pour mener une analyse à l'échelle nationale sur la problématique de genre et de droits humaine dans la lutte contre la TB (Cabinet/consultant international avec équipe nationale) et pour dresser un plan d'intégration des aspects de genre et droits humaines dans la lutte contre la TB (activité à mener avec PNLSH), – à 2023 + 2025 (étude d'évaluation des indicateurs d'égalité de sexes et droits humains) ; 1 semaine à distance, deux semaines au pays
8.1.2.2 Mettre en place un mécanisme d'appui juridique et psychologique pour les patients TB-MR et les victimes de VBG
8.1.3 Renforcement des capacités du PNLT, du personnel de santé et des autres acteurs impliqués dans la lutte contre la TB, sur les aspects genre/inclusion et les droits humains
8.1.3.1 Former le staff du programme PNLT, DRS/SBC, DPS, CDT, RECO sur l'égalité sexes et les services de santé sensibles au genre et fondées sur les droits humains ; activité à mener avec le PNLSH, TB : module -standard inclut dans les recyclages et formations (l'an 1 + recyclage l'an 3 pour un total de 165 personnes)
8.1.3.2 Assurer le suivi pour maintenir la parité hommes/femmes dans le recrutement des RECO (dès l'an 1 et jusqu'à l'an 5)
8.1.3.3 Organiser une journée de plaidoyer auprès des législateurs, hommes de tenues hauts gradés et de la magistrature sur les signes, les autorités pénitentiaires sur les modes de transmission, la prévention et le traitement de la TB/VIH selon l'approche d'égalité des genres et les droits humains, 25 personnes, 2023, 2024, une fois dans chaque régions)
8.1.3.4 Appuyer des campagnes de sensibilisation en cascade auprès des forces de l'ordre, agents pénitenciers et autres sur les modes de transmission, la prévention et le traitement de la TB tout en tenant compte l'égalité des genres et les droits humains – activité à mener avec le PNLSH, année 2024, (l'an 2 une fois dans chaque préfecture, forfait 7 500 000 GNF
8.1.3.5 Renforcer les capacités des comités de santé et d'hygiène à la qualité des services liés à la TB basés sur l'égalité des sexes/droits humains et pour réduire les barrières à l'accès aux soins des femmes et jeunes filles et autres personnes vulnérables (à partir de l'an 2 ; An 2 : Kankan L'an 3 : Labé)
8.1.3.6 Organiser une réunion trimestrielle de restitution des résultats des activités de la société civile y compris les observatoires communautaires à l'accès aux soins de santé, l'égalité des genres et les droits humains, 2023-2025
8.1.3.7 Développer des outils de communication et de suivi & évaluation sensible à l'égalité des sexes, inclusion et droits humains (l'an 2)
8.1.3.8 Veiller sur l'égalité de genre pendant le recrutement du personnel au niveau du PNLT à tous les niveaux
8.1.4 Mobilisation des patients et des OBC pour une meilleure autonomisation
8.1.4.1 Intégrer dans toutes les journées de mobilisation des plaidoyers pour reformer les politiques, règlements et lois entravant l'accès aux services de lutte contre la TB/VIH et pour l'intégration d'une approche d'égalité des genres et respect des droits humains
8.1.4.2 Intégrer dans toutes les émissions radio (radio nationale et radio rurales) sur la TB/VIH les thématiques sur l'égalité des genres et droits humains en direction des populations (une émission par mois x 34 radio – à partir de l'an 1)
8.1.4.3 Réaliser des émissions télévision (télévision nationale et chaines privées) en format de tables rondes sur la TB/VIH et l'égalité des genres et droits humains en direction des populations (6 ou 7 émissions par an – à partir de 2023)
8.1.4.4 Réaliser des forums avec les partenaires de la société civil sur la TB/VIH et l'égalité des genres et droits humains en direction des populations (68 forums communautaires par année – à partir de l'an 1)

8.1.4.5 Plaidoyer pour mobiliser les ressources additionnelles en faveur des associations féminines évoluant dans la lutte contre la TB pour leur autonomisation et accroître leur rôle dans la gouvernance de la lutte contre la TB (l'an 2 à l'an 5 : 8 plaidoyers par an)
8.1.4.6 Organiser des séances de plaidoyer pour que les partenaires de la société civile, y compris les associations féminines professionnelles de la santé, jouent un rôle accru dans la gestion et gouvernance de la lutte contre la TB. (Dès l'an 2 à 5 pour 8 séances par années)
8.1.4.7 Vulgariser la charte du patient avec TB en mettant avant ses droits, mais aussi ses obligations
8.1.4.8 Informer et sensibiliser les patients TB sur la gratuité des soins
8.1.5 Renforcement de la participation des hommes et des femmes, y compris les jeunes filles, qui sont affectés et infectés par la TB/VIH dans la gestion et la gouvernance de la lutte contre de la TB
8.1.5.1 Faciliter la création d'associations communautaires de personnes affectées et infectées par la TB/VIH en faisant appel aux anciens patients TB au niveau des DPS de 2023 à 2026 (forfait de 1200 euros/an/DPS)
8.1.5.2 Faciliter la mise en relation des associations communautaires des anciens patients de la TB dans le but de créer un réseau national de 2023 à 2025
8.1.5.3 Faciliter la participation du réseau dans la gouvernance et gestion des programmes de lutte contre la TB (de 2023 à 2026)
8.1.5.4 Faciliter la participation des associations du réseau dans des activités d'échanges d'expérience et de connaissances au sein des forums internationaux (de 2023 à 2026)
8.1.5.5 Former 25 agents de santé des hôpitaux et infirmeries régionales de l'Armée, de la sécurité et de l'administration pénitentiaire sur la tuberculose, genre et droits humains (3 jours à Mamou) en l'An2. (Pris en compte en 9115)

XI. Cadre des indicateurs et des résultats ou cibles à atteindre

Le tableau ci-dessous représente les cibles du PSN 2022-2026 :

Indicateurs de performance	Données de base	Cibles par année				
		2022	2023	2024	2025	2026
INDICATEURS D'IMPACT						
Taux de mortalité par tuberculose pour 100000 habitants	16 (2021)	16	15	15	14	13
Taux d'Incidence de la tuberculose (nouveaux patients et rechutes toutes formes) pour 100000 habitants	175 (2021)	174	173	172	171	170
Pourcentage des familles affectées par des couts catastrophiques due à la TB, enquête en cours pour déterminer la valeur d'indicateur	ND	-	-		20%	
INDICATEURS D'EFFETS ET DE COUVERTURE						
Taux de déclaration des cas de tuberculose, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmé et cliniquement diagnostiqués, pour 100000 habitants, nouveaux cas et récidives	148 (2022)		144	146	149	151
Couverture de traitement TB (%)	81 (2022)		83	85	87	89

Nombre de cas déclarés de la tuberculose, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, nouveaux cas et récidives	19620 (2022)	19620	19586	20501	21445	22420
Taux de succès thérapeutique – toutes formes confondues : pourcentage de patients atteints de tuberculose toutes formes confondues, confirmées bactériologiquement et diagnostiquées cliniquement, traitées avec succès (guéris et traitement terminé) parmi tous les patients atteints de tuberculose ayant commencé le traitement pendant une période donnée, *n'inclut que les nouveaux patients et les rechutes (%)	91,2 (cohorte2021)		91,5	91,5	92	92
Nombre de cas de tuberculose, toutes les formes, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi tous les cas	16768 (2022)		17628	18860	19837	20851

enregistrés pour le traitement, nouveaux cas et récidives						
Taux de succès chez les cas confirmés TB-RR/MR mis sous traitement de la 2em ligne (schéma court et long) (%)	74% (cohorte 2021)	76	77	78	79	80
Nombre de CDT fonctionnels	92 (2021)	99	111	123	135	147
Proportion de cas de tuberculose (chez les enfants de 0-14 ans) parmi le total des tuberculeux (nouveaux et rechute) (%)	6,7% (2021)	7,50	8	8,50	9	9,50
Nombre de cas de tuberculose (chez les enfants de 0-14 ans) parmi le total des tuberculeux (nouveaux et rechute)	1152 (2022)		1567	1743	1930	2130
Proportion de CDT offrant la PEC TB/VIH intégrée (%)	60% (2021)	70	80	85	90	90
Pourcentage de nouveaux cas et rechutes TB enregistrés dont le statut VIH est documenté	89% /2021)	91	93	95	97	98

Nombre de cas diagnostiqués de la tuberculose infectés au VIH	(20% 2021)	3 800	3 760	3 722	3 685	3 648
Pourcentage de nouveaux cas et rechutes tuberculose séropositifs au VIH, sous TARV au cours de leur traitement TB	97% (2021)	98,7	99	99	99	99
Pourcentage de patients (nouveaux cas et rechutes), séropositifs au VIH, ayant reçu un traitement prophylactique (Cotrimoxazole)	98,6% (2021)	99%	99	99	99	99
Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 4 ans en contact avec des patients tuberculeux bactériologiquement confirmés qui ont commencé un traitement préventif	65% (2022)		87	89	90	90
Pourcentage d'enfants âgés de (5 à 14 ans) en contact avec des patients tuberculeux bactériologiquement confirmés qui ont commencé un traitement préventif	76% (2022)		87	89	95	97

Nombre d'enfants de (0 à 14 ans) en contact avec des patients atteints de tuberculose ayant commencé un traitement préventif	21404 (2022)	21404	25560	27368	29940	31717
Nombre de sites disposant d'un appareil Xpert fonctionnel	26 (2021)	26	26	35	40	45
Nombre d'appareils Gene Xpert fonctionnels		39	39	43	48	53
Pourcentage de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et rechutes) testés au moyen des tests de dépistage rapide recommandés par l'OMS lors du diagnostic	38,3 % (2022)		64	65	68	70
Nombre de cas de TB-RR/MR notifiés	366 (2022)		398	462	528	606
Pourcentage de cas de la TB-RR/MR confirmés qui ont commencé un traitement de la 2e ligne (%)	93,8 (2022)		95	96	97	98
Nombre de cas de la TB-RR/MR confirmés qui ont commencé un traitement de la 2e ligne	334 (2022)		378	444	511	594

Pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaites de contrôle de qualité externe pour les examens microscopiques (%)	93%	98%	98%	98%	98%	98%
Taux d'exécution des financements alloués par le Fonds mondial pour la lutte contre la tuberculose.	92% (2022)		92%	92%	95%	95%
Pourcentage de CDT disposant de médicaments traceurs (RHZE et RH) le jour de la visite	95% (2021)	95%	95%	98%	98%	99%
Proportion des CDT et de sites TB-MR supervisés au moins 2 fois par an	100	100	100	100	100	100
Pourcentage de rapports trimestriels des CDT reçus (complétude des rapports)	100	100	100	100	100	100
Pourcentage de rapports trimestriels reçus dans les délais (promptitude de transmission des rapports)	95% (2021)	95%	95%	95%	95%	95%
Proportion de CDT s'appuyant sur les interventions communautaires	60 (2021)	75	80	90	95	100

(documentées)						
Pourcentage de cas de tuberculose confirmés (NC, rechute) orientés par les agents communautaires	9% (2021)	10%	11%	12%	14%	15%
Nombre de cas de tuberculose confirmés (NC, rechute) orientés par les agents communautaires		1900	2068	2233	3002	3363

XII. Plan d'assistance technique

Objectif stratégique 4. Assurer l'adhésion au traitement préventif à 50% des personnes à haut risque identifiées qui sont éligibles d'ici 2026						
Axe stratégique 4.2 : Mesures de prévention de l'infection dans les structures de prise en charge et de diagnostic et de traitement de la tuberculose						
Activité du PSN	TDR	Profil requis	Période	Durée	Coût USD	Source de financement
Intégration de mesures de prévention de l'infection dans les 100% des CDT fonctionnels d'ici 2026						
Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration du guide et du plan de contrôle de l'infection en détaillant les mesures correspondantes : mesures administratives, mesures environnementales et protection individuelle.	Assister techniquement le PNLT dans l'élaboration du guide et du plan de contrôle de l'infection en détaillant les mesures correspondantes : mesures administratives, mesures environnementales et protection individuelle.	Expert dans la lutte contre la tuberculose avec compétence et expérience dans la lutte contre l'infection	2023 (en cours)	15 jours	34712	FM

Objectif stratégique 5. Traiter les patients TB-RR/MR pour atteindre au moins un taux de succès de 84% d'ici 2026.						
Axe stratégique 5.1 : Traitement avec soutien à tous les patients TB-RR/MR.						
Activité du PSN	TDR	Profil requis	Période	Durée	Coût USD	Source de financement
Amélioration de la couverture par le traitement afin qu'au moins 90% des malades TB-RR/MR diagnostiqués en 2021 et 2022 et 100% de ceux qui sont diagnostiqués à partir de 2023 reçoivent un traitement de deuxième ligne et un suivi de qualité						
Recruter 1 consultant national pour la révision des documents techniques TB-RR/MR pendant 15 jours en l'An 3	Mettre à jour le guide technique de prise en charge de la tuberculose résistante en fonction des recommandations de l'OMS dans le cadre de la stratégie End TB, des standards internationaux de soins antituberculeux, de la politique du PNLT, du contexte épidémiologique du pays ainsi que celui du système de santé, des ressources disponibles et de la capacité du PNLT et du système de santé.	Expert programmatique TB, avec compétence dans la prise en charge programmatique de la tuberculose résistante	2023 (fait) 2025	15 jours	11881	FM

Objectif stratégique 6. Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLT et de mobilisation des ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose dans un cadre multisectoriel						
Axe stratégique 6.1 : Renforcement des capacités de gestion						
Activité du PSN	TDR	Profil requis	Période	Durée	Coût USD	Source de financement
Renforcement du fonctionnement des services du programme appuyé de ses partenaires de sorte qu'au moins 90% du budget disponible soit exécuté chaque année de 2022 à 2026						
Élaborer/Actualiser un plan d'assistance technique pour le PNLT de l'an 1 à l'an 5	Élaborer le plan d'assistance technique avec pour chaque activité d'assistance technique planifiée, les termes de référence, le profil de consultant requis, la période de mise en œuvre, la durée de l'assistance technique, le coût et la source de financement.	Expert programmatique TB	2022-2026	5 jours par plan	33465	
Recruter une assistance technique à long terme (1 programmatique et 1	1. Assurer une assistance technique au PNLT en conformité avec la stratégie Mettre Fin à la Tuberculose notamment en améliorant la capacité de l'équipe centrale	1.Expert programmatique dans la lutte antituberculeuse.	2022-2026	5 ans	960000	FM

labo) en l'an 1	<p>et des équipes régionales; en assistant le PNLT et les partenaires techniques dans l'élaboration des stratégies, des interventions et des directives techniques nationales et dans les actions de suivi, évaluation et recherche opérationnelle; et en assistant le PNLT, les partenaires techniques et le FM dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des subventions.</p> <p>2. Assister le PNLT et le LNRM dans l'organisation du réseau de laboratoires, le processus d'assurance de la qualité, la gestion de la biosécurité, la formation du personnel, l'introduction de nouveaux outils de diagnostic recommandés par l'OMS, l'élaboration de directives techniques, la surveillance de la pharmacorésistance et la gestion de la relation avec les LSNR.</p>	2. Expert en laboratoires pour la tuberculose			
Soliciter une assistance technique du GDF et rGLC une fois par an de l'An 1 à l'An 5 respectivement pour l'évaluation de la gestion pharmaceutique et la TB-MR.	<p>1. (rGLC) Assister le PNLT et les centres de prise en charge de la TB- MR/RR dans la mise en place de procédures de prise en charge de qualité en matière de prévention (y compris la lutte contre l'infection), de diagnostic, de traitement et de soins en particulier le choix de régimes thérapeutiques adéquats, de suivi du traitement et de gestion des effets indésirables des médicaments; dans la gestion des contacts des malades TB MR; dans la gestion des médicaments de deuxième ligne notamment en matière de quantification des besoins; et dans le suivi du plan d'extension de la prise en charge de la TB-RR/MR.</p> <p>2. (GDF) Evaluer la gestion des médicaments antituberculeux à travers tout le cycle de gestion depuis les prévisions des quantités de médicaments nécessaires à leur utilisation sur le terrain ; aider le PNLT à déterminer les besoins en médicaments adultes, médicaments pédiatriques, médicaments nécessaires au traitement préventif et médicaments requis en formes séparées à utiliser en cas de survenue d'effets secondaires avec les formes combinées.</p>	<p>1. Expert dans la prise en charge programmatique de la tuberculose multirésistante</p> <p>2. Expert dans la gestion des médicaments antituberculeux</p>	2022-2026	9 jours par mission	13267 FM, GDF
Soliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration de la note conceptuelle (30J/par personne x 4 personnes) en l'An 2 et 5	Assister le PNLT et le CCM dans l'élaboration de la note conceptuelle (facilitation du dialogue pays, facilitation des ateliers d'élaboration de la note conceptuelle, rédaction de la partie narrative de la note conceptuelle avec analyse de la situation et de la réponse, analyse des lacunes programmatiques et financières, description des capacités de mise en œuvre et du paysage financier du pays, description des stratégies de mise en œuvre et des activités), du budget et du cadre modulaire.	<ul style="list-style-type: none"> - Expert programmatique TB - Expert M&E - Expert GAS - Expert budget 	2023 2026	30 jours	64653 FM
Soliciter une assistance technique internationale et nationale pour évaluer l'efficacité de la mise en œuvre des activités par les communautaires (15 J/ par personne x 1 consultant	Évaluer les activités mises en œuvre par les communautaires dans sa conception, la politique suivie, la stratégie adoptée, la mise en œuvre, les résultats obtenus avec analyse des indicateurs pertinents et les mécanismes de suivi et évaluation.	Expert programmatique TB avec compétence et expérience dans la mise en œuvre du DOTS	2024	15 jours	16040 FM

international et 1 national) l'An 1.		communautaire				
Soliciter une assistance technique internationale pour l'élaboration de la base de données (data to care) du LNRM (15 jours, 1 consultant international) en l'An 1.	Élaborer la base de données « data to care » ou similaire du LNRM en collaboration avec l'unité de suivi et évaluation du PNLT en intégrant toutes les variables nécessaires à la gestion du LNRM et au calcul des indicateurs nécessaires au suivi et évaluation des activités du réseau de laboratoires ; assurer l'interconnectivité des machines GeneXpert.	Expert en système d'information avec compétence en informatique et connaissance de la lutte antituberculeuse	2021	25 jours	20 000 E	FM
Soliciter une assistance technique pour une Enquête sur le parcours des patients TB (forfait de 50000 Euro) 2024 (Assistant technique)	Élaborer le protocole, les outils, assister à la mise en œuvre et l'évaluation des résultats de "étude.	Expert avec expérience en organisant et mise en œuvre d'une étude PPA	2024	45 jours	50 000	EF
Soliciter un assistant technique international pour l'élaboration des outils RDQE et DQE pour le PNLT en l'an 5.			2026			
Renforcement du système de suivi-évaluation de sorte qu'au moins 95% des rapports attendus soient reçus dans les délais, et que 95% des CDT et sites GeneXpert soient supervisés trimestriellement par le niveau régional, et qu'au moins une recherche opérationnelle soit réalisée par an.						
Éaboyer en 2025 le Nouveau plan stratégique du PNLT 2007 - 2030(Revue finale, Assistance technique)	Élaborer le plan stratégique national TB (plan principal, plan de suivi et évaluation, plan d'assistance technique, budget) ; élaborer la feuille de route pour l'élaboration du PSN ; faciliter les ateliers d'élaboration du PSN TB en fournissant un appui technique sur la méthodologie et sur les différentes étapes d'élaboration du PSN TB.	-Expert programmatique TB -Expert en budget - Expert en suivi et évaluation	2026		95842	FM
Soliciter une assistance technique internationale pour l'élaboration du Tracker TB-RR/MR en l'An 2 pendant 30 jours	Introduire dans le système DHIS2 un module de suivi pour les patients atteints de tuberculose MR/RR afin de suivre les patients tout au long de leur traitement et d'être en mesure d'informer les indicateurs en utilisant des données longitudinales. Le système doit permettre d'enregistrer les attributs et les éléments de données et les différentes étapes du programme : inscription ; traitements antérieurs ; phase de traitement ; tests de sensibilité ; suivi mensuel ; résultats du traitement ; transfert du patient. Le système doit générer à partir de données longitudinales des patients les indicateurs de détection, d'enrôlement, de résultats intermédiaires et de résultats finaux.	Expert en système d'information avec compétence en informatique et connaissance de la lutte antituberculeuse	2023	30 jours	51980	FM
Développer un système d'information en connexion avec le DHIS2 et de transmission électronique des données de laboratoire vers les cliniciens, LNRM, le PNLT et les sites Ge expert (Data to care)	Développer un système d'information avec interopérabilité permettant d'une part la connexion avec le DHIS2 (connexion du LNRM, le PNLT, les cliniciens et les sites GeneXpert) et d'autre part la transmission électronique des résultats de laboratoire aux prescripteurs, au PNLT et aux malades.	Expert en système d'information avec compétence en informatique et connaissance de la lutte antituberculeuse	2023	45 jours	49505	FM
Renforcement de la communication du PNLT pour une meilleure visibilité de ses activités						
Élaborer un plan national de communication pour la TB (y compris l'assistance technique) l'an 2	Élaborer un plan national de communication en se basant sur l'analyse de la situation de la tuberculose et de la réponse à la maladie et sur l'analyse des	Expert en communication avec connaissances sur la lutte	2023		6337	FM

	lacunes programmatiques. Le plan doit comporter une analyse de la situation, les buts, les objectifs, les interventions, les activités et les mécanismes de suivi et évaluation y compris les indicateurs, et le budget. A personne-ressource du PNLT doit être capacité,	antituberculeuse					
--	---	------------------	--	--	--	--	--

Objectif stratégique 9 : Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de promotion de l'approche d'égalité des sexes et de droits humains dans la prévention, les soins et le soutien aux malades TB et aux personnes affectées par la TB.						
Axe stratégique 9.1 : Intégration du genre/inclusion et des droits humains dans la lutte contre la TB						
Activité du PSN	TDR	Profil requis	Période	Duré e	Coût USD	Source de financement
Intégration des aspects genre/inclusion et des droits humains dans la lutte contre la TB						
Recruter un/e assistant/T/ce technique experte en matière de l'égalité des genres pour mener une analyse à l'échelle nationale sur la problématique de genre et de droits humaine dans la lutte contre la TB (Cabinet/consultant international avec équipe nationale) et pour dresser un plan d'intégration des aspects de genre et droits humaines dans la lutte contre la TB (activité à mener avec PNLSH), – à 2023 + 2025 (étude d'évaluation des indicateurs d'égalité de sexes et droits humains) ; 1 semaine à distance, deux semaines au pays	Évaluer pour le volet la lutte contre la TB la situation actuelle en matière de problématique genre et droits humaines à l'échelle nationale, définir des indicateurs de suivi de la situation, et évaluer après 2 ans. Ctivité à mener avec le PNLSH.	Experts en matière d'égalité des genres et des droits humaines	2023 et 2025		64653	FM

XIII. Résumé du budget (USD)

Objectif stratégique	2022	2023	2024	2025	2026	2022 à 2026
1. Objectif stratégique 1 : Améliorer la détection des cas de tuberculose toutes formes et atteindre un taux de notification des cas toutes formes confondues, nouveaux et rechutes de 124 par 100000 habitants en 2026	2 055 265	2 531 437	1 999 082	1 415 320	1 509 700	9 510 804
2. Objectif stratégique 2. Maintenir le taux de succès du traitement à au moins 90% de 2022 à 2026.	768 391	1 227 141	1 213 824	1 200 631	1 187 619	5 597 606
3. Objectif stratégique 3. Maintenir la couverture du traitement par les ARV à au moins 98% et la couverture du traitement par le cotrimoxazole à au moins 99% chez les patients coinfestés TB/VIH de 2022 à 2026.	42 520	148 181	135 773	138 865	120 512	585 850
4. Objectif stratégique 4. Assurer l'adhésion au traitement préventif à 50% des personnes à haut risque identifiées qui sont éligibles d'ici 2026	113 216	445 065	472 603	504 883	543 685	2 079 453
5. Objectif stratégique 5. Traiter les patients TB-MR/RR pour atteindre au moins un taux de succès de 84% d'ici 2026.	725 175	883 343	724 609	710 632	697 882	3 741 641
6. Objectif stratégique 6. Renforcer les capacités de gestion.	1 940 104	3 385 483	2 529 577	2 381 261	2 629 169	12 865 594
7. Objectif stratégique 7. Etendre et renforcer la prise en charge communautaire de sorte qu'au moins 15% des cas de tuberculose notifiés proviennent d'une référence par un relai communautaire d'ici 2026	1 355 031	1 400 181	1 700 318	1 131 185	1 131 276	6 717 991
8. Objectif stratégique 8 : Réaliser au moins une recherche opérationnelle par an.	66 117	368 484	262 101	45 755	3 202	745 658
9. Objectif stratégique 9 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de promotion de l'approche d'égalité des sexes et de droits humains dans la prévention, les soins et le soutien aux malades TB et aux personnes affectées par la TB.	39 076	165 084	97 575	35 965	35 965	373 663
Total général	7 104 894	10 554 397	9 135 462	7 564 498	7 859 010	42 218 261