

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



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

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

**2024 - 2028**

**Février 2023**

## Table des matières

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>ACRONYMES / ABREVIATIONS</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>LISTE DES TABLEAUX, FIGURES &amp; GRAPHIQUES</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>I. RESUME DES CONCLUSIONS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION</b> ...	Error! Bookmark not defined.
1.1. CONTEXTE DU PAYS .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1.1. Situation géographique .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1.2. Données démographiques .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1.3. Situation politico-administrative .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1.4. Situation socio-économique .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.1.5. Situation socio-politique et sécuritaire .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2. SYSTEME NATIONAL DE SOINS DE SANTE ET PROTECTION SOCIALE ...	<b>Error!</b>
<b>Bookmark not defined.</b>	
1.2.1. Organisation du Système de Santé en RDC .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.2. Organisation de l'offre des soins .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.3. Produits pharmaceutiques et autres produits médicaux ...	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.4. Médecine traditionnelle : .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.5. Engagement et politique nationale de la santé dans le pays ..	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.6. GROUPES VULNERABLES .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.7. ETHIQUE, EQUITE, GENRE ET DROITS HUMAINS .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.8. PROTECTION SOCIALE .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE .....	<b>Error!</b>
<b>Bookmark not defined.</b>	
1.3.1. Organisation du PNLT .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.2. Organisation des services et des soins de la tuberculose	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.3. Organisation de la lutte contre la tuberculose en RDC .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.4. Politique Nationale de Prévention de la TB .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.5. Dépistage et diagnostic de la tuberculose .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4. EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.1. CHARGE DE LA TB AU PAYS.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.2. NOTIFICATION DES CAS TB.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.3. Traitement de la TB PS.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.4. Suivi des patients durant le traitement.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

1.4.5.	Les issues du traitement TB PS en 2021, cohorte 2020 ...	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.6.	TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.7.	TPT .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.8.	EPIDEMIOLOGIE TB-PR .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.9.	Tuberculose et VIH .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.10.	TB et autres comorbidités .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.	PILOTAGE - PARTENARIAT - GOUVERNANCE - GESTION DU PROGRAMME - AUTRES ASPECTS.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.1.	Pilotage et partenariat dans la lutte .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.2.	La lutte contre la TB. ....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.3.	Gouvernance et gestion du programme .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.5.4.	Autres aspects : Implication des communautés - Communication - Genre et droits humains .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.6.	EXAMEN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2021-2023.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>II.</b>	<b>PROBLEMES MAJEURS IDENTIFIES .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>III.</b>	<b>ANALYSES DES GAPS PROGRAMMATIQUES .....</b>	<b>1</b>
3.1.	SOUS NOTIFICATION DE LA TB : .....	1
3.1.1.	Faible accès de la population aux structures de TB, suite à : .....	1
3.1.2.	Faibles capacités diagnostiques.....	1
3.1.3.	Sous-utilisation des machines et outils de diagnostic .....	2
3.1.4.	Certains patients diagnostiqués ne sont pas notifiés .....	2
3.1.5.	Tous les groupes des populations vulnérables (à risque) ne sont pas ciblés de manière exhaustive dans la recherche active des cas de TB .....	2
3.1.6.	Faible implication des acteurs communautaires dans la lutte .....	3
3.1.7.	Communication insuffisante sur la TB .....	3
3.2.	EN 2021 UN TOTAL DE 23% DE PATIENTS TB (CAS INCIDENTS) NE CONNAISSENT PAS LEUR STATUT SEROLOGIQUE AU VIH.....	6
3.2.1.	Faible accessibilité des patients TB aux services de dépistage et de traitement VIH, .....	6
3.2.2.	Faible mise en œuvre des mécanismes de collaboration au niveau national et provincial ... ..	6
3.2.3.	Insuffisance de la gestion d'autres comorbidités (TB & Diabète sucré...).....	6
	.....	8
3.3.	En 2021 un total de 17% de patients TB (cas incidents) n'ont pas bénéficié le TAR .....	9
3.4.	LA PRÉVENTION DE LA TB EST INSUFFISANTE CHEZ TOUTES LES POPULATIONS À RISQUE DE TB : .....	10
3.4.1.	Prévention insuffisante ITL.....	10

3.4.2.	Contrôle de l'infection.....	10
3.4.3.	Vaccination contre la TB .....	11
3.5.	SEULEMENT 14% DES PATIENTS TB-PR NOTIFIÉS EN 2020 ONT ÉTÉ DÉCLARÉS GUÉRIS EN 2021 .....	13
3.6.	LES ISSUES DÉFAVORABLES DES PATIENTS TB-PR COHORTE 2020 RESTENT IMPORTANTES À 7% EN 2021 .....	15
3.7.	LA CAPACITÉ DE PILOTAGE, GOUVERNANCE ET GESTION DE LA LUTTE CONTRE LA TB EN RDC RESTE FAIBLE .....	16
3.7.1.	Absence d'un cadre stratégique .....	16
3.7.2.	La Gouvernance dans la lutte contre la TB est faible.....	16
3.7.3.	La capacité de gestion des ressources du programme est faible .....	17
3.7.4.	Faible implication des acteurs communautaires dans la lutte contre la TB .....	18
3.7.5.	Communication insuffisante sur la TB .....	19
3.7.6.	Des obstacles au Genre, droits humains, protection sociale et l'appui aux patients limitent l'accès des personnes affectées aux services de TB .....	20
<b>IV.</b>	<b>DEFINITION DU CADRE DE PLANIFICATION .....</b>	<b>22</b>
4.1.	VISION.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2.	BUTS : .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.3.	OBJECTIFS SPECIFIQUES : .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.4.	PRINCIPAUX AXES STRATEGIQUES RETENUS DANS LE PSN 2024-2028 : .....	23
4.5.	TABLEAU DES INTERVENTIONS, ACTIVITES PRINCIPALES ET SOUS - ACTIVITES .....	28
<b>V.</b>	<b>MODALITES DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>54</b>
5.1.	NOTIFICATION DES PATIENTS TB.....	54
5.2.	AUGMENTATION DU POURCENTAGE DES PATIENTS GUÉRIS .....	56
5.3.	PRÉVENTION DE LA TB .....	57
5.4.	CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE VIH (CONNAISSANCE STATUT SÉROLOGIQUE AU VIH ET MISE SOUS TAR ET CTX).....	57
5.5.	PILOTAGE, PARTENARIAT, COORDINATION ET GOUVERNANCE AU NIVEAU DE LA LUTTE CONTRE LA TB EN RDC.....	58
<b>VI.</b>	<b>COMPOSANTE SUIVI ET EVALUATION DU PSN 2024-2028.....</b>	<b>61</b>
6.1.	CADRE DES RESULTATS .....	61
6.2.	EVALUATION DU PSN TB 2024-2028.....	67
6.3.	RECHERCHE OPERATIONNELLE .....	67
6.4.	PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE .....	69
<b>VII.</b>	<b>CHIFFRAGE DU PLAN STRATEGIQUE 2024-2028 (BUDGETISATION).....</b>	<b>70</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>72</b>
8.1.	Note d'orientation du Secrétaire Général à la Santé (Demande de financement au FM et autres Partenaires + Elaboration des Plans stratégiques Nationaux des Programmes spécialisés de Santé Publique).....	72

8.2. Logique de la Projection des cibles pour le PSN TB 2024-2028.....72

## AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quant à l'ancrage au PNDS de nouvelle génération, ce dernier est encore en cours d'élaboration ; cet ancrage pourra se clarifier ultérieurement une fois le PNDS élaboré et des ajustements pourront être possibles. En attendant, des orientations claires ont été données par Mr le Secrétaire Général au Ministère de la Santé, Prévention et Hygiène pour permettre aux programmes d'aller de l'avant, conformément à sa note en annexe 8.1

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

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

Les interventions majeures et activités principales des PA des provinces (quinquennaux également) ainsi que les plans opérationnels pluriannuels (sur 5 ans) devront évidemment être alignées dans les PPDS ainsi que prises en compte au niveau des PAO provinciaux.

## REMERCIEMENTS

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

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

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

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

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

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

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTIONS / INSTITUTIONS
01	Dr KASWA KAYOMO Michel	Directeur du PNLT
02	Dr NZAPIKEMBI W. Erick	Directeur Adjoint du PNLT
03	Dr NKIERE MASHENI Nicolas	Ancien NPO-TUB OMS RDC
04	Dr LAY OFALI Gertrude	Chef de la Division du Suivi & Evaluation PNLT
05	Dr YASSANKIA Emery	Chef de la Division Prise en charge au PNLT
06	Dr MUTETEKE Dorcas	Conseillère Technique USAID au PNLT
07	Dr ALONI Muriel	Chef de Division Laboratoire National de Référence des Mycobactéries
08	Dr MBUYI Stéphane	Chef de Service Recherche Opérationnelle, à la Division Suivi & Evaluation
09	Dr MUKENDI Jeff	Chef de Service Planification PNLT
10	Dr MAWETE Fina Mamie	Chef de Service de la Tuberculose Pharmaco résistante au PNLT
11	Dr MUKUNDA Franck	Chef de Service Populations CXIés et Vulnérables
12	Pharmacien KITAMBALA Sentime	Conseiller Technique GAS USAID au PNLT
13	Dr KANYIMBU MUKINDA Fidèle	Conseiller Technique Suivi & Evaluation USAID au PNLT
14	Dr KINKELA Colette	Chef de Service Partenariat Public Privé au PNLT, Division Suivi & Evaluation
15	Dr KUPA Mariette	Chef de Service Biologie Moléculaire LNRM
16	Pharmacienne LIOMBO Anastasie	Chef de Division ai Pharmacie PNLT

17	Pharmacien LUNGANYU Junior	Pharmacien au PNLT
18	Dr KIBADI Romain	Chef de Division ai TB-VIH
19	Dr DIALA Jean Judier	OMS Kongo Central
20	Dr TSHEY Patrick	Médecin Superviseur National Action Damien RDC
21	Dr MBULULA Léopoldine	Médecin Superviseur National Action Damien
22	Dr BAKOKO Brian	TB Program Management Specialist / USAID Office DRC
23	Dr KITETE Lili	CORDAID
24	Dr OKENGE Lucky	CORDAID
25	Mr LUNGA Maxime	Secrétaire Exécutif CAD RDC
26	Mr MUMBOLO Prosper	Chargé des Finances au PNLT
27	Mme MABUELANGA Ghislaine	Directrice de la LNAC RDC
28	Dr ANSHAMBI Nicole	NPO/TB OMS RDC
29	Mr MAYEMBA Emery	Comptable au PNLT
30		
31		
32		
33		
34		
35		

Kinshasa, le 30 octobre 2023

Prof. Michel KASWA KAYOMO, MD, PhD  
 Directeur du PNLT/RDC

## ACRONYMES / ABREVIATIONS

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

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

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

### **• Liste des Tableaux**

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

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

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

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

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

Figure 1 : Carte géographique de la RDC

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

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

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

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

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

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

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

Graphique 9 : Evolution des issues de traitement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.1. CONTEXTE DU PAYS

#### 1.1.1. Situation géographique

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

### RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

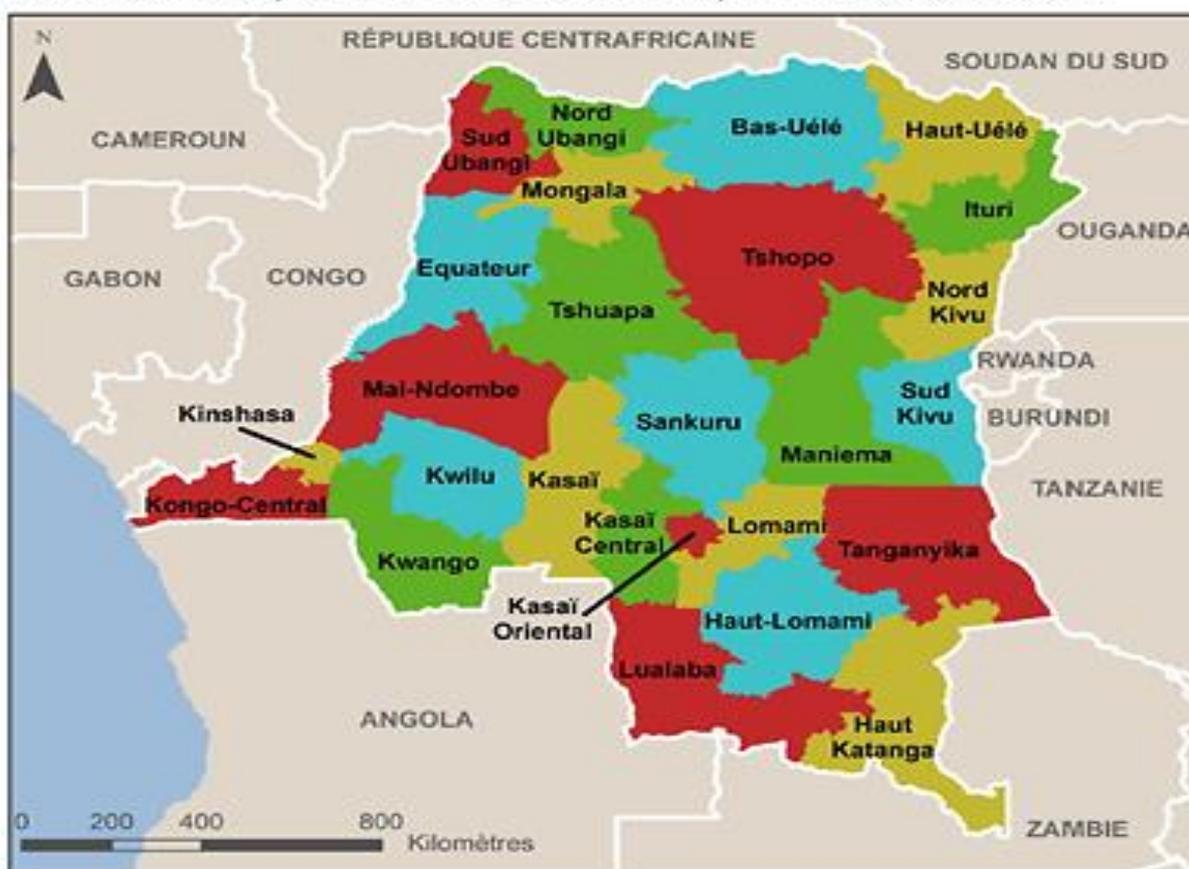


Figure 1 : Carte géographique de la RDC

- L'étendue de ses frontières, fait face aux défis de développement des infrastructures de transport et de communication, et rend ainsi délicats les échanges et déplacements des biens et de personnes. La porosité de ses frontières facilite l'incursion des groupes armées extérieures et des mouvements rebelles qui entraîne les déplacements des populations les rendant vulnérables à certains problèmes de santé publique notamment les maladies hydriques, la malnutrition, les violences basées sur le genre (VBG, en sigle).
- Le pays est situé à cheval sur l'équateur avec un climat équatorial chaud-humide au centre et tropical au Sud et au Nord. La moitié de la végétation est incluse en grande partie dans les forêts. L'autre moitié proche des tropiques est dominée par la savane.

- L'hydrographie est dominée par le majestueux fleuve Congo dont les affluents les plus importants sont le Kasai, l'Ubangi, la Lomami et la Luvua. On note également l'existence des lacs le long de la frontière Est, au Centre et à l'Ouest du pays. Elle constitue la source d'émergence des maladies hydriques suite aux mauvaises pratiques hygiéniques de la population.

### 1.1.2. Données démographiques

Selon les estimations de l'Institut National des Statistiques (INS, *en sigle*), la RDC comptait 98 370 000 habitants en 2019 avec un taux de croissance démographique de 3,2% (INS 2020)<sup>1</sup>. En tenant compte de ces estimations, la population de la RDC se situerait à 111 578 741 habitants en 2023, le plaçant ainsi le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne après le Nigeria et l'Éthiopie. Selon les statistiques de la Banque Mondiale, 54% de la population congolaise vivait en milieu rural en 2021 contre 65% en 2000<sup>2</sup>. Cette situation est la cause de la forte urbanisation non normée avec risques des problèmes de santé publique liés notamment aux inondations, érosions, banditismes en l'occurrence le phénomène dit « Kuluna ».

Au regard de sa superficie, la RDC est encore faiblement peuplée avec une densité de 48 habitants au Km<sup>2</sup> en 2023. Cependant, on note une forte disparité entre les provinces. La répartition de la population par province ainsi que son évolution dans le temps jusqu'en 2030 est reprise dans le tableau suivant.

**Tableau I : Répartition de la population de la RDC par province en millions d'habitants**

N°	Provinces	2019	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	Ville de Kinshasa	13 916	15 785	16 290	16 811	17 349	17 904	18 477	19 068	19 678
2	Kongo-Central	6 365	7 220	7 451	7 689	7 935	8 189	8 451	8 722	9 001
3	Kwango	2 416	2 740	2 828	2 919	3 012	3 108	3 208	3 311	3 416
4	Kwilu	6 169	6 997	7 221	7 452	7 691	7 937	8 191	8 453	8 724
5	Mai-Ndombe	2 082	2 362	2 437	2 515	2 596	2 679	2 764	2 853	2 944
6	Equateur	1 712	1 942	2 004	2 068	2 134	2 203	2 273	2 346	2 421
7	Sud-Ubangi	2 755	3 125	3 225	3 328	3 435	3 545	3 658	3 775	3 896
8	Nord-Ubangi	1 425	1 616	1 668	1 721	1 777	1 833	1 892	1 953	2 015
9	Mongala	1 950	2 212	2 283	2 356	2 431	2 509	2 589	2 672	2 757
10	Tshuapa	1 789	2 029	2 094	2 161	2 230	2 302	2 375	2 451	2 530
11	Tshopo	2 582	2 929	3 022	3 119	3 219	3 322	3 428	3 538	3 651
12	Bas-Uele	1 250	1 418	1 463	1 510	1 558	1 608	1 660	1 713	1 768
13	Haut-Uele	2 046	2 321	2 395	2 472	2 551	2 632	2 717	2 804	2 893
14	Ituri	4 008	4 546	4 692	4 842	4 997	5 157	5 322	5 492	5 668
15	Nord-Kivu	7 574	8 591	8 866	9 150	9 442	9 745	10 056	10 378	10 710
16	Sud-Kivu	6 565	7 447	7 685	7 931	8 185	8 446	8 717	8 996	9 283

<sup>1</sup> Annuaire Statistique 2020, INS 2021

<sup>2</sup>[https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=CD&most\\_recent\\_value\\_desc=false](https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=CD&most_recent_value_desc=false)

17	Maniema	2 654	3 010	3 107	3 206	3 309	3 415	3 524	3 637	3 753
18	Haut-Katanga	5 378	6 100	6 295	6 497	6 705	6 919	7 141	7 369	7 605
19	Lualaba	2 993	3 395	3 504	3 616	3 731	3 851	3 974	4 101	4 232
20	Haut-Lomami	3 444	3 906	4 031	4 160	4 294	4 431	4 573	4 719	4 870
21	Tanganyika	3 570	4 049	4 179	4 313	4 451	4 593	4 740	4 892	5 048
22	Kasaï-Oriental	3 601	4 085	4 215	4 350	4 489	4 633	4 781	4 934	5 092
23	Sankuru	2 417	2 742	2 829	2 920	3 013	3 110	3 209	3 312	3 418
24	Lomami	2 801	3 177	3 279	3 384	3 492	3 604	3 719	3 838	3 961
25	Kasaï-Central	3 743	4 246	4 381	4 522	4 666	4 816	4 970	5 129	5 293
26	Kasaï	3 165	3 590	3 705	3 823	3 946	4 072	4 202	4 337	4 476
<b>Total</b>		<b>98 370</b>	<b>111 579</b>	<b>115 149</b>	<b>118 834</b>	<b>122 637</b>	<b>126 561</b>	<b>130 611</b>	<b>134 791</b>	<b>139 104</b>

*Source : Population INS 2019 projetée à une croissance démographique de 3,2*

La ville de Kinshasa avec près de 15 784 586 habitants en 2023 pour une superficie de 9 965 Km<sup>2</sup> a une très forte densité de 1 584 habitants au Km<sup>2</sup> ; par contre la province du Bas-Uélé avec une population de 1 418 000 habitants pour une superficie de 148 331 Km<sup>2</sup> a une densité très faible estimée à 10 habitants au Km<sup>2</sup>. Cette situation nécessite des stratégies appropriées pour chacune des provinces, en fonction de sa densité, de son hydrographie, de ses éventuels obstacles naturels (forêts, montagnes, etc.) ainsi que de sa situation sécuritaire.

Selon l'INS, la tranche d'âge économiquement active (20-64 ans) c'est-à-dire les adultes qui doivent prendre en charge à la fois des enfants et des vieillards ne représente que 39,6% de la population totale. Ceci peut être un défi à relever pour le développement des assurances maladies en vue de faciliter l'accès aux services de santé.

En 2022, la Banque Mondiale a estimé que la RDC était l'une des cinq nations les plus pauvres du monde avec près de 62 % de la population vivant avec moins de 2,15 dollars par jour. Elle a estimé, en outre, que près d'une personne sur 6 en situation d'extrême pauvreté en Afrique subsaharienne vivait en RDC. L'ampleur de cette pauvreté varie considérablement d'une région à une autre, selon qu'on réside en milieu urbain et rural ainsi que selon les groupes socioprofessionnels. Il résulte de cette situation la non satisfaction des besoins fondamentaux de la population de sorte que des réformes vigoureuses sont à entreprendre dans le secteur économique pour permettre la réduction de la pauvreté. Dans ces conditions, les besoins de financement massif des secteurs sociaux comme la santé contrastent avec les ressources relativement maigres mobilisées et/ou mobilisables par l'État.

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

La RDC est un État unitaire fortement décentralisé qui comprend vingt-cinq provinces et la ville de Kinshasa ayant statut de la province. Selon l'annuaire statistique 2020 de l'INS, la RDC comprend 98 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 264 chefferies, 137 communes urbaines, 174 communes rurales et 5 908 groupements. Cette organisation peut influencer sur la couverture sanitaire nationale.

La constitution de la RDC a consacré 4 institutions suivantes :

- Le Président de la République ;

- Le Parlement composé de deux chambres qui exerce le pouvoir législatif et le contrôle de l'action du gouvernement ;
- Le Gouvernement qui conduit la politique de la nation, dirigé par un Premier Ministre ;
- Les Cours et Tribunaux qui exercent le pouvoir judiciaire.

Chacune des vingt-cinq provinces et la ville de Kinshasa comprend une Assemblée provinciale et un gouvernement provincial dirigé par un gouverneur élu au suffrage universel indirect par les membres de l'Assemblée provinciale.

Les Entités territoriales décentralisées (ETD, *en sigle*) sont la ville, le secteur, la chefferie et la commune. Elles ne sont pas encore dotées d'organes délibérant.

Les provinces, la ville de Kinshasa et les ETD sont dotées de la personnalité juridique avec autonomie de gestion administrative et financière. Elles ont les prérogatives d'organiser leurs propres administrations de la santé et en disposer les services publics de santé, dans le respect de la législation, de la réglementation, des politiques, stratégies, normes et directives en vigueur, édictées par le pouvoir central.

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

De 2019 à 2020, l'activité économique a connu un ralentissement suite aux effets de la Covid-19. De 4,4% en 2019, la croissance économique s'est située à 1,7% en 2020, soit une baisse de 2,7 points de pourcentage. Grâce aux mesures des politiques budgétaires et économiques prises par le Gouvernement, l'activité économique a connu un accroissement pour se situer à 6,2 % en 2021.

Depuis 2020, le pays est en programme formel avec le Fonds Monétaire International (FMI) en vue d'un appui conseil et financier dans la stabilisation du cadre macroéconomique.

En 2022, la situation macroéconomique de la RDC a fait preuve de résilience malgré les répercussions de la guerre en Ukraine et la détérioration de l'environnement économique mondial. Le PIB réel a fait preuve de résilience, avec une croissance estimée à 6,6 % en 2022, soutenue par une production minière plus élevée que prévue. L'inflation dépasserait 12 % en fin 2022, en raison de la hausse des prix mondiaux des denrées alimentaires et des carburants, exacerbée par la guerre en Ukraine et les goulots d'étranglement de la chaîne d'approvisionnement. Le compte courant a atteint un excédent au premier semestre de l'année grâce à de fortes exportations, et en fin octobre, les réserves internationales brutes ont atteint environ 2 mois d'importations, bien au-dessus de l'objectif fixé au début de l'accord de « Facilité Élargie de Crédit » (FEC).

Avec la mise en place des réformes pour soutenir son économie et le soutien du FMI, les performances de la RDC affichent des résultats satisfaisants. Bien que sujettes à certains risques, l'institution monétaire prévoit une croissance économique solide à 8,5% en 2023 avec une inflation de 13,1%.

Le FMI prévoit que le déficit budgétaire devrait se réduire en 2023. Une mobilisation soutenue des recettes et une maîtrise des dépenses courantes dans les biens, services et subventions devraient laisser de l'espace pour les dépenses sociales, les investissements dans les infrastructures et le capital humain, et l'apurement des arriérés. En outre, La suppression progressive des subventions aux carburants et la mise en place de transferts sociaux ciblés sont des mesures importantes pour renforcer les filets de sécurité sociale afin de protéger les personnes vulnérables.

Si l'ensemble de ces mesures sont appliquées par le Gouvernement et que le pays maintienne les mêmes performances macroéconomiques, l'accroissement des dépenses publiques domestiques en faveur des secteurs sociaux dont la santé permettra de mettre en œuvre les réformes et les actions planifiées dans le présent PNDS 2024-2030 en vue de réaliser les progrès vers l'atteinte des cibles des Objectifs du Développement Durables (ODD) liés à la santé en ce compris la Couverture Santé Universelle (CSU, en sigle).

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

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

La situation sécuritaire dans les provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu et de l'Ituri dans l'est du pays est très instable depuis plus de 25 ans. En mai 2021, l'état de siège a été décrété dans le Nord-Kivu et l'Ituri dans l'objectif de mettre fin à l'activisme des groupes armés et milices locales, y compris les rebelles de Forces démocratiques alliées (ADF) et les rebelles du M23. Mais la situation est loin d'être stabilisée. En effet, les attaques et massacres visant les civils se poursuivent et sont devenues quasi quotidiennes dans cette zone, avec un bilan humain et matériel très lourd, malgré les efforts de prévention des conflits et de stabilisation. La santé de la population en pâtit.

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

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

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

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

## **1.2. SYSTEME NATIONAL DE SOINS DE SANTE**

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

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

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

### **Niveau central**

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

### **Niveau intermédiaire**

Le niveau provincial est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. La décentralisation confère au niveau provincial les attributions exclusives d'organisation et de gestion des soins de santé primaires.

Les Divisions Provinciales de la Santé sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des Ministres Provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé.

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

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

### **Niveau périphérique**

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

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

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

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

Au niveau intermédiaire le PNLT joue le rôle d'appui technique et logistique aux ZS.

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

Au niveau opérationnel : le PNLT à travers les 516 ZS avec 2083 CDT dépisté et pris en charge les patients souffrant de tuberculose.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **1.2.4. Politique Nationale de Prévention de la TB**

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

Par rapport au dépistage, il n'existe pas de test de référence pour l'ITL, l'OMS admet deux types de tests à savoir *l'intradermoréaction (IDR)* et *l'interféron gamma release assays (IGRA)*. La prévention des nouvelles infections à M. TB ainsi que celle de la progression de

l'ITL vers la tuberculose active est essentielle pour réduire le fardeau de la maladie et les décès qui en résultent.

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

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

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

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

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

### **1.2.5. Dépistage et diagnostic de la tuberculose**

a) Réseau des Centres de dépistage/diagnostic et de traitement :

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

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

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

## b) Réseau des laboratoires et LNRM

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

Le LNRM a pour mission :

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

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

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

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

## **1.3. EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE EN RDC**

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

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

### **1.3.2. NOTIFICATION DES CAS TB**

#### **a) Le rapportage dans le logiciel DHIS2**

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

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

## **b) Couverture du programme**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **d) Notification TB PS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Formes et localisation TB	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TP+	81%	79%	77%	77%	63%	62%
TP/C	19%	21%	23%	23%	20%	21%
TP	82%	82%	83%	83%	83%	83%
TEP	18%	17%	17%	17%	17%	17%

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

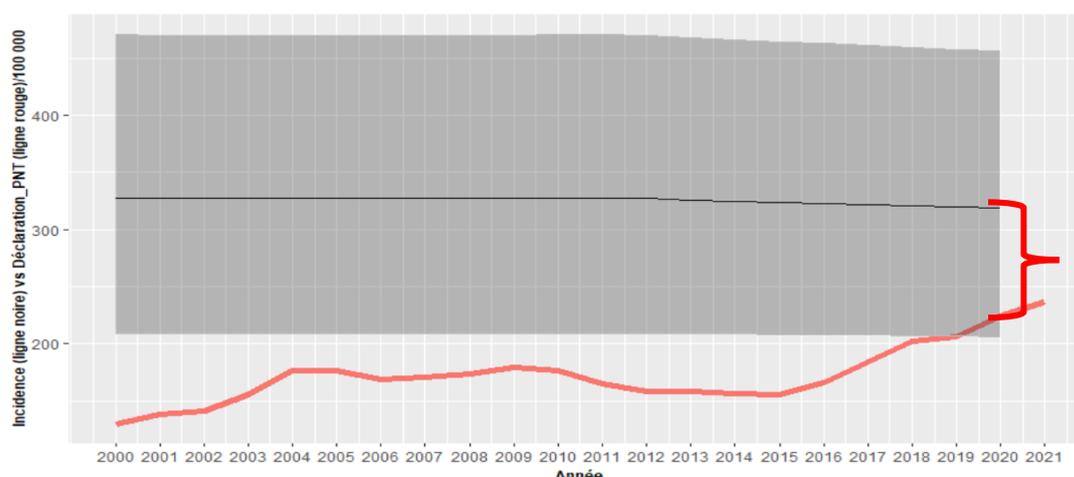
Sur le total des cas TP+, 12% sont à Kinshasa (15.517), 7% au Kasai Oriental, 6% à Ituri, 6% au Haut Katanga, 6% au Haut Lomami.

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

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

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

a. Tendence à l'Incidence pour 100.000 habitants



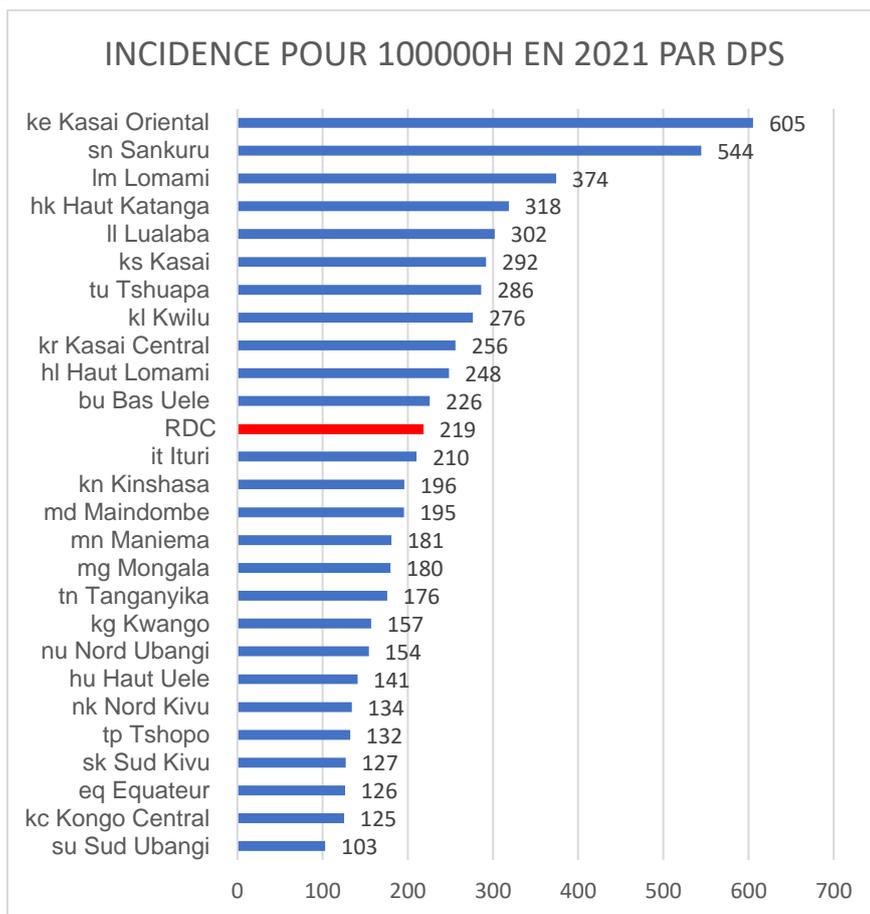
**Figure 2 :** Taux de notification des cas TB toutes formes (ligne rouge) et incidence estimée par l'OMS (ligne noire) avec intervalle de confiance (zone grise), RDC, 2000-2021

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

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

1. Augmenter la couverture en FOSA de diagnostic de la TB en augmentant les CDT et aussi en intégrant et rationalisant les CT dans la majorité des FOSA existant. D'ici 2028.
2. Rechercher activement les cas manquants de TB auprès de populations vulnérables.
3. Investiguer systématiquement la TB auprès de contacts des cas index.
4. Diagnostiquer la majorité des cas de TB par les outils de diagnostic moléculaire/rapide.

## Niveau infra national



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

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

### 1.3.3. Traitement de la TB PS

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

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

### 1.3.4. Suivi des patients durant le traitement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sur 4.575 décès liés à la Tuberculose, 295 étaient les enfants de 0-14 ans soit 6% et 810 patients Co-infectés TB VIH soit 18%. La proportion de patients non évalués est élevée parmi les enfants.

### 1.3.7. TPT

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

*La politique nationale de TPT :*

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

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

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

*Les groupes cibles devant bénéficier du TPT :* A ce jour les enfants de moins de 5 ans contacts des patients TB TP+ et les PVVIH chez qui la TB a été exclue sont les cibles du TPT.

Dans la phase de transition, deux provinces (Lualaba et Haut-Katanga) sur 26 ont démarré avec la bithérapie 3HP, les 24 démarrent en 2023.

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

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

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

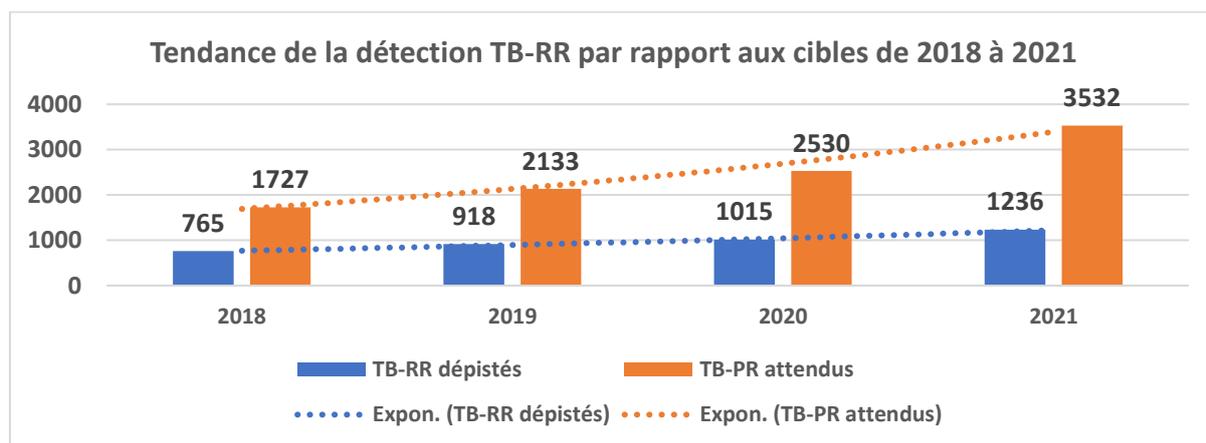
### 1.3.8. EPIDEMIOLOGIE TB-PR

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

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

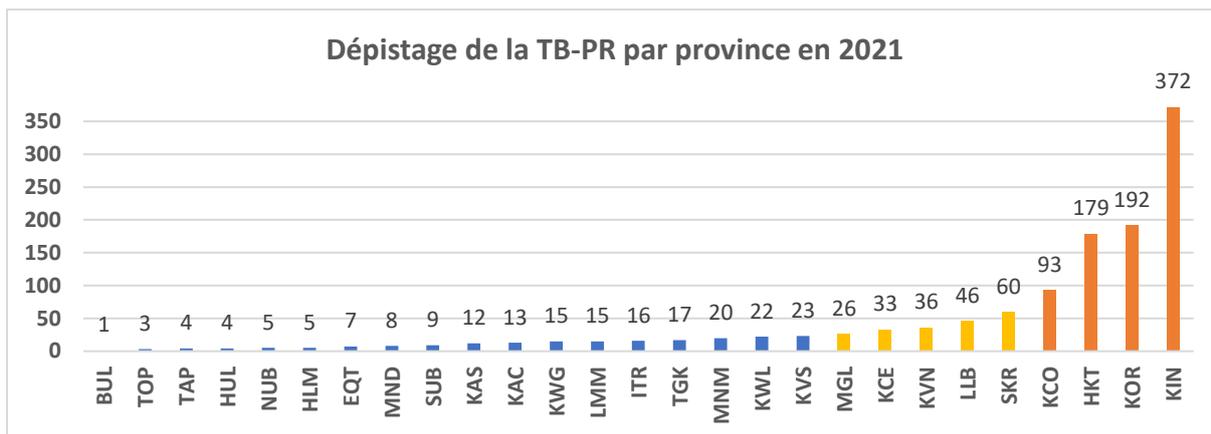
Le dépistage de la TB-PR est réalisé actuellement dans toutes les provinces grâce à l'outil moléculaire qui est considéré comme test initial pour le diagnostic de la tuberculose ainsi que pour la détection de la résistance à la rifampicine. Le pays dispose des différents types d'outils moléculaires (GeneXpert,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

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



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

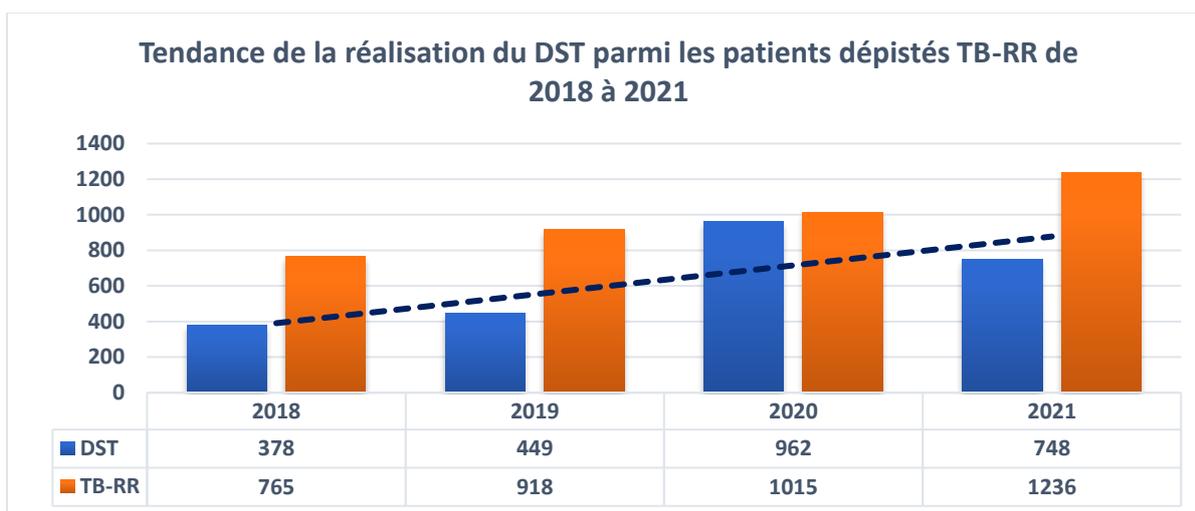
Le graphique ci-dessous montre qu'en 2024 la majorité des patients Tb-PR sont notifiés essentiellement dans 5 provinces avec au moins 50 patients par an (372 à Kinshasa, 192 au Kasai Oriental, 179 au Haut Katanga et 93 au Kongo Central Ouest). Viennent ensuite 7 provinces ayant notifié entre 20 et 49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



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

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

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



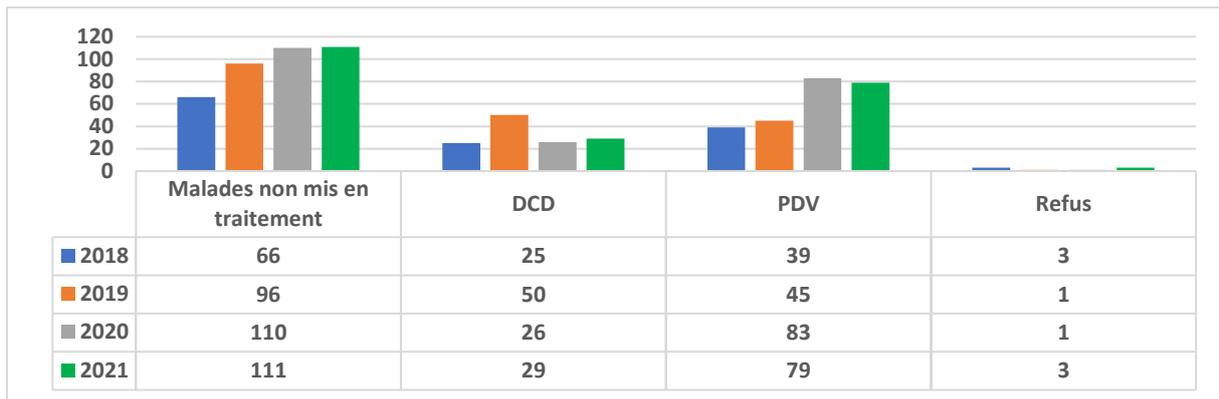
**Figure 6 :** réalisation du DST par les patients TB-PR mis en traitement entre 2018 et 2021

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

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

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

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



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

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



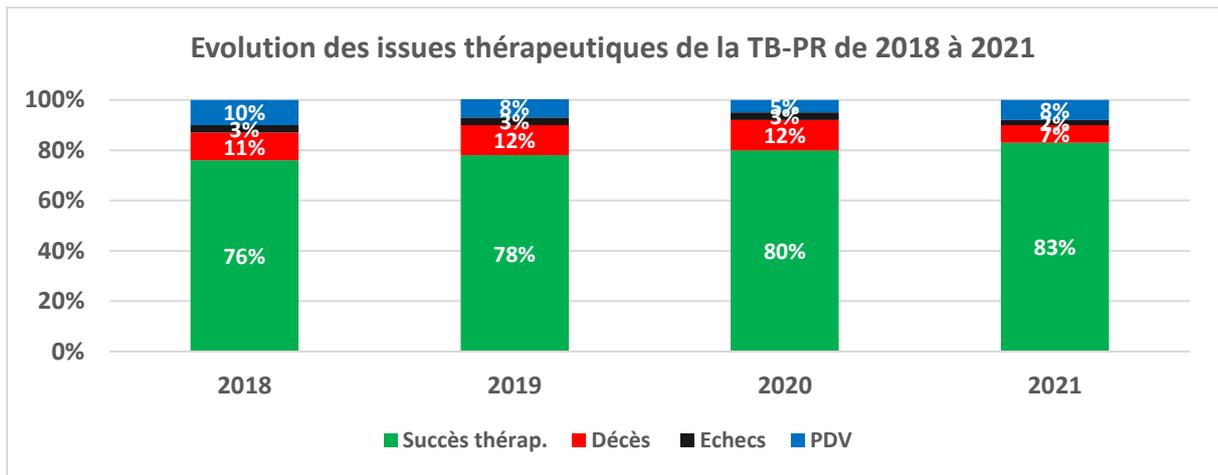
**Figure 8 :** évolution du délai de mise en traitement des patients TB-PR entre 2018 et 2021

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

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

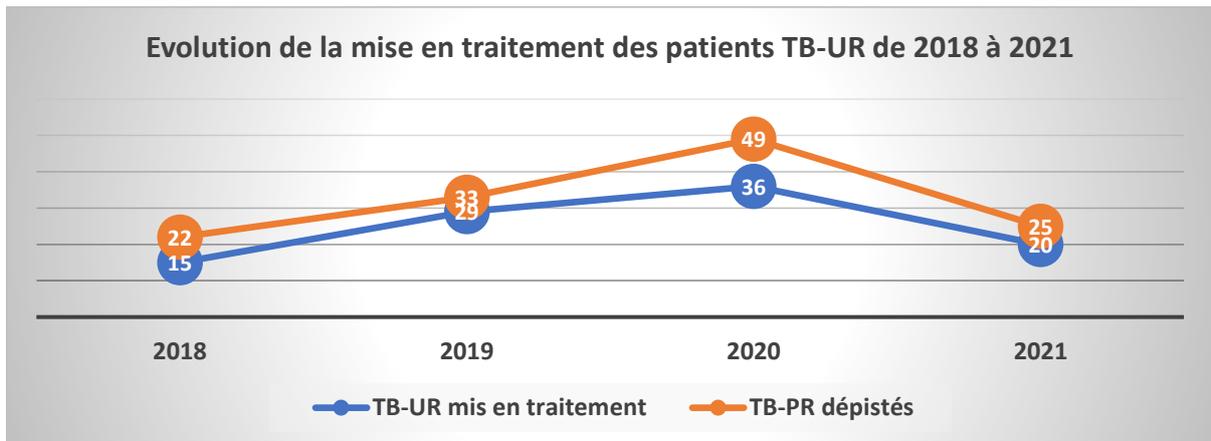
Le taux de guérison est catastrophique à 14% du fait que les dernières cultures de suivi ne sont pas réalisées à la fin du traitement.

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



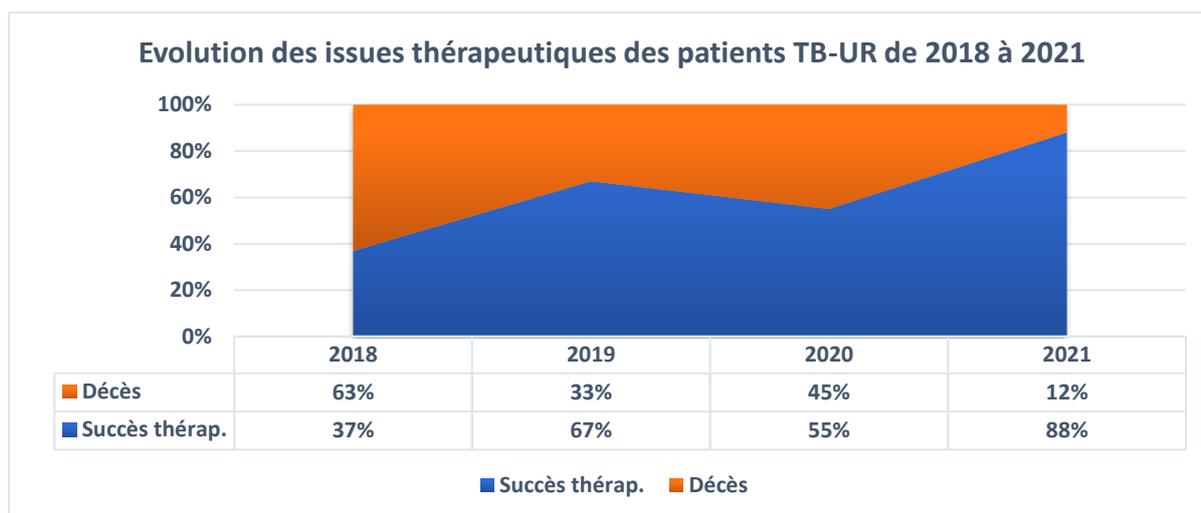
**Figure 9 :** évolution des issues des patients TB-PR entre 2018 et 2021

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



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

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



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

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

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

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

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

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

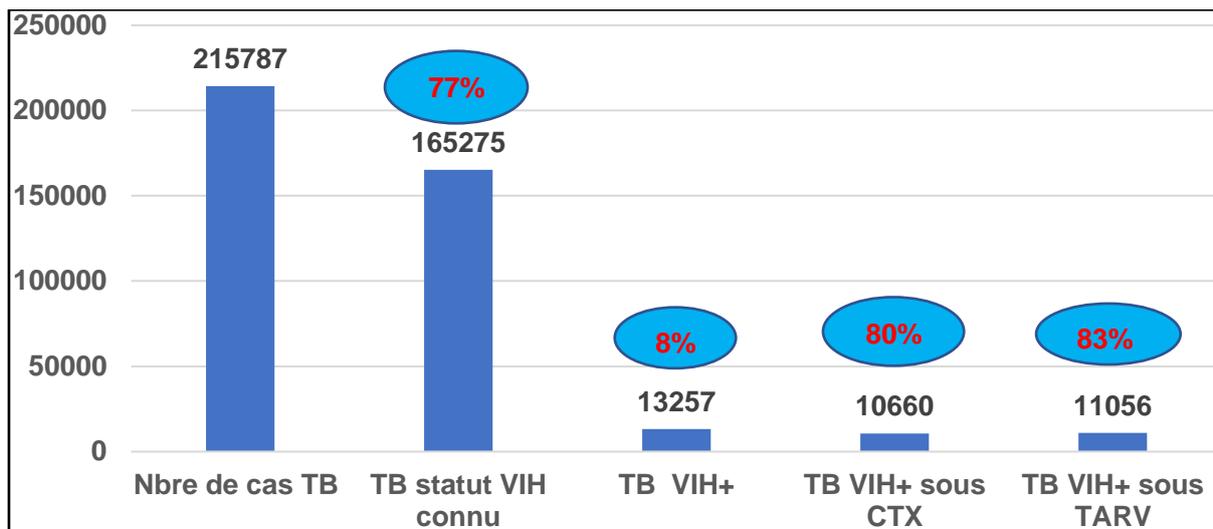
De façon générale, la gestion des effets indésirables est assurée par les cliniciens formés et supervisés dans les CDT. Cependant, les informations ne remontent pas systématiquement au PNLT ni au CNPV suite au défaut de rapportage lié à la faible utilisation de l'outil de collecte des données. Actuellement,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

### 1.3.9. Tuberculose et VIH

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

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

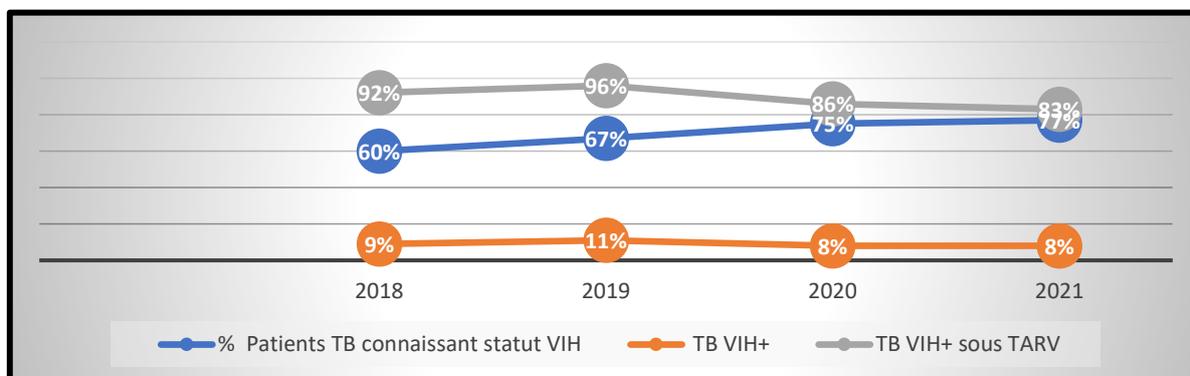
En RDC, la cascade de la coinfection TB-VIH en 2021 montre que 77% des patients connaissent leur statut TB-VIH. Parmi les testés au VIH, 8% sont Co infectés, 83% ont été mis sous TARV et 80% sous Cotrimoxazole.



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

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

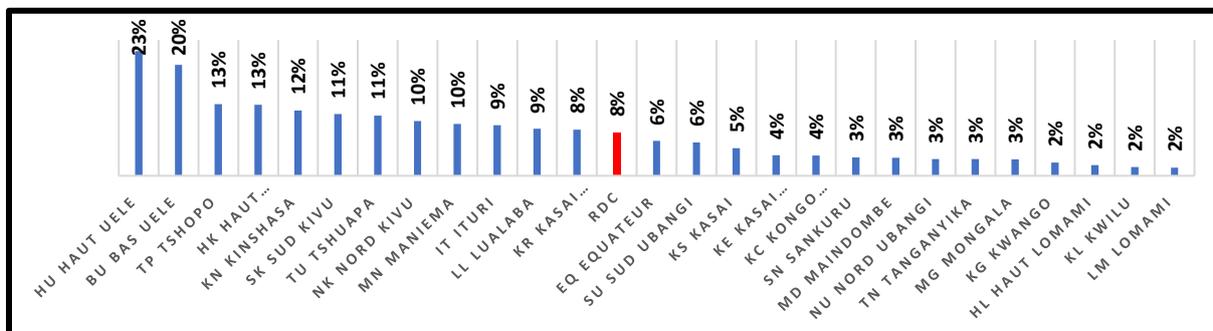
La proportion des patients tuberculeux positifs au VIH est passée de 9% en 2018 à 8% en 2021, après avoir été de 11% en 2019.



**Figure 13 :** Tendence de la cascade coinfection TB-VIH de 2018 à 2021

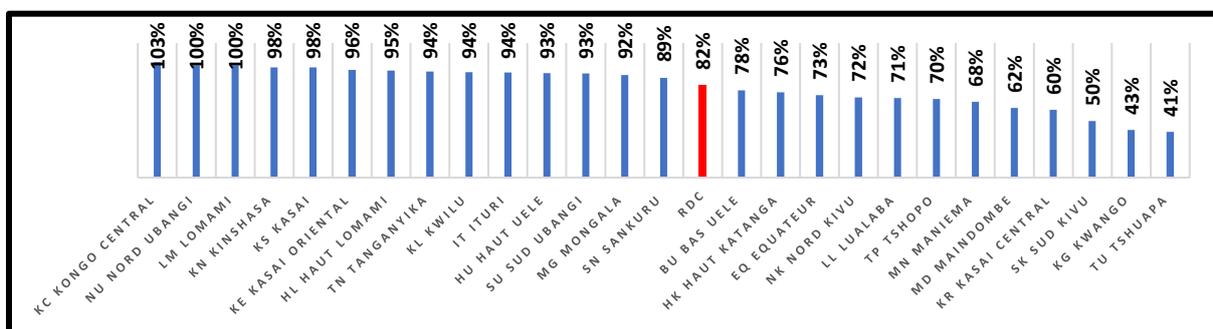
Bien que la proportion de patients tuberculeux avec le statut VIH connu soit faible au niveau national, certaines provinces ont enregistré des proportions nettement au-dessus de la

moyenne nationale en 2021. Par exemple, les provinces de Kongo Central, Sankuru, Haut Katanga, Nord Kivu et Kinshasa ont obtenu des proportions qui varient entre 90 et 100%, tandis que les provinces de Lualaba, Tanganyika, Kwango, Haut Lomami, Lomami, Sud Kivu et Bas Uele ont eu des proportions qui varient entre 80 et 90%, et celles de Kasai Central et de Kwilu ont obtenu 79%. Les provinces de l'équateur et du Kasai sont en deçà de la moyenne nationale et n'ont pas pu tester au VIH au moins 50% des patients TB.



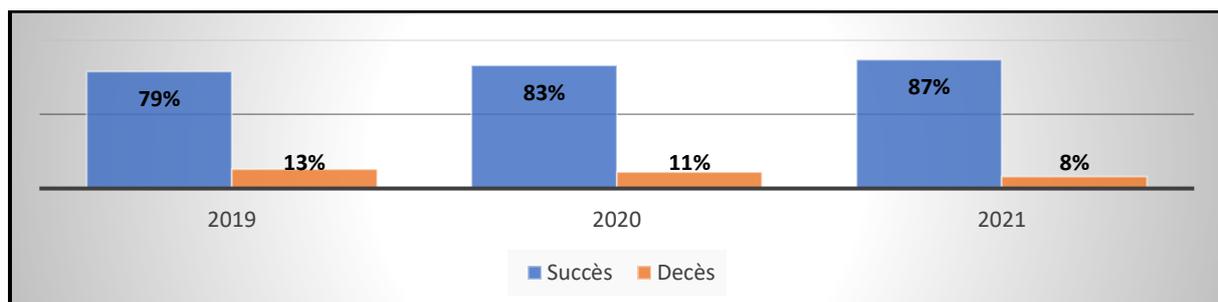
**Figure 14 :** Prévalence du VIH chez les patients TB par province

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



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

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



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

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

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

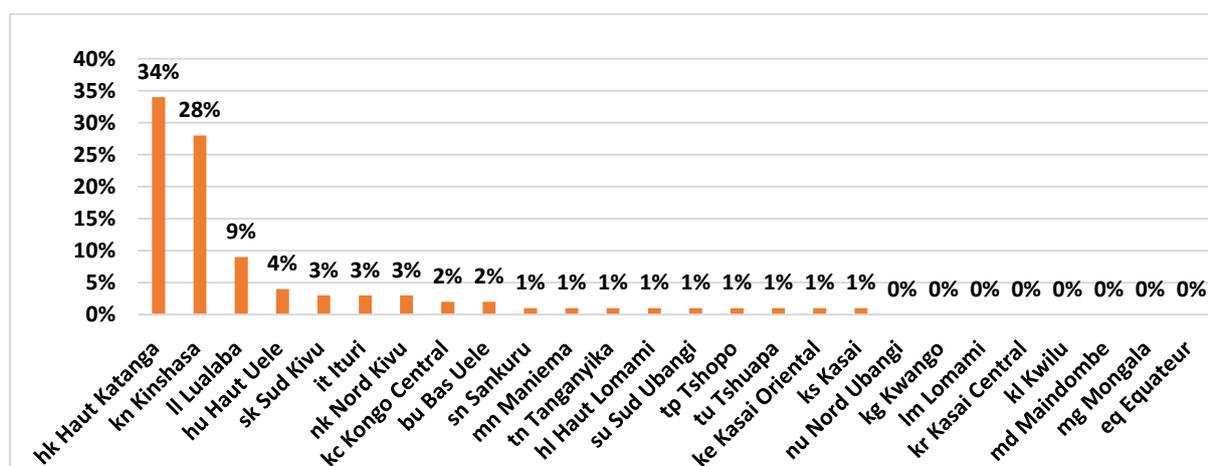
Concernant la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH, on note qu'en 2021, 22% de PVVIH n'ont pas été screenées à la TB. La prévalence de la TB chez les PVVIH est de 9%. Toutes les PVVIH TB+ ont été mises sous traitement antituberculeux.

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

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

	Nbre PVVIH Enrôlées	Nbre PVVIH Screenées	% PVVIH screenées	PVVIH TB+	% PVVIH TB+	PVVIH S/Anti-TB	% PVVIH S/Anti-TB
<b>2018</b>	277 978	134 990	49%	11 448	8%	8 357	73%
<b>2019</b>	89 297	86 876	97%	6 797	8%	5 778	85%
<b>2020</b>	107 468	80 630	75%	12 347	15%	10 567	86%
<b>2021</b>	100 500	78 473	78%	7 046	9%	7 046	100%

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



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

Les provinces de Haut Katanga (34%) et Kinshasa (28%) ont contribué à plus de 60% à la recherche active de la TB chez les PVVIH au niveau du pays en 2021. En effet, ces provinces

bénéficient de l'appui de plusieurs partenaires dans la mise en œuvre des activités de la coïnfection TB-VIH (USAID, PEPFAR). Elles ont aussi une bonne couverture des CDT ayant intégré le paquet VIH. Cependant, les autres provinces avec faible couverture en paquet VIH ont contribué à moins de 5%.

#### **1.3.10. TB et autres comorbidités**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le PNLT édite régulièrement les directives nationales et normes de lutte contre la TB à travers des Guides et manuels et utilise des manuels de procédure du Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévention. Tous ces Guides et documents doivent être imprimés et vulgarisés pour leur utilisation standardisée dans le pays.

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

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

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

- Malgré des efforts fournis ces dernières années pour une augmentation accrue des contributions des toutes les parties prenantes, y compris la partie gouvernementale de la RDC, les ressources restent globalement insuffisantes pour mener une lutte efficace.
- Le gros du budget de la lutte contre la TB est essentiellement couvert par l'apport des partenaires extérieurs dont le FM, l'USAID et Action Damien.
- Le montage institutionnel surtout en ce qui concerne la gestion programmatique financière du FM allant de l'écriture de la demande de subvention par les programmes à l'utilisation des fonds sur terrain. Ce montage semble plus favoriser les activités des PR par rapport aux activités des programmes constituant ainsi un obstacle à l'atteinte des résultats et des cibles attendues.
- La non-impression et non vulgarisation de plusieurs Guides et directives du programme
- Encadrement et accompagnements insuffisants des prestataires et acteurs de différents niveaux.
- Cadre organique du personnel quelque peu dépassé.
- Inexistence des mécanismes de rétention du personnel au niveau du PNLT
- Absence d'un plan de développement des ressources humaines Mettre en place

- Absence d'une stratégie de maintenance et un plan de renouvellement du matériel et équipements conformément à la durée de vie de chaque matériel dans le plan de consolidation de 5 ans
- Insuffisance des fonds pour les achats des médicaments et des intrants de laboratoire, avec un engagement politique du gouvernement très faible sur l'allocation d'un budget clair pour l'achat de médicaments antituberculeux, du matériel de laboratoire et intrants et pour le fonctionnement du programme.
- Inexistence d'une procédure transparente et commune sur le transport et la distribution des médicaments et intrants.
- Absence d'un guide/manuel national pour le transport et la distribution des produits de santé en incluant l'obligation de tenir compte des indicateurs de performance des transporteurs.
- Absence d'un plan de développement des activités PPM
- Malgré des budgets globalement insuffisants (couverture d'environ 43% des besoins ?) pour le fonctionnement de l'unité centrale, les niveaux d'absorption restent faibles (jusqu'aux justificatifs finaux).
- L'inexistence du plan de mobilisation de ressources financières pour la mise en œuvre du programme TB plombent lourdement les efforts vers l'atteinte des cibles.
- Faible capacité de générer l'information stratégique en temps réel.

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

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

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

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

Ainsi la Revue externe 2022 a noté les faiblesses suivantes :

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

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

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

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

Commentaires :

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

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

Plusieurs constats ont été faits pour chacun des objectifs, A. Les principaux constats par objectif, avec des difficultés rencontrées, et des recommandations pertinentes ont été formulées, à corriger dans le présent PSN.

Les détails peuvent être trouvés dans le **Rapport global de la Revue externe, novembre 2022**.

## II. PROBLEMES MAJEURS IDENTIFIES

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

1. Réseau de laboratoire de qualité insuffisante (Seulement 21% des patients TB a eu un accès au diagnostic moléculaire comme test initial et moins de 50% des patients TB a un accès aux tests de sensibilité de 1ère et 2ème ligne
2. 30% des patients ne sont pas notifiés (non dépistés) (GAP)
3. Un total de 23% patients TB (cas incidents) ne connaisse pas leur statut sérologique au VIH et 17% des patients TB/VIH+ ne sont pas mis au TAR ;
4. Une prévention insuffisante de la tuberculose chez toutes les personnes à risque (48% enfants <5 ans ; 23% PVVIH ; Proportion inconnue pour Enfants de 5-14 ans et Adultes à risque)
5. La lutte contre les autres comorbidités (COVID 19, Diabète, Etc.) pas bien structurée;
6. Le nombre des décès TB reste élevé (en 2021 : 4.575 décès survenus au lieu de 2.300 attendus) ;
7. Un faible taux de guérison de patients TB : pharmaco-sensible (58%) et TB PR (14%);
8. Faible capacité de production de l'information stratégique vitale et de qualité en temps réel ;
9. Faible capacité de gouvernance, coordination et de gestion du Programme ;
10. La faible capacité de pilotage de la lutte contre la TB (multisectorialité, partenariat, implication communautaire) ;

### III. ANALYSES DES GAPS PROGRAMMATIQUES

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

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

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

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

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

##### 3.1.2. Faibles capacités diagnostiques

Quelles en sont les **causes principales** ?

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

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

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

Les causes sont les suivantes :

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

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

Les causes sont les suivantes :

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

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

Les causes sont les suivantes :

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

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

Les causes sont les suivantes :

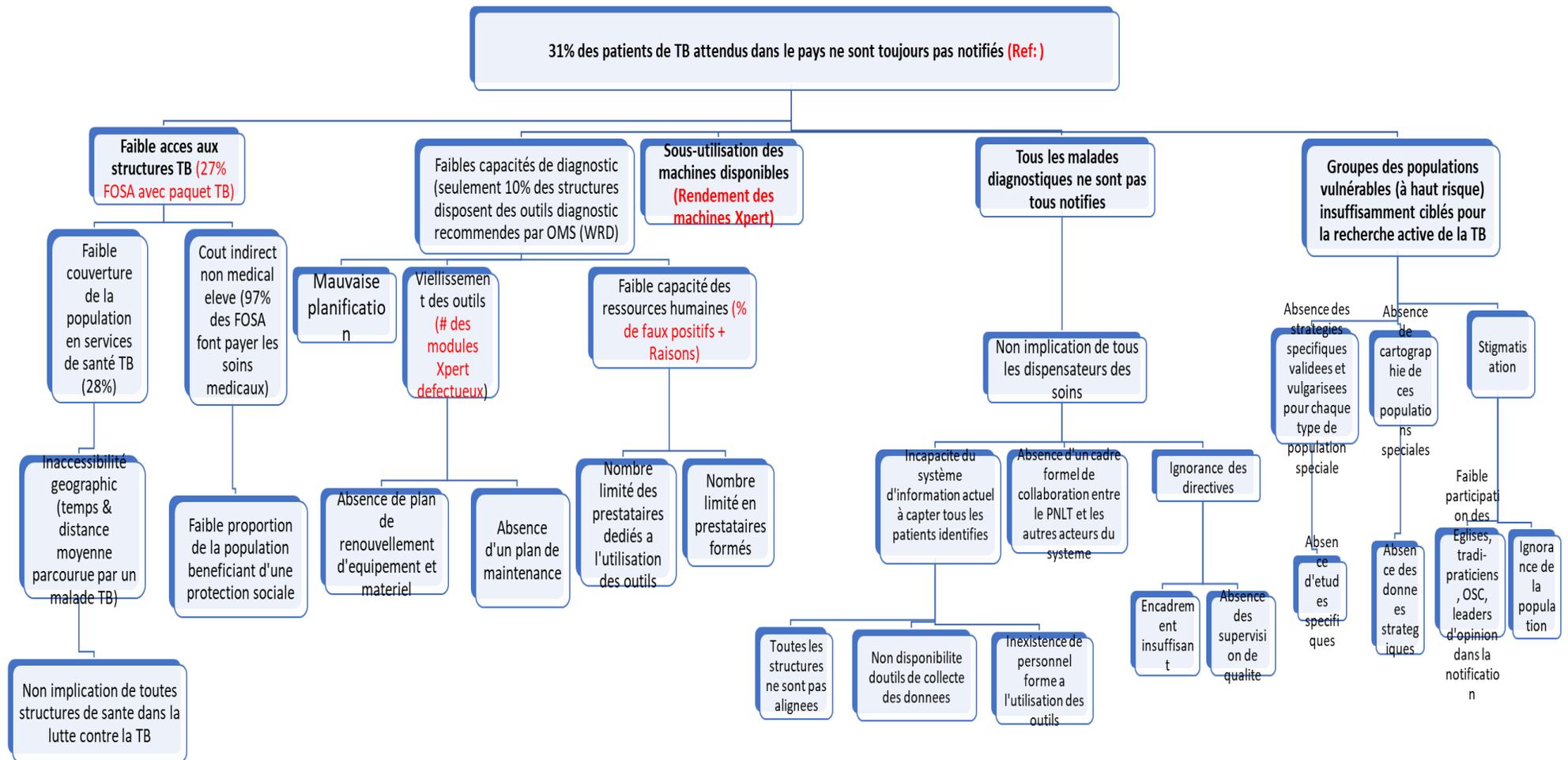
- Les directives sur la lutte contre la TB au niveau communautaire ne sont pas suffisamment vulgarisées suite au nombre limité des RECO formés dans les ZS
- La coordination des activités communautaires dans les provinces est insuffisante
- Le financement des activités communautaires est insuffisant suite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

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

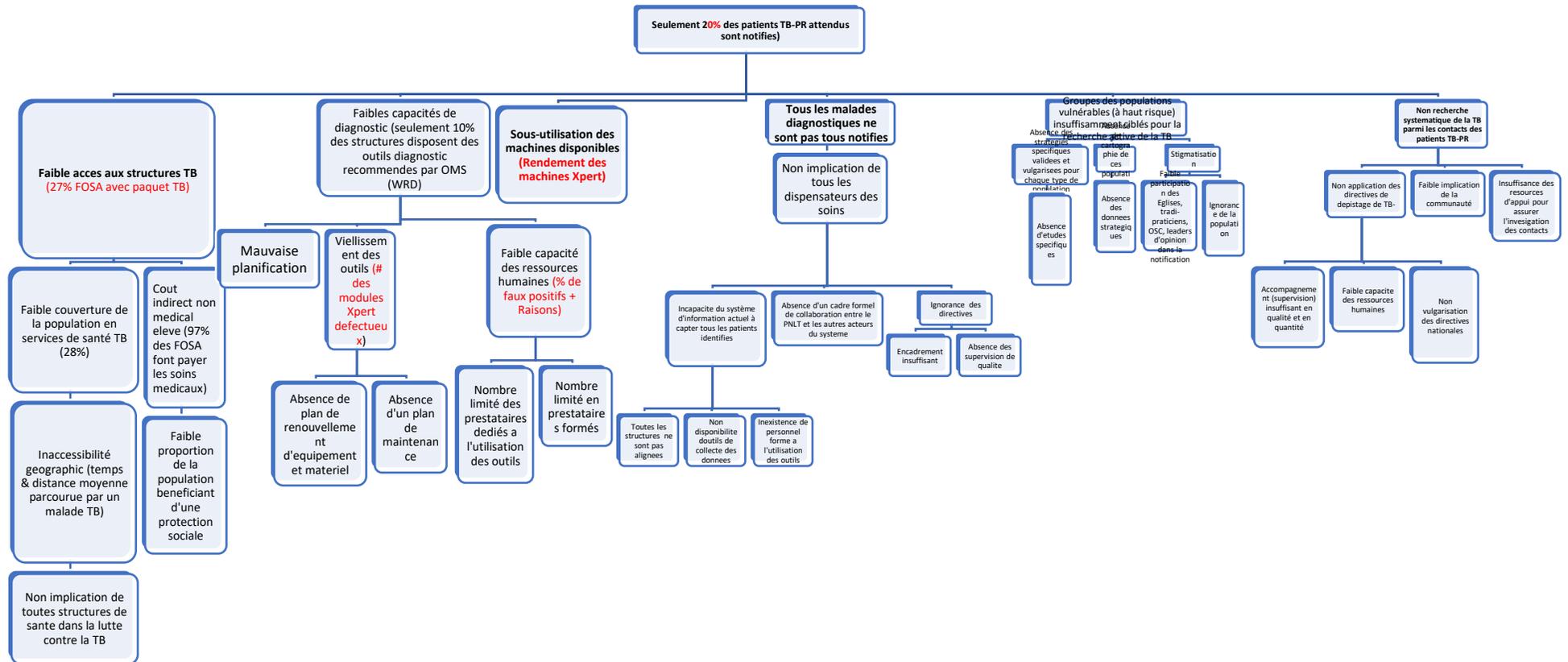
Les causes sont les suivantes :

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

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



**3.2.**



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

Quelles en sont les causes ?

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

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

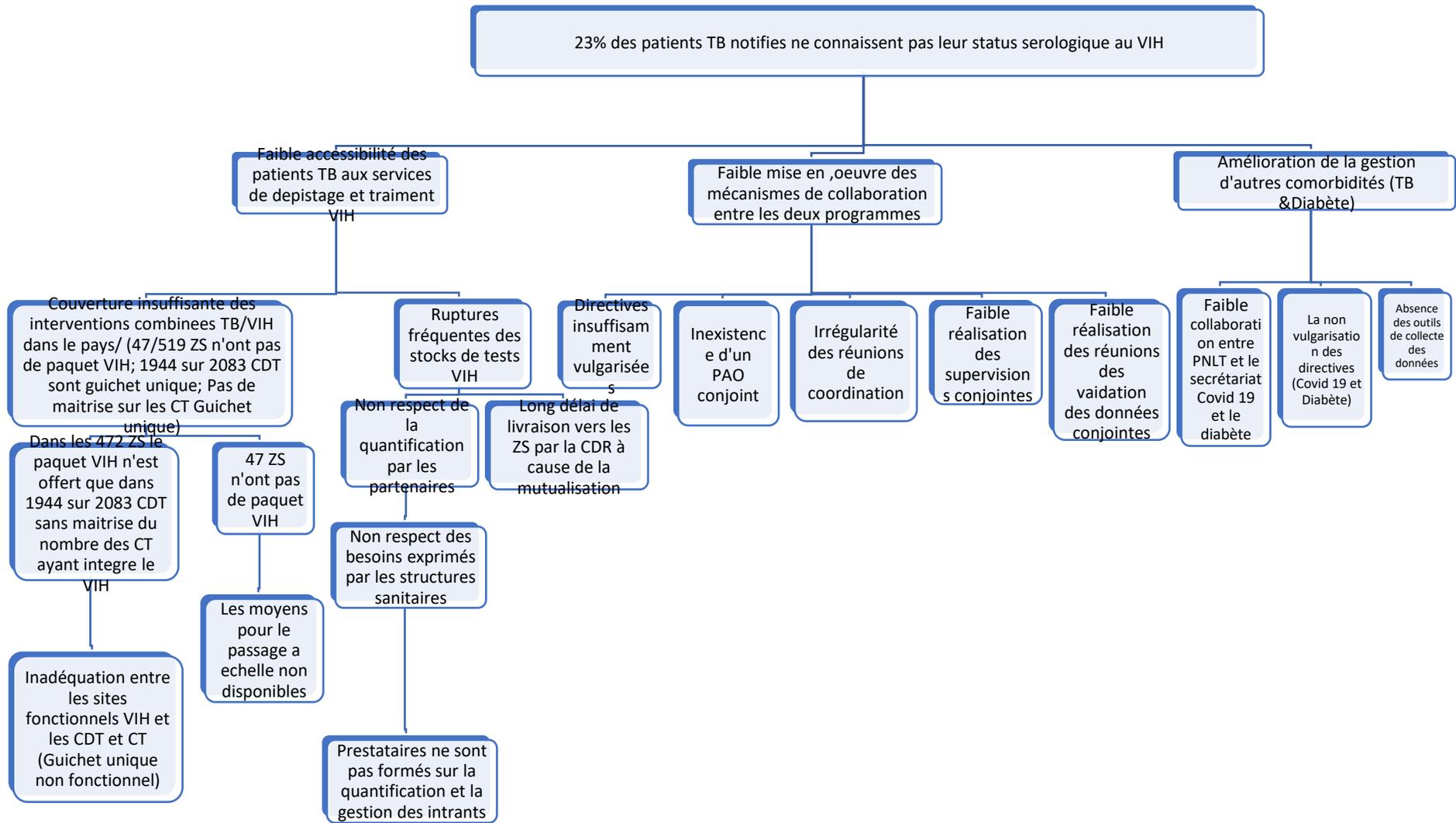
#### **3.3.2. Faible mise en œuvre des mécanismes de collaboration au niveau national et provincial à cause de :**

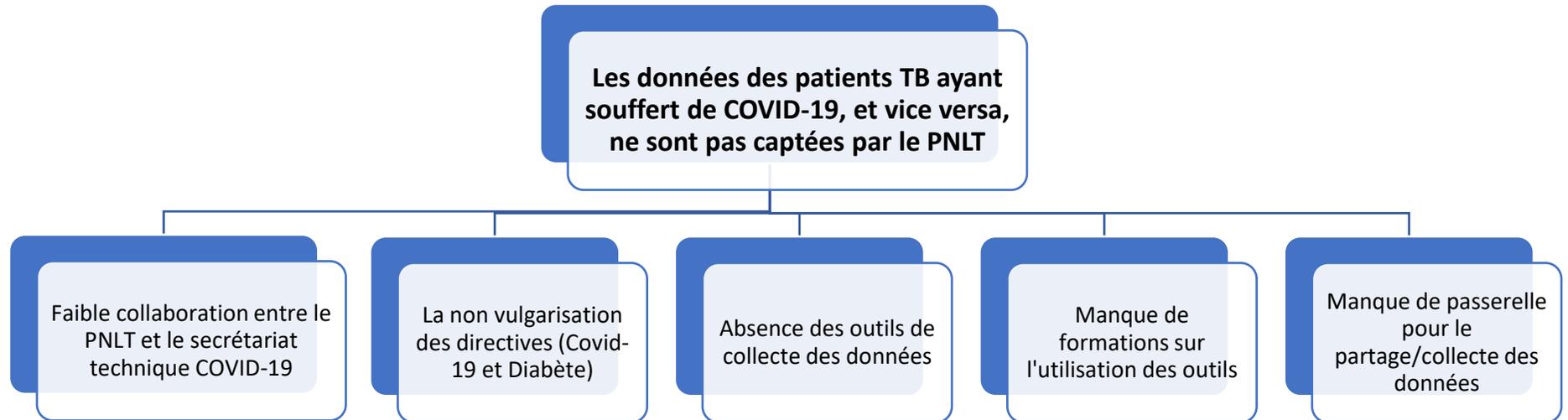
- Les directives sont insuffisamment vulgarisées
- L'inexistence d'un PAO conjoint (niveau national et dans certaines provinces), suite à :
  - L'irrégularité des réunions de coordination (Taskforce)
  - Faible réalisation des supervisions conjointes TB/VIH
  - Faible réalisation des réunions trimestrielles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

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

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

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



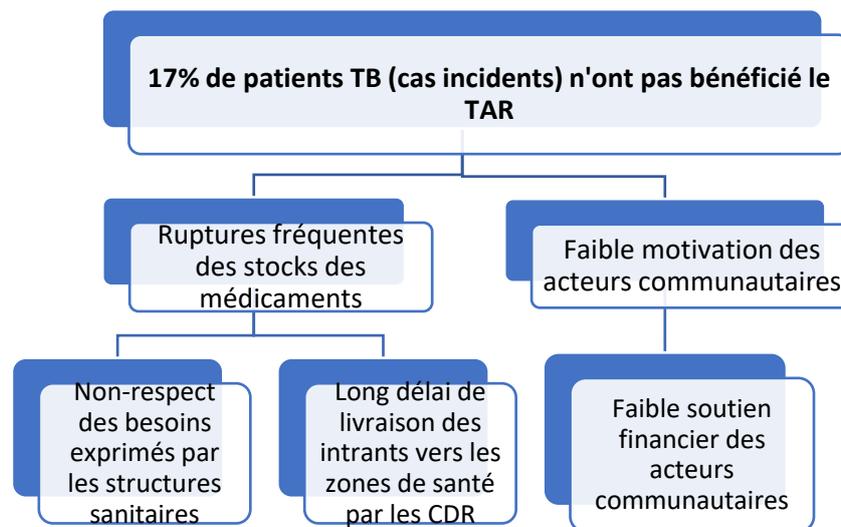


**3.4.**

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

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

Ceci est illustré dans le diagramme ci-dessous :



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

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

#### **3.6.1. Prévention insuffisante ITL**

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

Quelles en sont les causes principales :

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

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

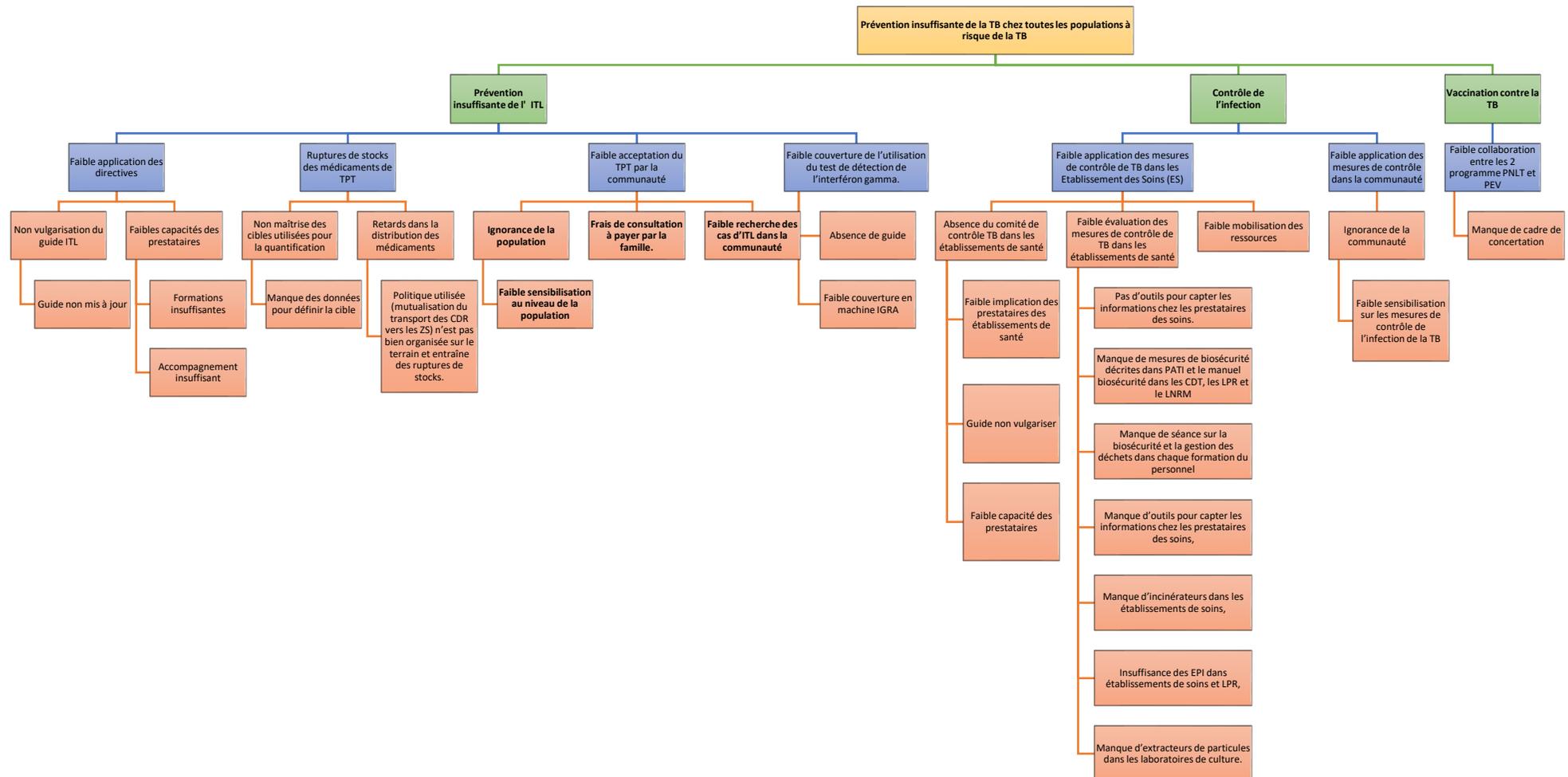
- Faible application des mesures de contrôle de TB dans les Etablissement des Soins (ES)
  - ✓ Absence du comité de contrôle TB dans les établissements de santé
    - Faible implication des prestataires des établissements de santé
    - Guide non vulgarisé
    - Faible capacité des prestataires
  - ✓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

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

### **3.6.3. Vaccination contre la TB**

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

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

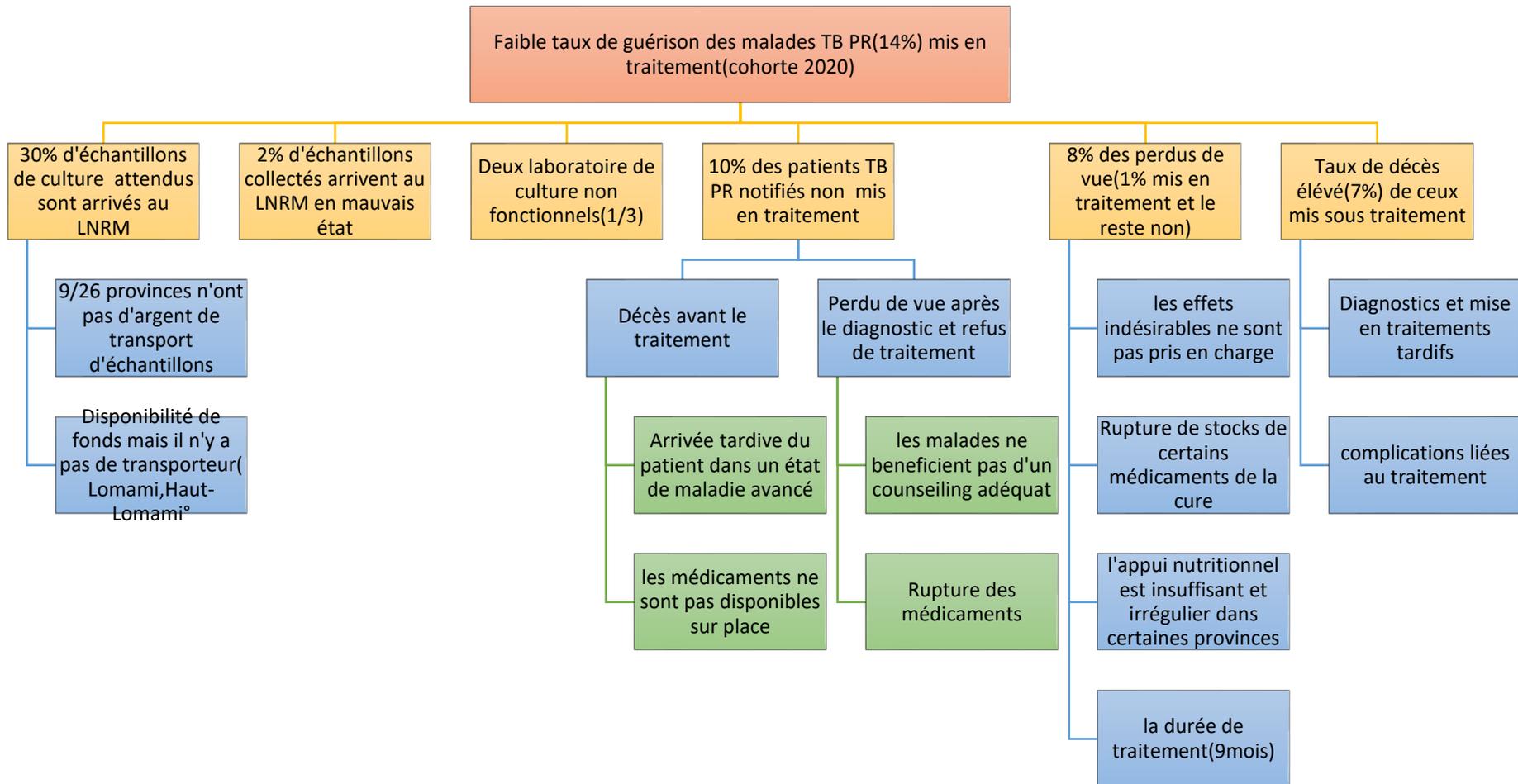


### 3.7. SEULEMENT 14% DES PATIENTS TB-PR NOTIFIÉS EN 2020 ONT ÉTÉ DÉCLARÉS GUÉRIS EN 2021

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

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

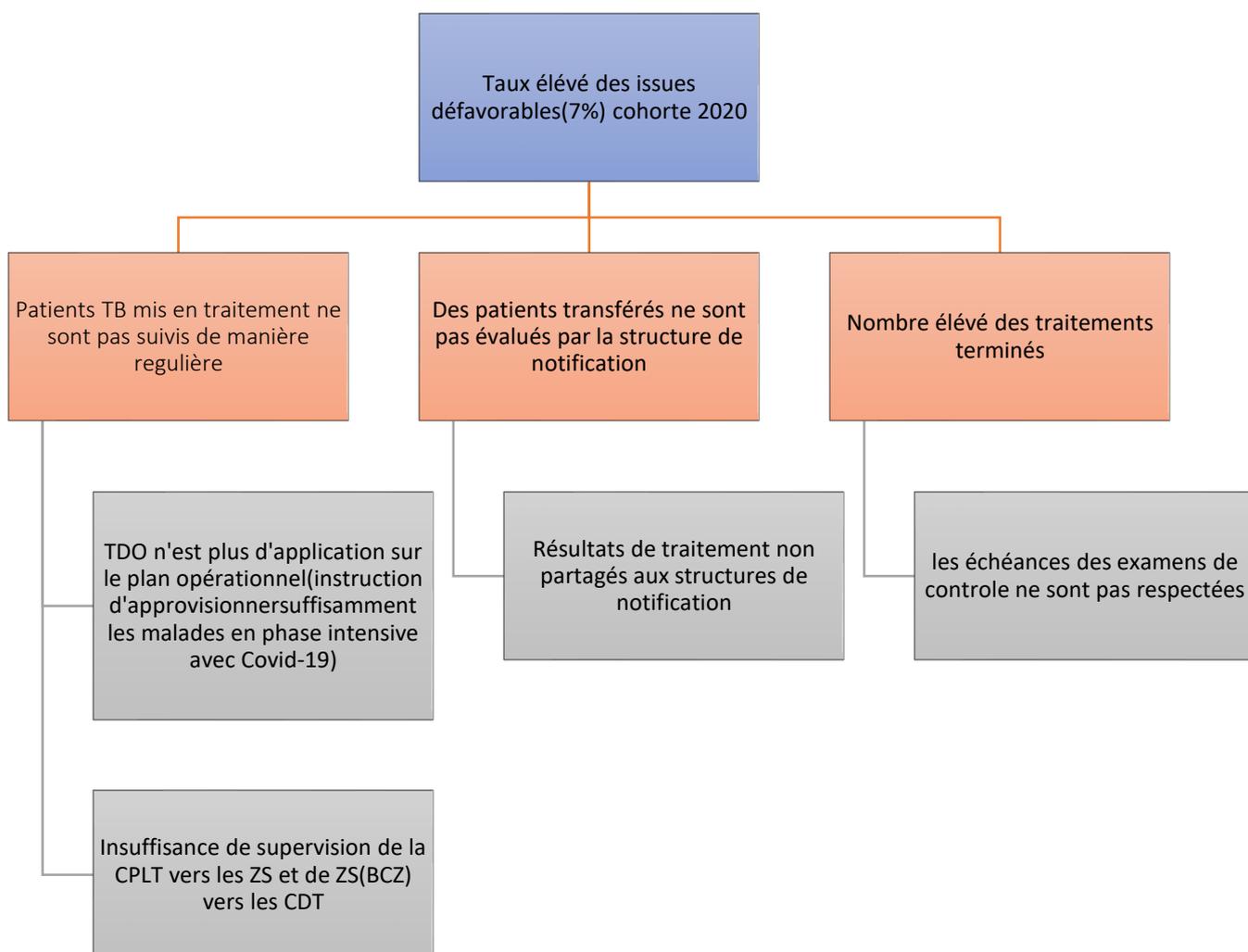
Tout ceci est illustré dans le diagramme ci-dessous.



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

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

Ceci est illustré dans le diagramme ci-dessous



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

#### **3.9.1. Absence d'un cadre stratégique**

Qui pourrait permettre la coordination des différents partenaires dans la lutte contre la TB en RDC (partenariat multisectoriel, intersectoriel, avec les PTF et ceux de mise en œuvre) TB.

Ceci a pour causes :

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

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

Ceci est dû au fait que :

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

b. Il y a des faiblesses sur la capacité institutionnelle du PNLT pour la mise en œuvre des différents cadres de concertation et task-forces :

- Les mécanismes de suivi de l'application des normes et directives de la TB ne sont pas mis en place ;
- la collaboration intersectorielle faible.
  - ✓ Cadres de concertation intersectorielle non officialisé ;
  - ✓ La mise en œuvre des actions conjointes pour agir sur les déterminants sociaux liés à la TB n'est pas effective

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

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

Les causes :

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

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

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

Avec comme causes :

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

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

### 3.9.5. Communication insuffisante sur la TB

Comme causes :

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

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

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

Ce gap a comme causes :

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

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

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

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

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

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

#### IV. DEFINITION DU CADRE PROGRAMMATIQUE DE PLANIFICATION

<b>VISION :</b> « <i>Un Congo (RDC) avec zéro décès, ni morbidité, ni souffrances des familles dues à la tuberculose à l'horizon 2035 par l'amélioration de l'accès aux soins de qualité à toute la population congolaise</i> ».	
<b>BUT :</b> <i>Contribuer à l'accélération du progrès vers la fin de l'épidémie de la TB en RDC par la réduction d'ici 2028 de l'incidence de la tuberculose de 318 à moins de 305 cas pour 100.000 habitants, du nombre des décès dus à la TB de 4.575 en 2021 à moins de 1.827, des coûts catastrophiques de 56% à 50% au niveau des familles avec des patients affectés.</i>	
<b>Cibles</b>	<b>Indicateurs d'impact</b>
<b>Cible 1 :</b> Contribuer à réduire de l'incidence de la tuberculose de 318 à moins de 305 cas pour 100.000 habitants d'ici 2028	Taux de l'incidence pour 100.000 habitants
<b>Cible 2 :</b> Contribuer à réduire 4.575 en 2021 à moins de 1.827 d'ici 2028	Taux de mortalité
<b>Cible 3 :</b> Contribuer à réduire la proportion des coûts catastrophiques de 56% à 50% au niveau des familles avec des patients affectés	Proportion de ménages
<b>OBJECTIFS D'ICI LA FIN DE L'ANNEE 2028 :</b>	
<b>Cibles</b>	<b>Indicateurs des résultats</b>
<b>Objectif 1 :</b> Notifier un total de 1.714.638 cas de TB TTF, parmi lesquels 1.695.885 cas incidents TB-Pharmaco sensibles dont 300.247 enfants (17%), et 22.911 patients TB-Pharmaco résistants.	1.1. Nombre des cas incidents notifiés 1.2. Proportion d'enfants TB notifiés 1.3. Nombre des patients TB-PR notifiés
<b>Objectif 2</b> Traiter avec succès 95% des patients TB cas incidents notifiés	2. Taux de succès thérapeutique
<b>Objectif 3 :</b> Guérir au moins 70% des patients TB-PR notifiés.	3. Taux de guérison des patients TB-PR
<b>Objectif 4 :</b> Tester au VIH 100% des patients TB	4. Proportion des patients TB cas incidents connaissant leur statut sérologique au VIH
<b>Objectif 5 :</b> Mettre sous TAR 100% des patients TB-VIH+ notifiés	5. Proportion des patients Co-infectés TB/VIH notifiés mis sous TAR
<b>Objectif 6 :</b> Mettre sous TPT 95% des personnes/cibles éligibles	6. Proportion d'enfants de moins de 5 ans, de PVVIH et autres personnes à risque éligibles mis sous TPT
<b>Objectif 7 :</b> Réduire les obstacles liés aux Droits humains et au Genre entravant l'accès aux services de lutte contre la TB	7. Proportion femmes (âgés ≥15 ans) ayant développé la Tuberculose

<b>Objectif 8</b> : Améliorer le pilotage, le partenariat, la coordination, la gouvernance et la gestion du programme de lutte contre la TB en RDC	8.1. CNMLT fonctionnel 8.2. Proportion des Réunions de Coordination/Concertation tenues au niveau PNLT
--	---

#### **4.1. PRINCIPAUX AXES STRATEGIQUES RETENUS DANS LE PSN 2024-2028 :**

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

N°	Axes stratégiques	Actions principales	Commentaires sur les actions à mener
1	<b>Dépistage et diagnostic de la tuberculose</b>	Décentralisation du dépistage en améliorant l'accès de la population et l'offre des services impliquant le public, le privé et la communauté (CDT à augmenter et maîtrise des CT avec une constellation en réseau autour des CDT)	Le PNLT a la maîtrise sur les CDT fonctionnels dans les ZSQ, mais le réseau des CT autour des CDT l'est beaucoup moins. Un accent sera donc mis sur la maîtrise du réseau CDT/CT dans toutes les ZS de chaque CPLT, en assurant le paquet d'activités complet des CDT et paquet minimum d'activités des CT.
		Dépistage systématique de la TB chez toutes les personnes les plus à risque (populations clés et vulnérables) avec les moyens recommandés par l'OMS : outil de diagnostic moléculaire et RX numérique avec DAO, utilisation échantillons des selles pour Xpert chez les enfants (<5 ans)	En dehors du dépistage de routine dans les FOISA (CDT&CT), des efforts particuliers vont être faits pour y appliquer des approches novatrices de recherche plus poussées des cas qui ont fait leurs preuves (par exemple Approche qualité), mais aussi pour des recherches plus actives des cas TB dans les groupes ciblés comme les contacts des patients TB+ (TB-PS et TB-PR), les PVVIH, les enfants (particulièrement ceux <5 ans), les prisonniers, mineurs artisanaux et industriels, les déplacés internes et les réfugiés, populations pauvres dans la périphérie des villes (bidonvilles)
		Plan pluriannuel visant à garantir l'utilisation universelle des tests moléculaires rapide en première intention pour le diagnostic chez les présumés TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à jour régulière de la cartographie des outils moléculaires, en actualisant les sites, tout en maintenant en fonction les différents modules</li> <li>- Optimisation de l'utilisation des appareils avec un renforcement du système de transport des échantillons à partir des CT et CDT vers les sites avec machines, disponibilité permanente des cartouches et fonctionnement des modules, machines dans un local avec climatisation et avec une source d'énergie continue fiable (solaire ou électricité sûre....)</li> <li>- Recherche des fonds additionnels pour couvrir des nouvelles zones de santé en outils moléculaire selon la cartographie du PNLT et une analyse des priorités (zones à forte charge de TB et du VIH, accessibilité géographique, présence des populations clés et vulnérables, etc.).</li> <li>- Monitoring trimestriel de la réalisation des tests moléculaires chez les nouveaux patients</li> </ul>
		Toutes les personnes atteintes de TB confirmée bactériologiquement subissent au moins un test de résistance à la rifampicine ; celles atteintes de tuberculose résistante à la rifampicine subissent des examens supplémentaires pour exclure une résistance à d'autres médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La directive nationale déjà édictée par le PNLT sera largement d'application : réaliser les tests Xpert ou TrueNAT (résistance à la R) à tous les patients TB bactériologiquement confirmés (microscopie ou TB-LAMP éventuel)</li> <li>- Optimisation de l'utilisation des appareils GeneXpert 10 couleurs (106 disponibles en fin 2023) avec une mise à disposition des cartouches XDR-TB et le renforcement du système de transport des échantillons et avec la vulgarisation des algorithmes auprès des prestataires</li> </ul>
		Amélioration qualitative et quantitative du Réseau de laboratoire qui doit fonctionner efficacement avec notamment un bon accès au dépistage, un système fonctionnel de transport des échantillons, des solutions de connectivité pour le rendu des résultats, stratégie d'entretien et de maintenance des équipements, la biosécurité, la bio sûreté et un système d'approvisionnement ininterrompu en réactifs, cartouches et autres consommables, l'assurance qualité de tous les aspects des réseaux (microscopie, biologie moléculaire, cultures, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement du transport des échantillons dans toutes les provinces</li> <li>- Renforcement de la couverture du logiciel de connexion des machines de diagnostic moléculaire (Data to care fonctionne déjà à Kinshasa et bientôt au Kongo Central, sera étendu aux autres provinces) pour la circulation de l'information et le rendu des résultats...</li> <li>- Renforcement du CQ de la microscopie, biologie moléculaire et culture (EQA, panel tests, ...)</li> <li>- Renforcement de l'approvisionnement en tests, réactifs et autres intrants de laboratoire</li> <li>- Renforcement des 3 laboratoires de culture (Faire remarquer les LPRM de Lubumbashi et Kisangani)</li> <li>- Renforcement de tout le réseau en biosécurité et bio sûreté</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Obtention de l'accréditation du LNRM au bout d'ici les 3-5 prochaines années</li> </ul>
		Disponibilité ininterrompue des cartouches, réactifs et consommables de laboratoire aux sites des examens pour éviter toute rupture de stock	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien aux activités du GAS, renforcement des approvisionnements</li> <li>- Fonctionnement du GTM (Groupe de travail Médicaments et intrants en province), avec suivi des activités dans les CDR</li> <li>- Frais GAS assurés pour le stockage et la distribution à partir du PNLT, CDR jusqu'aux sites de dépistage/diagnostic</li> <li>- Inventaires périodiques et transmission des informations et données sur les consommations moyennes mensuelles sur les sites de dépistage et de traitement</li> </ul>
		Elaboration d'une stratégie de maintenance et de renouvellement des équipements et du matériel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de maintenance et de remplacement des modules non fonctionnels dans le meilleur délai avec un suivi régulier du respect du contrat de maintenance</li> <li>- Entretien périodique avec check list, maintenance préventive et curative...</li> <li>- Mise en place des superviseurs IT provinciaux qui auront le rôle de faire le suivi de la maintenance dans leur CPLT (décentralisation des tâches de maintenance préventive)</li> <li>- Elaboration des rapports périodiques avec exploitation de l'information stratégique sur le fonctionnement des machines et des modules.</li> </ul>
2	Traitement de la tuberculose	Délai de mise en traitement	Le PNLT va insister sur la célérité qu'il faudrait pour mettre en traitement tout patient notifié au plus tard 7 jours après le diagnostic. Pour cela les préalables devraient être réunis : disponibilité des médicaments en cures complètes, examens pré thérapeutique pour les patients TB-PR, etc. Cet indicateur de processus devra être monitoré mensuellement.
		Préalables pour mise en traitement	Réalisation effective des <b>bilans pré thérapeutiques</b> pour les patients TB-PR. Patient enregistré dans le registre de la TB ou TB-PR, fiche de suivi et carte de RDV, disponibilité des médicaments en cures complètes, réalisation des examens recommandés avant tout traitement
		Disponibilité ininterrompue des médicaments spécifiques et médicaments des EIM au dernier kilomètre pour éviter toute rupture de stock (site de traitement des patients)	Gestion suivi du GAS, bonne quantification, commandes et suivi des commandes, gestion des données de consommation et inventaires périodiques réguliers.
		Elaboration de la politique nationale de prise en charge des populations clés et vulnérables et d'un plan national de renforcement de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.	Un Guide pratique sera élaboré pour avoir plus d'informations et des données sur chaque type de ces PCV selon les spécificités, et une cartographie de chacune d'elles sera élaborée
		Formulation des médicaments adaptés aux enfants ; schéma de traitement de 4 mois pour les cas bénins de TB chez l'enfant	Les schémas de traitement de 4 mois pour les formes de TB bénigne chez l'enfant sont déjà repris dans le Guide PATI-6. C'est leur utilisation sur le terrain qui va être accélérée.
		Pour TB-PR : régimes entièrement oraux plus courts ou individualisés plus longs tels que recommandés par l'OMS	Les schémas BPaLM et BPaL sont aussi déjà d'utilisation sur le terrain avec le projet iNTP Un plan de transition vers le schéma court de 6 mois sera élaboré dès 2023 et les approvisionnements pour les secondes lignes dans le GC7 alignées à ces nouvelles recommandations.

		TDO communautaire et piluliers + autres incitatifs pour améliorer l'adhérence et l'observance du traitement	Les piluliers aideront les patients à prendre leurs médicaments tels que prévu avec possibilité de vérification et de suivi
3	Suivi des patients	Réalisation effective des <b>bilans de suivi</b> des patients TB-PR. Réalisation effective des <b>contrôles bactériologiques</b> par les patients TB-PS afin de diminuer le fort taux de traitements terminés au profit du taux de guérison Réalisation effective des <b>cultures de départ et de suivi</b> aux échéances chez les patients TB-PR afin de relever le taux des patients réellement guéris. Mise en place des Incitatifs et appuis sociaux et psychologiques aux patients afin d'améliorer l'observance du traitement. Services décentralisés ambulatoires, communautaires et à domicile pour la plupart des cas et hospitalisation exceptionnelle dans des centres appropriés pour quelques cas graves et/ou avec complications	le PNLT prévoit d'améliorer le taux de guérison avec l'implication communautaire et la disponibilité permanente et ininterrompu du traitement au niveau des sites, en intensifiant les stratégies suivantes : 1) disponibilité des médicaments et introduction du schéma de 4 mois (2RHZE/2RH) pour les formes bénignes de TB chez les enfants ; 2) soutien à l'observance du traitement dans les CDT/CT et au niveau communautaire; 3) renforcement de la réalisation des contrôles bactériologiques durant le traitement; 4) réunions semestrielles de la plate-forme frontalière pour le suivi du traitement des patients TB vivant le long des frontières.  Sur le GC7, quatre régimes seront utilisés selon les critères d'éligibilité des patients : schéma BPaLM 6 mois (prévu à partir de 2024), le BPaL pour les pré-XDR (introduit en 2022) ; schéma court de 9 mois entièrement oral avec la Bédaquiline (introduit depuis 2018) ; schéma long individualisé. Le PNLT prévoit d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients TB-PR à travers : 1) l'achat et la distribution des médicaments au dernier Km ; 2) le pré-positionnement des cures dans les sites de prise en charge ; 3) la décentralisation du traitement de la TB-PR et la poursuite de la prise en charge ambulatoire ; 4) la simplification et adaptation du bilan pré-thérapeutique ; 5) le renforcement du suivi pendant le traitement, y compris les cultures 6) le soutien au patient avec la réalisation du bilan initial et de suivi, les kits nutritionnels et le remboursement de transport; 7) l'utilisation des nouvelles technologies (piluliers intelligents) et le renforcement de l'appui communautaire; 8) la mise à disposition des médicaments de gestion des effets indésirables et le renforcement de l'aDSM ; 9) le renforcement des capacités des prestataires à travers les audits cliniques.
		Amélioration de la surveillance des traitements, la gestion des événements indésirables et la pharmacovigilance / aDSM.	Des outils doivent être mis à disposition pour le rapportage des EIM
4	Prévention de la tuberculose	Prévention par la vaccination selon les directives du Programme élargi de vaccination	Voir Programme Elargi des Vaccinations
		Élargissement progressif des cibles actuelles (enfants de moins de 5 ans et PVVIH éligibles) à d'autres cibles : enfants de 5 à 14 ans et adultes les plus à risque	- Utilisation, d'algorithmes pour l'investigation de la TB au niveau des groupes à haut risque (contacts étroits enfants de < 5 ans, 5-14 ans, Adolescents et Adultes, PVVIH ; recherche active des cas au niveau des autres populations vulnérables/à risque comme les prisonniers, les déplacés/réfugiés, mineurs artisanaux et industriels, etc...) - Scaling-up des recommandations nationales sur l'utilisation des régimes 3HP, 3RH. - Renforcement de l'investigation des contacts et de la couverture du TPT chez les enfants contact de moins de 5 ans éligibles - Renforcement de la couverture en TPT chez les PVVIH. - Mis à jour et vulgarisation du guide ITL. - renforcement du suivi des sujets sous TPT. - Extension des cibles pour le TPT chez les contacts de plus de 5 ans (dans le PAAR).
		Diagnostic et traitement précoce des cas TB	TPT dès qu'une TB évolutive est exclue
		Prévention et contrôle de l'infection	Application des mesures environnementales, collectives et mesures de protection individuelle...

5	<b>Amélioration du leadership et de la gouvernance</b>	Pilotage multisectoriel	<p>Le financement de la santé par les apports nationaux et locaux sont est un défi majeur et une priorité de premier plan. La communauté et la société civile doivent s'investir là-dedans avec des plaidoyers forts et répétés.</p> <p>Le PNLТ veillera désormais à importer ses Guides et Directives, les vulgariser afin qu'ils soient à portée des prestataires.</p> <p>La connectivité est indispensable pour le rapportage, la promptitude et la complétude des rapports et données.</p> <p>Une liste des sujets prioritaires sera établie pour des sujets prioritaires de recherche opérationnelle</p>
		Partenariat dans la lutte	
		Plaidoyer pour la facilitation du décaissement du financement de l'Etat (Gouvernements central et provinciaux) et exploration d'autres sources de financement en faveur du PNLТ.	
		Vulgarisation des directives et des normes sur le terrain et diffusion des rapports épidémiologiques	
		Elaboration d'un plan de développement des ressources humaines ainsi que des mesures de rétention des experts du programme.	
		Mobilisation des financements de l'Etat pour l'achat d'au moins 50% des besoins en médicaments et autres produits de santé.	
		Renforcement de la dynamique communautaire : collaboration avec les organisations communautaires, des malades, les prestataires des soins du secteur public et privé et les organisations de la société civile à la gestion de la tuberculose.	
		Système de Suivi&Evaluation, Information sanitaire, Connexion internet (modems Wifi et forfaits) dans les zones à difficultés d'accès pour la saisie des données dans le DHIS2 et formation des agents de saisie.	
6	<b>Obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge</b>	Elimination ou limitation/réduction	<p>Mobilisation et plaidoyer des communautaires en faveur des droits humains</p> <p>Garantie d'application des droits fondamentaux</p> <p>Elimination de la stigmatisation et de la discrimination des patients ou présumés TB</p> <p>Amélioration des lois et règlements</p> <p>Amélioration de l'accès à la justice</p> <p>Education juridique</p>

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

#### 4.2. CADRE PROGRAMMATIQUE : TABLEAU DES INTERVENTIONS, ACTIVITES PRINCIPALES ET SOUS -ACTIVITES

Objectifs	Module	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothèses & Commentaires	2024	2025	2026	2027	2028
<b>Notifier un total de 1.714.638 cas de TB TTF, parmi lesquels 1.695.885 cas incidents TB-Pharmaco sensibles dont 300.247 enfants, et 22.911 patients TB-Pharmaco résistants.</b>	<b>Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose Pharmaco sensible</b>	1.1. Amélioration de l'accès aux services TB pour la population (extension de la couverture en activités TB ou de l'offre)	1.1.1. Intégrer les activités TB dans 1.031 ESS additionnels, parmi lesquels 20% des structures privées soit 262	(i) Achat de : 1.031 microscopes à acquérir Petit matériels de labo (crachoirs, lames, lampes à alcool, etc.)-budget GAS/GC7 (iii) Formation de 2 personnes x 1031 CDT x 3 jours	x				
			1.1.2. Organiser des sessions de briefing/recyclage des prestataires sur les algorithmes de PATI-6 à appliquer	Recyclage local de 3 jours sur PATI-6 pour 2 personnes par CDT x 2595=5190	x	x	x		
			1.1.3. Rationaliser au moins 6.000 CT et leurs activités autour des CDT	Briefing de 2 personnes par CT x 6.000 CT pour 1 jour	x	x	x		
			1.1.4. Acquérir 1.300 microscopes pour extension du réseau CDT et remplacement de ceux défectueux	1.300 dont 1031 pour les nouveaux CDT et 269 de remplacement	x	x	x		
			1.1.5. Acheter les petits matériels de laboratoire pour la microscopie,	Voir Quantification GAS (Sentime et Mariette)	x	x	x		
			1.1.6. Approvisionner en consommables et réactifs de laboratoire	Idem	x	x	x	x	x
			1.1.7. Mettre en œuvre l'approche qualité (sur base de l'expérience pilote) dans 20 provinces à forte charge TB	30 ESS par province dans 8 provinces GC7 et idem dans 12 autres provinces (à mobiliser)	x	x	x	x	x
		1.2. Extension du diagnostic moléculaire rapide dans le pays	1.2.1. Actualiser la cartographie des machines de GeneXpert et TrueNat	Réunion de travail d'un jour au PNLT, pause-café pour 20 personnes au PNLT	x	x	x	x	x
			1.2.2. Acquérir de nouveaux outils de diagnostic moléculaire	Achat de 170 machines Xpert 10 couleurs et 300 Truenat	x		x		x
			1.2.3. Acheter des cartouches GeneXpert et Truenat	Voir Quantification GAS (Sentime et Mariette)	x	x	x	x	x
			1.2.4. Etendre la recherche active de la TB chez l'enfant dans les selles à l'aide du GeneXpert dans les provinces de Kinshasa, Kongo central, Haut-Katanga, Kasai Oriental, Lualaba, Sud Kivu, Kwilu et Nord Kivu)	Formation de 2 jours pour 2 personnes par site Xpert x 341 sites	x	x	x	x	x

		1.2.5. Assurer la connectivité des machines GeneXpert et LNRM pour la communication rapide du diagnostic (sans délai)	Logiciel Data To Care					
		1.2.6. Elaborer un plan de maintenance, entretien et remplacement des équipements de laboratoire	1 Mission d'AT internationale et nationale de 15 jours, avec l'organisation d'un atelier de 15 personnes (Formateurs nationaux I.T. et Log) pour 6 jours de l'UC/PNLT) ; Guide et Directives de maintenance ; Plan opérationnel	x				
		1.2.7. Mettre en œuvre le plan de maintenance des équipements	Former 1 personne ressource dans chaque province : 27 personnes ressources x 3 jours 1 Mission trimestrielle de suivi sur site Xpert/Truenat pour l'IT provincial ; et 1 mission nationale annuelle par province	x	x	x	x	X
1.3. Amélioration de l'accès au diagnostic de qualité à toutes les personnes dans le besoin (microscopie, outil moléculaire, Rx numérique DAO)	1.3.1. Réhabiliter les LPR	15 LPR		x	x	x	x	X
	1.3.2. Equiper les LPR	27 LPR		x	x	x	x	X
	1.3.3. Acquérir des appareils Rx numériques (fixes, mobiles et portatifs)	154 appareils Rx numériques/DAO: 100 fixes pour les HGR, 27 mobiles dans les CPLT et 27 portatifs dans les grands CDT		x	x	x	x	x
	1.3.4. Former les staffs des CPLT sur l'utilisation des Rx numériques dans les 26 provinces	77 pers x 4 jours par an		x	x	x	x	x
	1.3.5. Former/recycler le personnel de laboratoire dans le système de management de la qualité	Atelier de 25 personnes LNRM x 7 jours x 2 fois (2024 et 2027)			x			X
	1.3.6. Organiser la supervision des acteurs à tous les niveaux	15 missions de supervision LNRM vers les provinces par an x 5 ans x 7 jours		x	x	x	x	x
	1.3.7.. Organiser une Assistance Technique pour accompagner le processus d'accréditation du LNRM prévue pour 2026	Recrutement un AT international pour 180 jours pleins (2 voyages internationaux par an pendant 5 ans, billets d'avion, per diem et honoraires + 1 voyage par an dans une province durant 3 ans)		x	x	x	x	x

1.3.8. Organiser le dépistage actif selon l'approche Village TB dans 260 ZS à faible notification	Voir GC7	x	x	x	x	x
1.3.9 Réaliser les campagnes de dépistage avec les mini unités mobiles dans	2 campagnes par an par ville dans 15 villes pendant 5 ans	x	x	x	x	X
1.3.10. Organiser la participation au PANEL test international pour la biologie moléculaire	GeneXpert 1 fois par trimestre LNRM et 27 LPR Truenat 1 fois par trimestre LNRM et .....sites Truenat	x	x	x	x	x
1.3.11 Réaliser le CQ RX pour améliorer la qualité du diagnostic dans les Unités mobiles	Voir Stratégie globale de Rx (F. Moma)	x	x	x	x	x
1.3.12. Doter les prestataires CDT (IT et TL) des unités de téléphonie pour la détection précoce des cas TB	Voir Budget FAST TRACK (voir budget GC7)	x	x	x	x	x
1.3.13. Participer au contrôle de qualité international (LNRM et LPR) (Envoyer des échantillons pour le contrôle de qualité externe des laboratoires de culture au niveau du Laboratoire supranational (IMT Anvers)	Coût d'envoi des échantillons des LNRM et LPR au Bénin/Anvers ou Alger voir coûts historiques	x	x	x	x	x
1.3.14. Organiser le Panel test pour les différentes techniques utilisées dans le réseau de laboratoire pour 27 CPLT à Kinshasa	Frais d'envoi des tests et des échantillons dans 27 provinces	x	x	x	x	x
1.3.15. Acheter des séquenceurs pour le LNRM	2 équipements complets					
1.3.16. Former le personnel du LNRM a l'utilisation des séquenceurs.	2 personnes à l'étranger (Afrique du Sud) pendant 14 jours					
1.3.17. Acquérir les intrants et consommables pour le séquençage	5% de la cible TB MR					
1.3.18. Mettre en œuvre le plan d'intensification de dépistage de la TB PR dans 20 provinces	449 ;580 \$ pour 20 provinces					
1.3.19. Assurer les visites annuelles d'appui et de supervision par un LSN	1 voyage annuel international, per diem, honoraires : 1 fois par an pendant 5 ans	x	x	x	x	x

		1.3.20. Organiser les revues annuelles des activités de laboratoire avec les TLP dans une province	1 Atelier national avec 15 pers du LNRM + 27 LPR x 7 jours par an x 5 ans	x	x	x	x	x
		1.3.21. Mettre en œuvre les activités du Plan d'accréditation du Labo d'ici 2026	Voir Plan de développement de laboratoire PNLT	x	x	x	x	x
	1.4. Renforcement du rendement des outils de diagnostics existants	1.4.1. Elaborer un plan opérationnel pour améliorer le système de transport des échantillons	Organisation d'un atelier de 27 TLP à Kinshasa + 10 personnes niveau UC/PNLT en 5 jours + 5 partenaires	x				
		1.4.2. Assurer le transport des échantillons dans toutes les provinces du pays	Transport des CT vers les CDT : Communautaires	x	x	x	x	x
			Transport des CDT vers Site Xpert	x	x	x	x	x
			Site Xpert vers LPR	x	x	x	x	x
			Transport des LPR vers LNRM	x	x	x	x	x
		1.4.3. Acheter des drones pour le transport des échantillons (Nord Kivu, Ituri, Mairi, Equateur, Mongala)	5 drones de transport de petits colis		x			
		1.4.4. Acheter le matériel requis pour le triple emballage des échantillons (bacs, sachet Ziplock, papier absorbant)	Voit LNRM	x	x	x		
		1.4.5. Assurer une alimentation électrique stable et ininterrompue des équipements du laboratoire	Achat des panneaux solaires de puissance .....pour le LNRM et 20 LPR	x				
		1.4.6. Acheter des kits de calibration pour les machines Xpert	Achat de 400 kits	x	x	x	x	x
		1.4.7. Acheter les modems pour les sites Xpert pour la connectivité Data To Care	Achat de 341 modems	x				
	1.4.8. Approvisionner les sites Xpert en crédits pour la connectivité Data To Care	341 sites x 1 modem x 12 mois par an x 5 ans x FF de ... \$	x	x	x	x	x	

	1.5. Intensification du dépistage auprès des populations clés vulnérables pour la TB	1.5.1. Elaborer la cartographie des populations vulnérables pour chaque type de population et chaque province	AT : Consultant national 60 jours (per diem + honoraires ; avec 6 voyages en province de 7 jours, per diem, honoraires 1 Atelier de validation de la cartographie et directives 8 jours pour 30 personnes au niveau national + 6 MCP se déplaçant	x				
		1.5.2. Organiser le dénombrement des différents groupes des populations spéciales pour leur dénombrement	1 réunion de 5 jours par CPLT x 20 provinces x 20 personnes x 5 \$ collation/transport	x	x		x	
		1.5.3. Actualiser les stratégies spécifiques pour chaque type de populations vulnérables, selon les stratégies de l'OMS, assorties.	1 Atelier de 10 jours (niveau UC/PNLT) x 20 personnes	x				
		1.5.4. Vulgariser les directives nationales dans toutes les provinces	Frais d'impression du Guide et directives sur les populations clés et vulnérables	x				
		1.5.5. Organiser trimestriellement des campagnes conjointes de dépistage actif du VIH et de la TB auprès des populations clés vulnérables	22 grandes prisons 10 CPLT pour mineurs artisanaux (Ituri, Kasaï Oriental, Sud Kivu, Kasaï, Kasaï Central, Nord Kivu, Tshopo, Maniema, 2 CPLT avec mines industriels (Haut Katanga, Lualaba) 2 CPLT pour les réfugiés/déplacés (Nord Kivu, Ituri, Sud Kivu)	x	x	x	x	x
		1.5.6. Mobiliser les groupes des populations clés et vulnérables à s'engager dans la lutte contre la tuberculose	Organiser 1 atelier de 2 jours par CPLT x27 CPLT (1 atelier par an pendant 5 ans)	x	x	x	x	x
		1.5.7. Former responsables des prisons 88), carrés miniers (200), camps des réfugiés (50), sur les notions essentielles sur la TB (signes de présomption et prise en charge), 2 responsables par site	4 personnes par prison x 22 prisons x 3 jours 1 fois par an	x	x	x	x	x
		1.5.8. Former des pairs éducateurs/des relais communautaires sur le rôle des détenus relais communautaires dans le TDO	5 pairs éducateurs x22 prisons x2 jours	x	x	x	x	x
		1.5.9. Elaborer des affiches de sensibilisation TB/VIH en faveur des populations clés vulnérables	22 prisons x...affiches					

		1.5.10. Organiser tous les ans, une campagne de dépistage actif au niveau des écoles en collaboration avec le programme de santé scolaire	519 ZS x 2 écoles par an x 2 jours x 5 ans	x	x	x	x	x
		1.5.11. Subventionner des examens radiologiques pour les enfants présumés auprès de qui l'examen Xpert est revenu négatif dans les ZS	xxx enfants par ZS x 519 ZS X ; ; ; ; ; \$	x	x	x	x	x
		1.5.12. Organiser semestriellement des réunions de concertation avec les programmes connexes de prise en charge de la mère et de l'enfant (Santé reproductive, Nutrition, Santé respiratoire, PEV, PCIME, etc.) et les maladies métaboliques (diabète et HTA)	2 réunions par an x 30 personnes	x	x	x	x	x
		1.5.13. Former/ recycler dans chaque province 20 médecins en TB chez l'enfant et l'adolescent	20 médecins x 26 provinces (2024 et 2026)	x	x	x	x	x
		1.5.14. Organiser des réunions semestrielles avec les services des autres secteurs impliqués dans la promotion de la santé et des urgences sanitaires sociales et d'assistance humanitaire	(25 personnes pendant 1 journée à Kinshasa)	x	x	x	x	x
		1.5.15. Organiser un atelier d'actualisation des algorithmes PCIME	12 provinces pendant 5 jours pour 20 personnes					
		1.5.16. Rechercher activement la TB dans les Zones minières artisanales (dépistage actif)	(Une équipe de 7 personnes pendant 4 jours par semestre dans environs 2 carrières par province, soit 2*12 CPLT, soit: 7*4*2*12*2 avec 15 \$ par personne)					

Objectifs	Module	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothèses & Commentaires	2024	2025	2026	2027	2028	
<b>2. Traiter avec succès 95% des patients TB-PS notifiés</b>	<b>Diagnostic, Traitement et prise en charge de la Tuberculose Pharmaco sensible</b>	2.1. Mise en traitement précoce des patients notifiés	2.1.1. Acheter les médicaments de 1 <sup>ère</sup> ligne en cures pré positionnées au niveau des CDT selon les directives nationales	GAS de 1.695.885 cures	X	x	x	x	X	
			2.1.2. Mettre en traitement tous les patients diagnostiqués dans les 48 heures		x	x	x	x	x	
			2.1.3. Acheter les médicaments des EI	GAS Liste des médicaments les plus courants + leurs coûts	x	x	x	x	x	
		2.2. Renforcement du suivi des patients durant le traitement	2.2.1. Administrer les médicaments aux patients selon les directives nationales (TDO avec ses variantes)		X	X	X	X	X	X
			2.2.2. Doter les CDT/CT en échéanciers	2.595 CDT + 6.000 CT	x	x	x	x	x	
			2.2.3. Réaliser le suivi clinique des patients	Patients						
			2.2.4. Administrer les médicaments des EIM chez les patients éligibles	Liste produits ° coûts						
			2.2.5. Réaliser les examens de contrôle pour les patients selon les directives nationales	Voir achat réactifs Ziehl						
			2.2.6. Récupérer les patients irréguliers (absentéistes)	Prestataires (unités d'appel, méga) Recos 2595 CDT	x	x	x	x	x	
			2.2.7. Subventionner les frais de communication (sms ou méga) pour le suivi des patients entre les prestataires des CT, CDT, BCZS, CPLT	de 2.595 IT, de 519 ISZ et de 27 ISP à raison de 2\$ par mois par acteur						

Objectifs	Modules	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothèses & Commentaires	2024	2025	2026	2027	2028
<b>3. Guérir au moins 70% des patients TB-PR notifiés</b>	<b>Diagnostic, traitement et prise en charge de la tuberculose pharmaco résistante (TB-PR)</b>	3.1. Actualisation des Directives et renforcement des capacités des Prestataires	3.1.1. Organiser un atelier d'actualisation du guide TB PR	Atelier de 20 personnes x 10 jours en dehors de Kinshasa					
			3.1.1. Doter les CDT de prise en charge le guide TB PR	Impression 2.500 exemplaires Distribution aux CPLT, BCZS, CDT, BC					
			3.1.2. Recycler les Prestataires dans la prise en charge des patients TB-PR	2 personnes x 360 CDT x					
			3.1.3. Doter les fiches du CNPV pour la remontée des EIM	Impression					
		3.2. Mise en traitement précoce des patients TB-PR notifiés	3.2.1. Acheter les médicaments de 2 <sup>ème</sup> ligne (cures complètes des antituberculeux de malades TB-PR)	Achat de ..... cures voir template GAS	x				
			3.2.2. Réaliser le bilan initial des patients TB PR avant leur mise en traitement	.....patients TB PR x prix contractuel Achat des ractifs là où il y a les automates ;;;					
			3.2.3. Administrer les médicaments aux patients selon les directives nationales (TDO avec ses variantes)	Cures proportionnées dans les grandes structures, délai maximum de 7 jours					
			3.2.4. Acheter les médicaments des EIM	Achat de .....quantités des médicaments pour la gestion des effets indésirables pour 519 ZS80% de la cible PSN (=80% x9731)	x		x		X
		3.3. Renforcement du suivi des patients TB-PR en traitement	3.3.1. Doter les CDT TB-MR en échéanciers	500 CDT TB-PR x .....\$					
			3.3.2. Réaliser le suivi clinique des patients	Appoui donné aux médecins cliniciens des ZS qui suivent ces patients (unités téléphoniques et méga)					
			3.3.3. Administrer les médicaments des EIM chez les patients éligibles						
			3.3.4. Réaliser les examens de contrôle pour les patients selon les directives nationales	Voir Petit matériels et réactifs de Zoiehl ; etc.					
			3.3.5. Récupérer les patients irréguliers (absentéistes)	Prestataires (unités d'appel, méga) Recos 2595 CDT					

		3.3.6. Subventionner les frais de communication (sms ou méga) pour le suivi des patients entre les prestataires des CT, CDT, BCZS, CPLT	de 2.595 IT, de 519 ISZ et de 27 ISP à raison de 2\$ par mois par acteur						
		3.3.7. Réhabiliter et faire fonctionner de nouveau les LPRM de Lubumbashi et de Kisangani pour faciliter les examens de culture des mycobactéries des provinces proches	Equipements et fonctionnement						
		3.3.8. Pour Kinshasa, Bukavu et Lubumbashi, organiser les activités de culture en collaboration avec d'autres laboratoires (HJ HOSPITAL, INRB, Cliniques Universitaires de Kinshasa, ISTM Bukavu, Don Bosco L'shietc.	Contractualisation avec des laboratoires privés pour faciliter la réalisation des examens pré thérapeutiques et de suivi au cours du traitement						
		3.3.9. Doter les en spectrophotomètres et appareils d'ECG ( <b>GAS</b> )	359 CDT Pour permettre la réalisation des examens						
		3.3.10. Assurer le suivi, supervisions et t Accompagnement des prestataires dans la prise en charge des patients traités	Voir rubrique Capacités institutionnelle						
		3.3.11. Subventionner les frais de communication (sms ou méga) pour la communication entre les CDT, ZS, CPLT pour les patients en traitement qui se déplacent de leur structure de prise en charge	Feuille de calcul selon les sites						
		3.3.12. Doter les 359 FOSA de 9731 piluliers intelligents (MERM) pour couvrir 100% des malades pharmaco-résistants ( <b>GAS</b> correction au lieu de 1500 budgétisé)	Rappeler la prise des médicaments, pour le renforcement de l'observance du traitement						
		3.3.13. Doter xxx patients TB-UR de smart phones pour le suivi par vidéo de l'observance du traitement	Pour assurer le suivi des malades en traitement ; la prise régulière des médicaments , surveillance ç distance des EIM etc						
		3.3.14. Organiser les VAD pour le traitement des cas TB-UR, TB-VIH ou grabataires							
		3.3.15. Doter les CDT des étiquettes des médicaments	( 99 DOTS)						
		3.3.16. Doter CDT de prise en charge de piluliers intelligents (MERM)	Les Pilluliers intelligents permettent de rappeler la prise des médicaments et en définitive l'observance du traitement						

			3.3.17. Approvisionner les laboratoires de culture en réactifs et produits de base pour la culture et le DST	Pour la recherche de la résistance aux FQ et aux nouvelles molécules telles que BDQ, LZD etc						
			3.3.18. Former/recycler xxx agents des laboratoires de culture au LNRM	Pour le renforcement des prestataires aux nouvelles techniques de diagnostic au laboratoire						
			3.3.19. Assurer des contrats de service/maintenance pour le P3 et tous les équipements majeurs des laboratoires de culture/DST	Pour un meilleur fonctionnement du P3 et un diagnostic de qualité de la TB						
			3.3.20. Réhabiliter et équiper les LPC pour pouvoir réaliser la culture selon les recommandations des évaluations réalisées en 2022 et en consultation avec le LNRM	Renforcer l'équipement du LNRM pour le diagnostic de la TB PS et TB PR						
			3.3.21. Réaliser une étude de faisabilité pour contractualiser avec un laboratoire privé de culture au Kasai Oriental	Contractualisation avec des laboratoires privés pour faciliter la réalisation des examens pré thérapeutiques et de suivi au cours du traitement						
			3.3.22 Organiser xxx missions spécifiques pour le suivi des malades MDR et XDR à raison d'une mission par trimestre dans les 5 provinces ci-haut cités	1 Audit clinique 2x par an(2 personnes de l'unité centrale par CPLT x 27 )						
			3.3.23. Organiser des missions d'évaluation de la prise en charge des malades TB PR dans le cadre de GLC (Green Light Commutée)	1 mission par an						
			3.3.24. Réorganiser réunions CCTM au niveau national et provincial, 20 personnes au niveau central et 10 personnes au niveau provincial (27 CPLT)	1 réunion par trimestre x 25 personnes						
			3.3.25. Acheter 359 spectrophotomètres (359 structures de PEC)	1 spectrophotometre x 359 CDT TB-PR						
			3.3.26. Organiser les VAD pour le traitement des cas TB-UR, ou TB MR grabataires	Outils numériques.....pour l'observance du traitement, (smarthphones, vidéo....) des centres d'appel et des applications mobiles pour offrir de l'aide à domicile (p. ex. 99DOTS) et les piluliers intelligents (p. ex. MERM)						

			3.3.27. Numériser la gestion des TB-PR	Pour l'encodage des données individuelles MDR en créant une passerelle au DIHS2					
			3.3.28. Payer mensuellement le transport aux xxx (9326) patients TB PR à raison de 40\$ par patient dans 519 ZS	..... patients x40\$ par mois					

Objectifs	Module	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothèses & Commentaires	2024	2025	2026	2027	2028
<b>4. Tester au VIH 100% des patients TB (connaissance de leur statut sérologique) (xxx cas incidents TB)</b>	Tuberculose/VIH	<b>4.1. Maintien de ce qui fonctionne avec amélioration de la qualité</b>	4.1.1. Acheter les ARV pour soigner les PVVIH de la file active	PNLS					
			4.1.2. Administrer le TAR avec l'aide de la communauté	Pairs éducteurs, PODI, Unités téléphoniques et Méga					
			4.1.3. Réaliser les examens de screening de la TB selon les directives nationales						
			4.1.4. Administrer le TAR et le TPT après exclusion de la TB et le traitement avec le CTX						
			4.1.5. Assurer le continuum des soins aux co-infectés qui ont terminé leur traitement antituberculeux pour la poursuite du TAR et CV						
			4.1.6. Réaliser les examens sur la charge virale des PVVIH sous TAR selon les directives nationales						
		<b>4.2. Amélioration de l'accès des patients TB au paquet VIH</b>	4.2.1. Intégrer le paquet VIH dans 416 CDT dans de 472 ZS sans paquet VIH	416 CDT n'ont pas intégré le paquet VIH dans les 472 ZS. Une formation en paquet coïnfection VIH/TB doit être organisée pour couvrir tous les CDT dans les ZS	x	x	x	x	x
			4.2.2. Intégrer le paquet TB dans 160 sites VIH de plus de 500 malades PVVIH en CDT	Transformer les 160 sites VIH en GU TB-VIH	x	x			
			4.2.3. Intégrer le paquet VIH dans les 44 Zones de santé qui en sont dépourvues dans 6 provinces (Nord Kivu 8 ZS), Mongala 7 ZS), Mairi (7		x	x			

		ZS), Lomami (3), Kasai Central (6 ZS), Equateur (11 ZS)							
		4.2.4. Former 235 membres des ECZ de 44 ZS (5 pers /ZS : 235) en paquet coinfection VIH/TB	Renforcement des capacités de 220 membres des ECZ seront formés dans 44 ZS non couvertes en paquet coinfection VIH-TB						
		4.2.5. Former 1320 prestataires des 44 ZS par CDT/CT non encore couvertes en paquet VIH	Renforcement des capacités de 1410 prestataires sur la coinfection VIH-TB dans les CDT non couverts (44*30= 1320) dans les 44 ZS	x					
		4.2.6. Doter les intrants de dépistage pour les deux maladies dans les ZS n'ayant pas encore intégré le paquet TB chez les PVVIH	Les intrants sont indispensables pour la prise en charge des patients co-infectés après la formation des prestataires	x					
		4.2.7. Intégrer le paquet VIH dans 416 CDT dans de 472 ZS sans paquet VIH	416 CDT n'ont pas intégrer le paquet VIH dans les 472 ZS. Une formation en paquet coinfection VIH/TB doit être organisée pour couvrir tous les CDT dans les ZS	x	x	x	x	x	
		4.2.8. Intégrer le paquet TB dans 160 sites VIH de plus de 500 malades PVVIH en CDT	Transformer les 160 sites VIH en GU TB-VIH	x	x	x	x	x	
		4.2.9. Intégrer le paquet VIH dans les Zones de santé qui en sont dépourvues	44 ZS des 6 provinces (Nord Kivu 8 ZS), Mongala 7 ZS), Maindombe (7 ZS), Lomami (3), Kasai Central (6 ZS), Equateur (11 ZS)	x	x	x	x	x	
		4.2.10. Former 235 membres des ECZ de 44 ZS (5 pers /ZS : 235) en paquet coinfection VIH/TB	Renforcement des capacités de 220 membres des ECZ seront formés dans 44 ZS non couvertes en paquet coinfection VIH-TB						
		4.2.11. Former 1320 prestataires des 44 ZS par CDT/CT non encore couvertes en paquet VIH	Renforcement des capacités de 1410 prestataires sur la coinfection VIH-TB dans les CDT non couverts (44*30= 1320) dans les 44 ZS						
		4.2.12. Doter les intrants de dépistage pour les deux maladies dans les ZS n'ayant pas encore intégré le paquet TB chez les PVVIH	Les intrants sont indispensables pour la prise en charge des patients co-infectés après la formation des prestataires						
		4.2.13. Assurer un soutien financier aux RECO et aux OAC pour la sensibilisation, l'IEC, l'orientation, la recherche active des cas Voir Communautaire	Une motivation de 10\$ mensuellement par RECO pour organiser les activités communautaires dans la lutte contre la TB						

<b>4.3. Renforcement des mécanismes de collaboration entre les 2 programmes</b>	4.3.1. Organiser l'atelier d'actualisation et de validation des documents normatifs de la coïnfection TB/VIH (Guide de PEC)	Un atelier sera organisé pendant 6 jours avec la participation de 15 personnes pour l'actualiser	x						
	4.3.2. Reproduire les documents élaborés à raison de exemplaires par structure de dans les 26 DPS	2595 ESS (1 exemplaire) + 519 ZS (5) + CPLT (10) , UC (30) exemplaires	x		x			x	
	4.3.3. Assurer la distribution des guides de prise en charge de la coïnfection TB/VIH	2595 ESS (1 exemplaire) + 519 ZS (5) + CPLT (10) , UC (30) exemplaires	x		x			x	
	4.3.4. Organiser une réunion trimestrielle de coordination (Taskforce) des activités TB/VIH au niveau national	25 personnes x 4 x Pause-déjeuner	x	x	x	x		x	
	4.3.5. Organiser une réunion trimestrielle de coordination (Taskforce) des activités TB/VIH au niveau provincial	25 personnes x 4 x Pause-déjeuner	x	x	x	x		x	
	4.3.6. Organiser une mission de supervisions conjointe TB/VIH par semestre du niveau central vers les DPS	(26 DPS par semestre avec 2 experts TB et VIH du niveau national par axe) pendant 7 jours	x	x	x	x		x	
	4.3.7. Organiser une revue des données conjointes		x	x	x	x		x	
	4.3.8. Organiser une revue annuelle conjointe TB/VIH	26 DPS x 3 jours x	x	x	x	x		x	
	<b>4.4. Amélioration de la gestion d'autres comorbidités</b>	4.4.1. Organiser annuellement la recherche active de la TB et du VIH chez les prestataires de soins	2.595 CDT : (coût de la réalisation de clichés radiographiques du thorax) x 2 personnes x 2595 CDT)	x	x	x	x		x
		4.4.2. Former les agents des centres conviviaux en paquet VIH, TB et santé mentale de base (détecter, prévenir et orienter)	....centres conviviaux x .....	x					
		4.4.3 Organiser le screening systématique TB auprès des enfants et adolescents VIH+ dans les sites de soins communautaires, centres de jeunes et dans les CEICA (centre d'écoute et informations		x	x	x	x		x

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

Objectifs	Module	Interventions stratégiques	Activités et sous-activités	Hypothèses & Commentaires	2024	2025	2026	2027	2028
<b>5. Mettre sous TAR 100% des patients TB-VIH+ notifiés</b>	<b>Coinfection TB/VIH</b>	5.1. Amélioration des approvisionnements	5.1.1. Approvisionner les ESS selon les directives nationales en ARV	PNLS	x	x	x	x	x
		5.2. Renforcement de l'implication la communauté à la lutte contre la TB/VIH	5.2.1. Mettre en œuvre des approches différenciées de soins communautaires chez les patients Co-infectés (PODI, TDO Communautaire, GAS, Club d'observance, GC TB/VIH).		x	x	x	x	x
			5.2.2. Assurer un soutien financier aux RECO et pour le paquet d'activités communautaires	Motivation de 10\$ par mois 20 RECO/ZS x 519 ZS	x	x	x	x	X

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

<b>6. Mettre sous TPT 95% des personnes/cibles éligibles</b>	<b>Prévention TB et TB-PR</b>	6.1. Dépistage/Test pour l'ITL	6.1.1. Actualiser le Guide ITL	Atelier résidentiel de 5 jours x25 personnes					
			6.1.2. Vulgariser le guide ITL	Imprimer et distribuer 50 Guides x 27 CPLT	x				
			6.1.3. Acquérir des plateformes légères ELISA pour QTF (GAS)	6 provinces x 1 appareil (Kasaï Oriental, Lualaba, Kongo Central, Nord Kivu, Ituri, Kwilu)					
			6.1.4. Acquérir les tests IGRA et frais GAS pour les deux structures de Kinshasa et Lubumbashi (GAS)	GAS					
			6.1.5. Renforcer la capacité du personnel des LPR des 6 provinces tests sur le test IGRA (ou les nouveaux à venir)	Atelier 6 provinces x 2 personnes x 5 jours					
			6.1.6. Sensibiliser la population sur l'ITL et sa prise en charge	4 séances par CPLT par trimestre x 27 CPLT	x	x	x	x	x
			6.2.1. Approvisionner les médicaments de TPT 3HP, 3RH et INH	Acheter les cures 3 RH 3 HP 6 H	x		x		
		6.3. Application des mesures sur la prévention et le contrôle des infections	6.3.1. Mettre en place un système évaluation des mesures de contrôle de TB dans les établissements de santé	Vulgariser le Guide PCI (519 ZS x 5 Guides) + (27 CPLT x 10 guides)	x			x	
			6.3.2. Acheter les EPI pour tous les CDT et LPR	Achat EPI pour 2.500 x 2 prestataires x 12 kits	X			x	
			6.3.3. Doter les LPR et les sites Xpert en incinérateurs pour la gestion des déchets	27 LPR et 359 CDT x 1 incinérateur		x	x		
			6.3.4. Mettre en place des ventilateurs d'extraction dans les laboratoires de culture où la ventilation est insuffisante.	5 LRP x 5 extracteurs		x	x		

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

<b>7. Eliminer / réduire les obstacles liés aux Droits humains et Genre entravant l'accès aux services de lutte contre la TB</b>	<b>Genre et Droits humains</b>	7.1. Réduction des obstacles qui entravent l'accès aux services TB (dû parfois au manque d'informations, distance ou aux coûts de services à paye population)	7.1.1. Elaborer le guide GDH TB et module de formation GDH	Atelier de 7 jours, 25 personnes à Matadi	x					
			7.1.2. Imprimer le Guide GDH TB	10 \$ x 3.000	x					
			7.1.3. Vulgariser le Guide GDH	3.000 exemplaires du Guide GHD TB dans les 26 DPS/CPLT						
			7.1.4. Etendre l'approche CLM-OneImpact TB dans 10 nouvelles DPS (2 DPS/an)		x	x	x	x	x	
			7.1.5. Sensibiliser les OSC et organisations communautaires sur le CLM-OneImpact TB dans les 15 provinces prioritaires		x	x				
			7.1.6. Organiser un atelier actualisation des messages de sensibilisation de GDH TB	5 jours pour 20 personnes	x					
			7.1.7. Organiser des campagnes de sensibilisation de la population sur la GDH TB		x	x	x	x	x	
			7.1.8. Subventionner les frais de consultation (fiches, et labo) des personnes affectées par la TB les plus démunies (5.000 patients TB)		x	x	x	x	x	
			7.1.9. Mener la post évaluation CRG TB				x			
			7.1.10. Elaborer le Plan d'Action CRG TB				x			
			7.1.11. Elaborer la Cartographie des OSC et Organisations communautaires intervenants dans le GDH TB		x					
		7.2. Promotion des droits de l'homme et genre dans la lutte contre la TB	7.2.1. Reproduire la Déclaration des droits des personnes affectées par la TB	1.193.651 exemplaires en 4 langue nationales (297.412 exemplaires/langue) recadrage An 3 PSN 2024 – 2026	x				x	
			7.2.2. Disséminer de la Déclaration des droits des personnes affectées par la TB	1.193.651 exemplaires en 4 langues nationales (297.412	x				x	

			exemplaires/langue) dans les 26 DPS/CPLT						
			7.2.3. Former les membres des organisations des anciens malades TB sur le GDH TB (domaines législatif et défense des intérêts)		x	x	x		
			7.2.4. Organiser la session de formation des acteurs des cliniques juridiques	225 (15prs/CPLTx15 CPLT) sur la tuberculose pour 5 jours, à Kinshasa	x	x			
			7.2.5. Organiser la session de formation des personnels pénitentiaires sur les droits humains et l'éthique médicale en lien avec la TB	(4 personnes par prison, 3jrs) dans chaque prison (26 prisons)	x	x			
			7.2.6. Organiser la session de formation des personnes privées de liberté/détenus/prisonniers sur les droits humains TB.	30 PVL par prison, 3jrs) dans chaque prison (26 prisons)	x	x			
	7.3..Soutien aux activités de protection sociale et appui aux patients		7.3.1. Organiser des séances de plaidoyer pour mobiliser les ressources pour la mise en œuvre des activités GDH TB	2 séances pour 30 personnes 1 jour, deux fois par an	x	x	x	x	x
			7.3.2. Appuyer les activités de soutien psycho-social des personnes affectées par la TB à travers les groupes de pairs TB	(xxx associations des anciens patients TB)	x	x	x	x	x
			7.3.3. Assurer la réinsertion sociale xxx personnes affectées par la TB les plus démunies par les AGR ou l'apprentissage	Combien ??? Fréquence ?	x	x	x	x	x
			7.3.4. Mettre en place un Task-force GDH TB au niveau national et .... Task-force GDH TB au niveau provincial		x	x	x	x	x
	7.4. Réduction / élimination de la Stigmatisation et discrimination liées à la TB		7.4.1. Appuyer les organisations des anciens malades TB dans l'accompagnement des personnes affectées par la TB victimes de stigma et discrimination dans 15 provinces prioritaires	dans 15 provinces	x	x	x	x	x

		7.4.2. Sensibiliser xxx responsables religieux et xxx leaders d'opinion sur la violence fondée sur GDH TB	300 à 1000 par DPS par année chaque année	x	x	x	x	x
		7.4.3. Appuyer le service de soutien juridique pour xxx personnes affectées par la TB victime de stigmatisation ou discrimination		x	x	x	x	x
		7.4.4. Mener la post évaluation TB Stigma						x
	7.5. Garantie de services de lutte contre la TB centrés sur a personne et fondés sur les droits dans les formations sanitaires	7.5.1. Organiser les séances des plaidoyers pour l'engagement politique des autorités pour la mobilisation des ressources locales en faveur de la lutte contre la TB	(3 plaidoyers pour chacun des 27 DPS/CPLT, et 12 pour l'Unité Centrale du PNLT).	x	x	x		
		7.5.2. Redynamiser le Caucus des parlementaires TB	(1 atelier de haut niveau avec 30 personnes pendant 1 journée)	x			x	
		7.5.3. Organiser une enquête de satisfaction de prise en charge des malades de la TB	Coût de l'enquête		x			
	7.6. Mobilisation et sensibilisation de la communauté, y compris soutien aux groupes dirigés par des survivants à la TB	7.6.1. Organiser les séances de discussions (focus groupe) entre les malades, les anciens malades de la tuberculose dans les FOSA (le TDO, les expériences.....) et les prestataires	Cette activité permet les échanges avec les anciens malades et les prestataires, mais il faut augmenter le budget qui est largement insuffisant (15\$)	x	x	x	x	x
		7.6.2.		x	x			
		7.6.3.		x				
	7.7. Assurer l'Éducation juridique	7.7.1.						
		7.7.2. Assurer la promotion des DH des patients TB ("Connaissez vos droits") (TB)						

		7.8. Réduction de la discrimination fondée sur le genre, des normes de genre nocives et de la violence en lien avec la TB	7.8.1. Organiser les émissions pour la vulgarisation des informations sur la promotion du genre						
			7.8.2. Organiser un atelier de révision les outils communautaires de sensibilisation en y insérant les aspects liés aux droits humains et genre TB	(7 jrs, 25 pers à Kinshasa)	x	x	x	x	x
			7.8.3.		x				

Objectifs	Modules	Interventions stratégiques	Activités et sous activités	Hypothèses & Commentaires	Periode				
					2024	2025	2026	2027	2028

<b>8. Améliorer le leadership et la gouvernance du Programme de Lutte contre la Tuberculose</b>	<b>Leadership et Gouvernance du Programme</b>	<b>8.1. Renforcement de la collaboration multisectorielle</b>	8.1.1. Finaliser les documents cadres du partenariat stratégique dans la lutte contre la TB CNMLT	Atelier de 25 personnes pendant 2 jours	x					
			8.1.3...Faire un plaidoyer auprès du MSPHP pour la mise en place du CNMLT	Budget = 0	x					
			8.1.3. Initier la tenue des réunions du CNMLT	2 fois par an (1 réunion semestrielle) pour 100 personnes Budget = 0	x	x	x	x	x	
		<b>8.2. Renforcement de la coordination de PNLT</b>	8.2.1. Organiser les réunions de Forum des partenaires (Lèpre et TB)	1 fois par trimestre, 25 personnes, 1 jour	x	x	x	x	x	
			8.2.2. Organiser les réunions de coordination avec tous les partenaires techniques et financiers (PTF) TB	1 fois par trimestre, 25 personnes, 1 jour	x	x	x	x	x	
			8.2.3. Organiser la Réunion annuelle L/TB avec PNLS	1 fois par an 100 personnes 6 jours	x	x	x	x	x	
			8.2.4. Organiser des réunions en ligne avec les CPLT	1 fois par trimestre MCP Budget = 0	x					
			8.2.5. Organiser un atelier d'élaboration du Plan d'Action Opérationnel du PNLT	Atelier de 25 personnes pour l'élaboration du PAO pendant 3 jours avec pause-café et repas	x	x	x	x	x	
			8.2.6. Organiser chaque trimestre la réunion d'élaboration et validation du Plan de travail trimestriel du PNLT	Budget = 0	x	x	x	x	x	
			8.2.7. Organiser les Réunions PATIMED	1 fois par trimestre, 25 personnes, 1 jour						
			8.2.8. Organiser les Réunions CCTM	1 fois par trimestre, 25 personnes, 1 jour						
			8.2.9. Atelier annuel pour la révision de la quantification des produits de santé	Atelier 1 fois par an, PNLS et PNLT, 30 personnes, 1 jour						
			8.2.10. Organiser les réunions de Laboratoire	1 fois par trimestre, 25 personnes, 1 jour						
			8.2.11. Organiser les réunions de TB Pédiatrique	1 fois par trimestre, 25 personnes, 1 jour						
			8.2.12. Organiser les réunions du groupe Suivi & Evaluation	1 fois par trimestre, 25 personnes, 1 jour						
8.2.13. Elaborer le plan de Suivi&évaluation	Budget = 0 2 fois l'an									
8.2.14. Organiser un atelier d'élaboration d'un plan de mobilisation des ressources	Atelier de 25 personnes, 6 joursFin									

		8.2.15. Financer un Plan de communication du PNLT							
		8.2.16. Réaliser les missions des supervisions du PNLT vers les CPLT (Domaines : médical, Pharmacie et Laboratoire)	54 missions x 7 jours x						
		8.2.17. Organiser trimestriellement les missions d'évaluation de la qualité de supervision réalisée par les CPLT	54 missions x 7 jours x						
		8.2.18. Réaliser l'auto-évaluation au niveau de l'UC/PNLT	4 fois par an (trimestriel)						
		8.2.19. Réaliser des missions d'inventaire	Sites primaires et CDR						
		8.2.20.. Réaliser l'auto-évaluation au niveau des CPLT	27 CPLT 4 fois par an						
		8.2.21. Réaliser les missions de suivi, et évaluation dans les 27 CPLT	54 missions						
		8.2.22. Détruire les médicaments périmés	PV constat + description quantités ==> fonds à mobiliser						
	8.3. Coordination dans l'élaboration des textes réglementaires, stratégiques et normatifs du programme	8.3.1. Actualiser le Guide national sur la dynamique communautaire dans la lutte contre la tuberculose	Atelier 25 pers, 5 jours	x					
		8.3.2. Vulgariser le Guide national sur l'implication de la communauté	Impression et distribution de 3000	x	x	x	x	X	
		8.3.3. Vulgariser le Guide PATIMED	Impression et distribution de 3000	x	x	x	x	X	
		8.3.4. Vulgariser le Guide PATILAB	Impression et distribution de 3000	x	x	x	x	X	
		8.3.5. Vulgariser le Guide TB-PR	Impression et distribution de 1200	x	x	x	x	X	
		8.3.6. Vulgariser le Guide ITL	Impression et distribution de 1200						
		8.3.7. Elaborer le Guide des Populations clés vulnérables (PCV)	Atelier de 25 personnes 6 jours						
		8.3.8. Vulgariser le Guide PCV	Impression et distribution de 1200						
		8.3.9. Actualiser et imprimer les outils de collecte des données TB du PNLT	Bons de demande de Labo, fiches, registres, formulaires de rapportage, BILO, FIDESCO, etc.						

			8.3.10. Imprimer les outils de sensibilisation du PNLT	Dépliants, boîtes à images, affiches, panneaux publicitaires, etc.					
	<b>8.4. Renforcement de la dynamique communautaire pour la lutte contre la TB</b>		8.4.1. Organiser la Journée Mondiale de la Tuberculose chaque année au niveau central	UC x 100.000 \$ par an	x				
			8.4.2. Appuyer l'organisation de la célébration de la journée mondiale de lutte contre la TB niveau provincial (Dans les 18 Provinces)	27 CPLT x 25.000 \$ par an					
			8.4.3. Appuyer la sensibilisation les leaders religieux et tradi praticiens sur la TB, TB-VIH, TB PR et TB PED pour l'orientation des cas	500 personnes					
			8.4.4. Appuyer la participation des acteurs communautaires au paquet d'activités de lutte contre la TB	20 Recos par ZS x 30\$/trimestre x 519 ZS	x	x	x	x	x
			8.4.5. Organiser des réunions de concertation CPLT-OSC, dans chaque CPLT	25 pers x 1 jour par trimestre x 4 x 27	x	x	x	x	x
			8.4.6. Former/recycler les RECO dans le paquet d'activités communautaires	20 Recos par ZS x 2 jours x par an					
			8.4.7. Organiser des séances de sensibilisation de différentes communautés sur la lutte contre la TB chez les PCV.	4 séances x 2 jours par CPLT par an x 27 CPLT Communautaires					
			8.4.8. Rechercher la TB chez les enfants de moins de 5 ans, 5-14 et adultes contacts des cas contagieux	Cibles : voir GC7	x				
			8.4.9. Former les relais communautaires, les membres des églises, OAC, les anciens malades, et les membres de la société civile sur la TB, TB-PR, TB-VIH, TB PED et genre et droits humains, l'investigation des contacts TB dans 90 ZS hot spot	Voir GC7	x				
			8.4.10. Equiper le PNLT en matériels et équipements de communication		x				

			8.4.10. Produire les panneaux géants et affiches murales TB à placer dans les grands carrefours des grandes villes à travers le pays	Un atelier de 3 jours sera nécessaire pour renforcer 20 cadres du PNLT sur les stratégies de communication.	x		x		
			8.4.11. Organiser les concours TB (ex. Question pour un champion,) dans les établissements scolaires		x	x	x	x	x
			8.4.12. Appuyer les activités de Caucus des députés pour la TB		x	x	x	x	x
		8.5. Renforcement des capacités institutionnelles du Programme	8.5.1.Mettre en œuvre les Assistances techniques telles que prévues sur la liste du PNLT pour la période 2024-2028	Voir Tableau Suivi et Evaluation	x				
			8.5.2. Assurer la formation en contrôle et audit interne	Voir Plan,de formation	x				
			8.5.3. Participer aux conférences internationales	Voir Plan de formation Participation de 20 personnes par année aux réunions, conférences et assises internationales (TB, TB PED, TB-MR, TB/VIH)	x				
			8.5.4. Renforcer les capacités des cadres et agents du PNLT (Formation en .....	Hypothèses voir Plan de formation des RH Logiciel TOMPRO : formation en contrôle et audit interne	x				
			8.5.5. Participer au cours et conférence international sur la TB pharmaco résistante	Devt RH 1x par an					
			8.5.6. Assurer le fonctionnement de l'Unité Centrale du PNLT;	Paquet :GC7	x	x	x	x	x
			8.5.7. Réaliser l'évaluation du PSN 2024-2028 et de la lutte contre la TB en 2027 (Revue externe internationale)						
			8.5.8. Doter le Personnel du PNLT en 15 Kits informatiques (ordinateur, imprimante, photocopieur, disque dur externe, ...)		x				
			8.5.9.. Assurer le fonctionnement des CPLT	27 CPLT x 4fois x 5 ans	x	x	x	x	x

		8.5.10.. Assurer le paiement des primes du gestionnaire et assistant au Gestionnaire de projet PNLT;	Voir GC7	X	X	X	X	X
		8.5.11.. Organiser les visites de suivi des cadres de la CAGF vers les provinces.	Voir GC7	X	X	X	X	X
		8.5.12. Acquérir <b>des véhicules</b> dont 5 pour les 5 CPLT non pourvues et Unité centrale actuellement,	3 pour la Direction du PNLT, 6 pour les Divisions et 1 pour le gestionnaire de projet FM-TB PNLT CPLT (8) avec des land-cruisers 4X4 tout terrain en 2025 (KCO, Mai-Ndombe, Sankuru, Maniema, Bas-Uélé, Sud Kivu, Lualaba). + 7 autres provinces = 15 véhicules au total		X			
	8.6. Renforcement du système d'information sanitaire	8.6.1. Assurer le suivi, supervisions et accompagnement des prestataires dans la prise en charge des patients traités	Voir Document Missions de supervision et de Suivi					
		8.6.2. Fournir les outils/supports pour noter les données et informations des patients	Forfait 350.000 \$ par an					
		8.6.3. Renforcement du monitoring, analyses des données et évaluation des résultats 8.6.4.. Organiser un monitoring mensuel pour faire le point sur les patients en traitement à l'aide des outils appropriés	Canevas avec directives à élaborer Réunion des Prestataires et communautaires avec ECZ					
		8.6.5. Organiser une séance trimestrielle d'évaluation des résultats obtenus au niveau de cette lutte						
		8.6.6. Organiser la collecte mensuelle des données de rapportage des données	A supprimer Voir Suivi&Evaluation					
		8.6.7. Tenir les réunions trimestrielles de validations des données	27 x 4 trimestres par an x Voir GC7					
		8.6.8 Organiser chaque année 2 réunions semestrielles de la Task force de suivi et évaluation TB/VIH	2 fois x par an x 25 personnes					
		8.6.9. Organiser semestriellement un RDQA (Routine Data Quality Audit)	2 fois					

			8.6.10. Organiser annuellement un DQA (Data Quality Audit) au niveau de 5 CPLT sélectionnées chaque année sur les 5 années	1 fois par an						
			8.6.11. Produire trimestriellement le bulletin épidémiologique							
			8.6.12. Produire annuellement un rapport épidémiologique							
			8.6.13 Diffuser annuellement le rapport épidémiologique							
			8.6.14 ; Renforcer du monitoring, analyses des données et évaluation des résultats	Canevas avec directives à élaborer Réunion des Prestataires et communautaires avec ECZ						
			8.6.15 Organiser un monitoring mensuel pour faire le point sur les patients notifiés et pris en charge à l'aide d'un canevas élaboré							
			8.6.16. Former un cadre des CPLT sur le logiciel DHIS2 / Tracker	1 personne par CPLT x27 + 7 personnes de l'unité centrale						
			8.6..17. Conduire les recherches opérationnelles chaque année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualiser le plan de la recherche par l'identification des sujets de recherches dans les 26 provinces</li> <li>- Former en recherche opérationnelle 60 personnes unité centrale et CPLT</li> <li>- Soutenir les réunions du comité d'experts pour la recherche opérationnelle</li> <li>- Étude sur les facteurs associés à la mortalité des malades tuberculeux sous traitement</li> <li>- Etude sur les facteurs de risque de la TB-MR en RDC</li> <li>- Etude sur l'impact de la participation communautaire dans la lutte contre la TB</li> <li>- Recherche opérationnelle sur la TB latente</li> <li>- Déterminants de la forte prévalence de la TB à Lukalenge, province de Kasai Oriental</li> </ul>	X	X	X	X	X	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche opérationnelle sur la coinfection TB/VIH chez l'enfant</li> <li>- Enquête sur la satisfaction de la qualité des services TUB-VIH : Stratégies de prise en charge combinée TB-VIH: "One stop approach »</li> </ul>					
			8.6.18. Poursuivre l'enquête de résistance au niveau national (DRS : Drug Resistance Survey) (Budget de l'Enquête Pharmaco-Résistance)		x				
			8.6.19. Acheter le logiciel TOMPRO pour le PNLT (UC et CPLT)		x				
			8.6.20. Elaborer un plan de maintenance des équipements et du matériel		x				

## V. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

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

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

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

### 5.1. NOTIFICATION DES PATIENTS TB

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.2. AUGMENTATION DU POURCENTAGE DES PATIENTS GUÉRIS

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

CDT, avec un accent sur les centres privés et les FOSA fortement fréquentées, quelles qu'elles soient. L'objectif est de mettre un paquet minimum d'activités TB dans la majorité des 17.500-18.000 FOSA mentionnées dans le PNDS-recadré (et sans doute dans le nouveau PNDS 2023-2027).

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

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

### **5.3. PRÉVENTION DE LA TB**

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

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

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

- Il est clair que pour avancer dans ce sens, l'extension des GU est indispensable, allant au-delà des CDT jusqu'aux CT pour lequel le PNLT préconise un développement maîtrisé par les ZS.
- La coordination et activités concertées sont indispensables au niveau central, de la même façon que les activités conjointes au niveau provincial (CPLT et BPC) au niveau de la planification, mise en œuvre, suivi et évaluation devront être redynamisées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quant aux appuis financiers, si vraiment tout le monde s'accorde sur les progrès à réaliser pour aller vers l'élimination de la TB avec des résultats compatibles, les appuis devront

augmenter, notamment pour l'acquisition des médicaments et intrants, des équipements de diagnostic moléculaire rapide avec ses corolaires, les moyens de fonctionnement y compris pour le LNRM qui ambitionne son accréditation d'ici la fin de ce PSN, les moyens de supervision et d'accompagnement des acteurs sur le terrain, l'amélioration de la qualité de l'information stratégique générée, la recherche opérationnelle et enfin la MOTIVATION des acteurs à tous les niveaux (central intermédiaire et particulièrement opérationnel).

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

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

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

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



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

### 6.1. CADRE DES RESULTATS

<p><b>Vision : Amélioration d'accès aux soins liés à la tuberculose à toute la population congolaise pour un Congo sans tuberculose avec zéro décès, ni morbidité, ni souffrances dues à la tuberculose à l'horizon 2035 par l'amélioration de l'accès aux soins de qualité à toute la population congolaise et sans risque financier aux usagers ».</b></p>													
<p><b>But de ce PSN : Contribuer à l'accélération du progrès vers la fin de l'épidémie de la TB en RDC par la réduction d'ici 2028 de l'incidence de la tuberculose de 318 à moins de 305 cas pour 100.000 habitants, du nombre des décès dus à la TB de 4.575 en 2021 à moins de 1.827 , des coûts catastrophiques de 56% à 50% au niveau des familles avec des patients affectés</b></p>													
Items	Indicateurs	Type d'indicateurs	Données de base			CIBLES ANNUELLES							
			Baseline	Année	Sources de vérification	2024	2025	2026	2027	2028	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Responsable
<p><b>L'objectif général de ce Plan Stratégique National 2024-2028 est de contribuer à l'accélération du progrès vers la fin de l'épidémie de la TB en RDC par la réduction d'ici 2028</b>                      *de l'incidence de la tuberculose de 318 a moins de 305 cas pour 100.000 habitants,                      *du nombre des décès dus à la TB de 4.575 en 2021 à moins de 1.827 ,                      *des coûts catastrophiques de 56% à 50%</p>	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	Impact	317	2022	WHO TB Global Report 2023	315	313	311	308	305	WHO TB Global Report	Estimation sur base de SNIS	OMS
	Taux de mortalité par tuberculose VIH négatif (pour 100 000 habitants)	Impact	34	2022	WHO TB Global Report 2023	30	26	22	18	14	WHO TB Global Report	Estimation sur base de SNIS	OMS

au niveau des familles avec des patients affectés	Taux de mortalité par tuberculose/VIH positif (pour 100 000 habitants)	Impact	5	2022	WHO TB Global Report 2023	4.5	4	3.5	3	2	WHO TB Global Report	Estimation sur base de SNIS	OMS
	Nombre des décès (durant le traitement)	Impact	4184	2022	Rapport PNLT	2962	2735	2508	2281	2054	Rapport PNLT	SNIS de routine	PNLT
	La prévalence de la résistance à la Rifampicine parmi les nouveaux patients	Impact	ND	2022	Enquête DRS	1.6%	1.6%	1.6	Résultat enquête	Résultat enquête	Rapport d'enquête	Enquête	PNLT
	% des ménages ayant bénéficié des mesures de réduction des couts catastrophiques	Impact	56%	2020	Rapport d'enquete	54%	53%	52%	51%	50%	Rapport d'enquête	Enquête	PNLT
.	Pourcentage de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas) testés au moyen des tests rapides recommandés par l'OMS lors du diagnostic	Résultat	13%	2022	WHO TB Global Report 2023	25%	30%	45%	50%	70%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS1</b> . Notifier un total de 1.714.638 cas de TB TTF, parmi lesquels 1.695.885 cas incidents TB-Pharmaco sensibles dont	Nombre des CDT planifiés (Couverture du programme)	processus	2124	2022	DHIS2	2.391	2.582	2.645	2.773	2.964	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT

300.247 enfants, et 22.911 patients TB-Pharmaco résistants

Taux de couverture de traitement TB	Résultat	70%	2022	WHO TB Trend Tool 2022	80%	83%	86%	89%	90%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas déclarés de tuberculose toutes formes confondues (c.-à-d. cas confirmés bactériologiquement plus cas diagnostiqués cliniquement), nouveaux cas et récidives	Résultat	248 120	2022	WHO TB Global Report 2023	287.375	316.176	346.156	368.453	379.725	WHO Global Report	SNIS de routine	PNLT
Proportion des malades TB orientés par la communauté sur l'ensemble	Résultat	33%	2022	Rapport synthèse TB OAC	35%	35%	35%	35%	35%	Rapport annuel PNLT(DHIS2)	SNIS de routine	PNLT
Pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie de frottis parmi le nombre total de laboratoires effectuant des analyses par microscopie de frottis pendant la	Résultat	72%	2022	Rapport annuel PNLT	81%	84%	86%	88%	90%	Rapport CDQ Labo	Collecte active	PNLT
Proportion d'enfants TB dépistés	Résultat	13%	2022	WHO TB Global Report 2022	15%	16%	17%	18%	20%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
Nombre d'enfants 0-14 ans notifiés	Résultat	33151	2022	Rapport PNLT	43.323	50.817	59.083	66.555	76.174	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT

Proportion des patients TB PR notifiés selon les cibles pays	Résultat	40%	2022	Rapport PNLT	50%	55%	60%	65%	70%	Rapport PNLT	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas déclarés de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multirésistante pays	Résultat	1614	2022	WHO TB Global Report 2022	7.641	7.870	8.106	8.349	8.599	WHO TB Global Report	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas déclarés de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multirésistante selon PSN	Résultat	1614	2022	WHO TB Global Report 2022	3.547	3.981	4.515	5.239	5.629	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	
% de patients TB PR ayant bénéficié de tests de sensibilité de deuxième ligne	Résultat	24%	2022	WHO TB Global Report 2022	35%	45%	55%	60%	65%	WHO TB Global Report 019 page 201	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou de tuberculose multirésistante ayant commencé un traitement de seconde intention	Résultat	1403	2022	WHO TB Global Report 2022	3.370	3.782	4.334	5.082	5.517	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) déclarés dans la population carcérale	Résultat	2224	2022	Rapport PNLT	3.097	3.736	3.931	4.109	4.069	Rapport annuel PNLT(DHIS2)	SNIS de routine	PNLT
Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) déclarés dans la population autre que la population carcérale (mineurs)	Résultat	9431	2022	Rapport PNLT	12.422	14.286	16.428	18.893	21.727	Rapport annuel PNLT(DHIS2)	SNIS de routine	PNLT

	Taux succès des patients TB PR	Effets	80%	2021	WHO TB Global Report 2023	85%	85%	85%	85%	85%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
	Proportion des CDT n'ayant connu aucune rupture de stocks des médicaments antituberculeux de première intention	processus	97%	2022	Rapport annuel PNLT	97%	97%	98%	98%	99%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS2 : Traiter avec succès au moins 95% de cas TBPS</b>	Proportion des patients TB PS traité avec succès	Effets	95%	2022	Rapport annuel PNLT	95%	95%	96%	96%	96%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
	Proportion d'enfant 0-14 ans traité avec succès	Effets	91%	2022	Rapport annuel PNLT	92%	93%	94%	95%	95%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
	Proportion patients TB VIH+ traité avec succès	Effets	72%	2022	Rapport annuel PNLT	75%	80%	85%	90%	95%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS3 : Guérir au moins 70% des patients TB-PR mis sous traitement</b>	Proportion des patients TB PR mis sous traitement de seconde ligne et guéris	Effets	14%	2021	Rapport annuel PNLT	25%	35%	45%	55%	65%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS4</b> Tester au VIH 100% des patients TB (connaissance de leur statut sérologique) (xxx cas incidents TB)	Proportion de patients tuberculeux enregistrés (nouveaux cas et récidives) dont le statut sérologique VIH est documenté	Résultat	77%	2021	WHO TB Global Report 2022	80%	85%	90%	95%	100%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS5</b> Mettre sous TAR 100% des patients TB-VIH+ notifiés	Proportion de malades coïnfectés TB/VIH mis sous ARV	Résultat	82%	2021	WHO TB Global Report 2022	90%	95%	100%	100%	100%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT

<b>OS6</b> Mettre sous TPT 95% des personnes/cibles éligibles	Couverture du traitement de cas avec ITL chez enfants 0-5 ans	Résultat	52%	2021	WHO TB Global Report 2022	55%	65%	75%	85%	95%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
	Couverture du traitement de cas avec ITL chez PVVIH nouvelle inclusion	Résultat	58%	2022	Rapport annuel PNLT	63%	65%	75%	85%	95%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
	Proportion d'enfant de 0-5 ans en contact avec des patients tuberculeux qui ont commencé un traitement préventif 3 RH	Résultat	49%	2.022	WHO TB Global Report 2022	52%	55%	58%	62%	65%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS7</b> Eliminer/réduire les obstacles liées aux Droits humains et au Genre entravant l'accès aux services de lutte contre la TB.	Proportion femmes (âgés ≥15 ans) ayant développé la la Tuberculose	Effet	37%	2022	Rapport annuel PNLT	37%	37%	37%	37%	37%	Rapport annuel PNLT	SNIS de routine	PNLT
<b>OS8</b> Améliorer le pilotage et la gouvernance du programme de lutte contre la TB en RDC	Nombre de réunions de coordination tenue avec les partenaires	processus	ND	2022	Rapport annuel PNLT	4	4	4	4	4	Rapport annuel PNLT	Rapport d'enquête	PNLT

## 6.2. EVALUATION DU PSN TB 2024-2028

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

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

## 6.3. RECHERCHE OPERATIONNELLE

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

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

	<b>Priorité 2 : Développer une collaboration durable avec tous les prestataires de soins pour le contrôle de la tuberculose</b>
12	Enquête de satisfaction de services TB rendus par CPLT auprès de la population
13	Impact des actions de Mobilisation sociale dans la lutte anti TB
14	Enquête sur la satisfaction de la qualité des services TUB-VIH : Stratégies de prise en charge combinée TB-VIH: <i>"One stop approach »</i>
	<b>Priorité 3 : Prévention et traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH</b>
15	Etude sur la coïnfection TB/VIH chez l'enfant
16	Etude sur les déterminants du diagnostic précoce, sur la coïnfection TB-VIH
17	Etude sur les déterminants socioculturels qui augmentent la vulnérabilité à la tuberculose, à la coïnfection VIH / tuberculose.
	<b>Priorité 4 : Traitement de la tuberculose sensible, TB PR/XDR : accès, prestation et participation communautaire</b>
18	étude des facteurs liés à la mortalité des malades tuberculeux sous traitement antituberculeux
19	Etude sur la stigmatisation liée à la TB dans les secteurs de la santé,
20	Profil pondéral des enfants tuberculeux de 10-14 ans pour améliorer la prise en charge des cas TB Pédiatrique
21	Etude sur l'impact de la participation communautaire dans la lutte contre la TB
22	Facteurs de risques de la tuberculose chez l'enfant contact d'un cas index TB
23	Facteurs de risque de la MR en RDC
	<b>Priorité 5 : Renforcement des capacités pour la recherche opérationnelle</b>
24	Assurer une assistance technique pour le développement du guide de la recherche opérationnelle du PNLT (PATI OR)
25	Former en recherche opérationnelle des 60 personnes unité centrale et CPLT
27	Soutenir les réunions du comité d'experts pour la recherche opérationnelle (réunion mensuelle de 1 jour de 15 personnes : PNLT, les chercheurs universitaires et partenaires techniques du PNLT)

#### **6.4. PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE**

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

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

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

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

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

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

## **VIII. ANNEXES**

### **8.1. Note d'orientation du Secrétaire Général à la Santé**

Demande de financement au FM et autres Partenaires + Elaboration des Plans stratégiques Nationaux des Programmes spécialisés de Santé Publique.

### **8.2. Logique de la Projection des cibles pour le PSN TB 2024-2028**

### **8.3. Stratégie Fast Track**

### **8.4.**

### **8.5.**