

République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé Publique
Programme National de Lutte contre la Tuberculose

RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE 2022



Décembre 2023



Programme National de Lutte contre la Tuberculose - RDC

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	1
ABREVIATIONS.....	4
LISTE DES TABLEAU.....	6
LISTE DES FIGURES.....	6
RESUME.....	7
INTRODUCTION.....	8
1. GENERALITES.....	9
1.1. LA SITUATION DE LA TUBERCULOSE DANS LE MONDE.....	9
1.2. LA SITUATION DE LA TUBERCULOSE EN AFRIQUE.....	9
1.3. LA SITUATION DE LA TUBERCULOSE EN RDC.....	9
1.3.1. <i>Données démographiques.....</i>	9
1.3.2. <i>Ampleur du problème de la Tuberculose en RDC.....</i>	10
2. PRESENTATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNLT) DE LA RDC..	11
2.1. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DU PNLT.....	11
2.2. LES MOYENS DE DIAGNOSTIC.....	12
3. LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN RDC.....	13
3.1. STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN RDC.....	13
3.2. DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE EN RDC.....	13
3.3. LA GESTION DES INFORMATIONS TB.....	14
3.3.1. <i>Les outils.....</i>	14
3.3.2. <i>Circuit de l'information.....</i>	14
3.4. ASSURANCE QUALITE DES DONNEES.....	15
3.4.1. <i>Système de vérification, de validation et d'analyse des données.....</i>	15
3.4.2. <i>Audits programmatiques.....</i>	15
4. INFORMATIONS ESSENTIELLES EXTRAITES DES DONNÉES 2022 DANS LE DHIS2 ET QUELQUES COMMENTAIRES.....	17
4.1. COMPLÉTUDE ET PROMPTITUDE DES RAPPORTS DANS DHIS2.....	17
4.2. COUVERTURE.....	18
4.3. PRÉSUMÉS ENVOYÉS AU LABORATOIRE.....	18
4.4. NOTIFICATION DES PATIENTS TB PHARMACO-SENSIBLE.....	18
4.5. RÉPARTITION EN ÂGE ET SEXE (2022).....	22
4.6. TB CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	22
4.7. CASCADE DE CO-INFECTION TB/VIH.....	23
4.8. NOTIFICATION ET MISE EN TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE À BACILLE PHARMACO-RÉSISTANT (TB PR).....	24
4.9. LES ISSUES DU TRAITEMENT TUBERCULOSE PHARMACO-SENSIBLE (TB PS) 2022 / COHORTE 2021.....	26
4.10. LE NOMBRE DE DÉCÈS.....	28
5. QUELQUES TENDANCES.....	29
5.1. COUVERTURE DU PROGRAMME EN CDT.....	29
5.2. TENDANCE DE LA NOTIFICATION TB PS.....	30
5.3. TENDANCE DE LA NOTIFICATION DE LA TB PÉDIATRIQUE.....	30
5.4. TENDANCE DE L'INCIDENCE POUR 100.000 HABITANTS.....	31
5.5. INCIDENCE POUR 100.000 HABITANTS PAR CPLT.....	32
5.6. TENDANCE DU TAUX D'ACCROISSEMENT ANNUEL TB-PS.....	33
5.7. TAUX D'ACCROISSEMENT ANNUEL PAR CPLT.....	34

5.8.	TAUX DE RÉALISATION DE LA CIBLE ATTENDUE EN 2022 PAR CPLT	35
5.9.	TENDANCE DE LA FORME DE LA TB DE 2016 À 2022	36
5.10.	TENDANCE DES ISSUES DU TRAITEMENT TB PS DE 2010 À 2022	37
5.11.	RÉPARTITION EN ÂGE ET SEXE (2022)	38
5.12.	TENDANCE DE LA MORTALITÉ.....	39
5.13.	TENDANCE DES DÉCÈS	39
5.14.	ISSUES DU TRAITEMENT PAR CPLT EN 2022 / COHORTE 2021	40
5.15.	TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE	41
5.16.	TENDANCE DE LA NOTIFICATION DE LA TUBERCULOSE PHARMACO-RÉSISTANTE.....	42
6.	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS 2022	43

Cette édition est publiée par le PNLT, avec l'appui technique et financier de TBDIAH et le financement de l'USAID

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toute l'équipe de l'USAID et du projet TBDIAH pour leur appui technique et financier dans la mise en place du projet d'Assistance Technique au service de lutte contre la tuberculose en République Démocratique du Congo, et tout particulièrement au Dr Ezra Tessera.

Nous remercions également les Drs Jean-Felly Numbi, Begin Salumu et Brian BAKOKO de l'USAID/RDC, ainsi que Drs Dorcas Muteteke, Fidèle Mukinda et Sentime KITAMBALA du programme STAR de l'USAID/RDC.

Nos remerciements à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce Rapport épidémiologique 2022, entre autres :

- La Direction et le personnel du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), en particulier le Professeur Dr Michel Kaswa, Dr Eric Nzapakembi, Dr Gertrude Lay, Dr Colette Kinkela, Dr Stéphane Mbuyi, Dr Shadrak Kisalu et Dr Dieu-merci Mumbolo.
- L'équipe de Pont Santé Afrique (POSAF), en particulier Dr Henriette Wembanyama, Dr Jean Pierre Kabuayi, Dr Charles Kitenge, Dr Patricia Bamikina, Mr Fabien Kabasele, Dr Priscilla Kasongo, Dr Fofanah Ebengo pour la contribution technique, et Mr Salvador Kavuke, Mme Vanessa Kalanzaya, Mr Marcel Yela et Mr Bob Moya pour leur soutien opérationnel.

Enfin, nous exprimons notre gratitude à tous les partenaires qui ont participé aux différentes réunions d'élaboration du rapport et de la Task force (SANRU/TBLON, AD, CAD, OMS).

ABREVIATIONS

ARV	Anti rétroviraux
AS	Aire de Santé
BILOS	Billet d'Orientation et de Suivi
CDQ	Contrôle de Qualité des examens des BAAR
CEDA	Centre D'Excellence Damien
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement (de la tuberculose)
CPLT	Coordination Provinciale Lèpre Tuberculose
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
CT	Centre de Traitement
CTX	Cotrimoxazol
DCD	Décédé
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course
DPS	Division Provinciale de la Santé
DHIS2	District Health Information System
ECH	Échec
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
FIDESCO	Fiche d'Investigation de Sujet Contact
GUE	Guérison
HGR	Hôpital Général de Référence
HFN	Hautement faux Négatives
HFP	Hautement faux Positives
INS	Institut National de Statistique
LNR	Laboratoire National de Référence
NC	Nouveau Cas
NC BC	Nouveaux cas de la Tuberculose bactériologiquement confirmé
NC/C	Nouveaux cas de la Tuberculose cliniquement diagnostiqué
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ODD	Objectifs de développement durable
NE	Non évalué
PATI	Manuel des directives pour la gestion des médicaments antituberculeux
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PDV	Perdu de vue
PNLT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNLS	Programme National de lutte contre le VIH/Sida
PPM	Public- Privat-Mix
RECH	Rechutes
RT	Retour après perdu de vue
RSS	Renforcement de Système de Santé
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé (RD Congo)
S&E	Suivi et Évaluation (ou M&E : monitoring and évaluation)
TARV	Traitement par les ARV
TA	Traitement achevé
TBTF	Tuberculose toutes formes
TB PS	Tuberculose Pharmaco-sensible
TB PR	Tuberculose Pharmaco-résistante
TB VIH	Tuberculose associée avec le Virus d'immunodéficience Humaine
TB-PR	Tuberculose Pharmaco-résistante
TEP	Tuberculose Extra-pulmonaire
TTT	Traitement terminé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de santé

LISTE DES TABLEAU

Tableau 1. Complétude et promptitude par DPS en 2022	17
Tableau 2. Zones de Santé ayant notifié plus de 1000 cas TB en 2022	19
Tableau 3. CDT ayant rapportés au moins 500 cas en 2022.....	20
Tableau 4. Proportion des cas de TB chez les enfants et adolescents notifiés par provinces en 2022.....	23
Tableau 5. Cascade de co-infection TB/VIH par DPS.....	23
Tableau 6. Données de diagnostic et mise en traitement des malades TB PR en 2022	25
Tableau 7. Les issues du traitement Tuberculose Pharmaco-Sensible (TB PS) 2022 / cohorte 2021.....	26
Tableau 8. Proportion de décès par CPLT	28
Tableau 9. Incidence de la TB par CPLT de 2018-2022.....	32
Tableau 10. Taux d'accroissement par CPLT de 2018-2022.....	34
Tableau 11. Taux de réalisation de la cible attendue en 2022 par CPLT.....	35
Tableau 12. Synthèse des résultats 2022	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte de la RDC.....	9
Figure 2. Les 30 pays les plus endémiques	10
Figure 3. Les piliers et principes de la stratégie End TB.....	13
Figure 4. Milestones et cibles de la stratégie End TB	13
Figure 5. Le circuit de collecte de données.....	14
Figure 6. Résultats des audits programmatiques 2022.....	16
Figure 7. Répartition en âge et sexe (2022)	22
Figure 8. Répartition en sexe de cas incidents notifiés en 2022.....	22
Figure 9. Couverture CDT.....	29
Figure 10. Tendance de la notification TB PS attendue et réalisée de 2014 à 2022	30
Figure 11. Tendance de la notification de la TB pédiatrique par rapport à la cible attendue de 2018 à 2022.....	30
Figure 12. Tendance de GAP de la notification de la TB Pédiatrique.....	31
Figure 13. Tendance incidence pour 1000H estimée, notifiée et déclinaison requise	31
Figure 14. Tendance du taux d'accroissement.....	33
Figure 15. Tendance de forme de la TB PS.....	36
Figure 16. Tendance des issues de traitements TB PS de 2010 à 2022	37
Figure 17. Mouvement de la courbe d'âge en RDC en 2022.....	38
Figure 18. Tendance de la mortalité (source Global report 2023)	39
Figure 19. Tendance des décès	39
Figure 20. issues de traitement par CPLT en 2022 / cohorte 2021	40
Figure 21. Tendance de la mise sous traitement TPT	41
Figure 22. Graphique tendance de la notification TB PR.....	42

RESUME

La Tuberculose (TB) est une maladie infectieuse contagieuse qui, non seulement entraîne un grand nombre de décès parmi ceux qui en souffrent, mais est également à la base des souffrances et de la pauvreté des millions des personnes.

Elle demeure un problème majeur de santé publique dans le monde en général et en République Démocratique du Congo (RDC) en particulier.

La RD Congo figure parmi les 10 pays qui portent le lourd fardeau simultanément de la TB-Pharmaco sensible, de la coinfection TB-VIH et de la TB Pharmaco résistante dans le monde. En 2022, le PNLT a fonctionné avec 2124 CDT reparti dans 519 ZS.

La complétude des données extraites du DHIS2 en date du 20 avril 2023 a été de 98.1%.

Un total de 248.120 patients atteints de la Tuberculose toutes formes ont été notifiés dont 246.119 cas Incidents (Nouveaux cas & Rechutes), et 31995 enfants (13%)

75% des patients TB notifiés en 2022 ont connu leur statut au VIH parmi lesquels 7% ont le statut VIH positif.

Parmi les patients co-infectés TB VIH en 2022, 89% sont sous TARV.

Le nombre de cas TBPR notifié est en augmentation 1236 en 2021 et 1614 en 2022

Notons que 55% des patients TB PR diagnostiqués en 2022 ont été des nouveaux cas

La proportion de cas TBPR parmi les nouveaux patients augmente passant de 52 à 55 % alors qu'elle régresse pour les cas de retraitement.

Le délai moyen de mise en traitement était long (une moyenne de 17 jours) alors que les normes prévoient 14 Jours.

Par rapport aux issues de traitement de patients :

Pour la Tuberculose pharmaco sensible, le taux de guérison des cas incidents a été de 54%, la proportion des patients avec traitement terminé a été de 41%, le décès à 2%, le taux d'échecs à 0.3%, le taux de perdu de vue à 2% et le taux de non évalué à 2%.

Le succès thérapeutique a donc été de 95%.

Pour la Tuberculose pharmaco résistante, le taux de guérison a été de 10%, la proportion des patients avec traitement terminé a été de 77%, le décès à 6 pharmaco résistante %, le taux de perdu de vue à 7% et échec à 1%.

Le succès thérapeutique des patients souffrants de la TB pharmaco résistante était de 87%.

INTRODUCTION

Dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose, la stratégie End TB a été adoptée en remplacement de la stratégie Halte à la tuberculose. Cette nouvelle stratégie vise un monde exempt de la tuberculose avec zéro décès, zéro maladie et zéro souffrance liée à la tuberculose à l'horizon 2035 avec moins de 10 cas de la TB pour 100.000 hab. En effet, déclarée comme urgence mondiale, la tuberculose figure désormais parmi les principales causes de décès dans le monde. La situation est d'autant plus compliquée avec l'apparition des souches multi résistantes ainsi que du VIH Sida, qui, associé à la tuberculose, fait qu'elle figure parmi les 10 causes de la mortalité dans le monde.

Pour évaluer le progrès par rapport à la nouvelle stratégie (End TB), l'OMS a dressé 3 listes à savoir la liste de la tuberculose sensible, celle de la tuberculose multi résistante et celle de la co-infection TB VIH. La RDC se trouve parmi les 10 pays à forte charge de morbidité pour ces 3 catégories, c'est-à-dire à l'intersection de ces 3 listes. Ainsi, pour suivre la tendance et mesurer l'atteinte de résultats, 3 indicateurs d'impact ont été retenus qui sont : l'incidence de la TB pour 100000H, la mortalité et la proportion des patients qui ont endossé les coûts catastrophiques liés à la Tuberculose.

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose en sigle PNLTL suit la performance de la lutte à travers sa division de suivi et évaluation grâce aux informations extraites des données collectées en routine aux CDT et saisies dans le DHIS2 au niveau de la ZS.

Le présent rapport reprend les analyses effectuées à partir des données de 2022, extraites du DHIS2 en date du 30 avril 2023. Les analyses et les tendances ont porté sur quelques indicateurs clés tirés du PNLTL.

1. GENERALITES

1.1. La situation de la Tuberculose dans le monde

L'OMS estime que dans le monde, 10,6 millions de personnes (8,9 à 11 millions) sont tombées malades de la tuberculose en 2022, ce qui équivaut à 133 cas pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 3% par rapport à 2021 (10,3 millions de personnes) et 1,3 millions des personnes sont décédées.

Le fardeau le plus élevé concerne les hommes adultes, qui représentaient 55 % de tous les cas de tuberculose en 2022 et les femmes adultes représentaient 33 % et les enfants 12 %.

La tuberculose pharmaco résistante est une menace pour la sécurité sanitaire ; seules 2 personnes atteintes de la tuberculose pharmaco résistante sur 5 environ ont eu accès au traitement.

Parmi tous les cas incidents de tuberculose, 6,3 % étaient des personnes vivant avec le VIH (Source : Global Report TB 2023).

1.2. La situation de la Tuberculose en Afrique

L'Afrique avec 11% de la population mondiale, supporte 23 % du poids mondial de la TB.

La gravité des épidémies nationales de tuberculose, en termes de nombre de cas incidents de tuberculose pour 100 000 habitants par an, varie considérablement d'un pays à l'autre, allant de moins de cinq à plus de 500 cas.

La proportion de cas de tuberculose co-infectés par le VIH est plus élevée dans les pays de la Région africaine de l'OMS, dépassant 50 % dans certaines parties de l'Afrique australe.

1.3. La situation de la Tuberculose en RDC

1.3.1. Données démographiques

Pays situé au cœur de l'Afrique, chevauche sur l'équateur entre le 5^e degré de latitude Nord et le 14^e degré de latitude Sud.



Figure 1. Carte de la RDC

Elle partage ses frontières sur une longueur de 9.165 km avec 9 pays limitrophes. Sa superficie est de 2.345.000 km². La population en 2021 est estimée à 98 092 896 habitants (projection INS) soit une densité moyenne de 42 habitants au km². Environ 70% vivent en milieu rural et 30 % dans les centres urbains.

Kinshasa, la capitale de la RDC, renferme en elle seule près de 14 888 660 d'habitants (soit 16% de la population) et subit une forte pression démographique suite à l'exode rural occasionné par les conflits armés, les insurrections et la vente des terrains miniers exploités jadis par les autochtones.

Sur le plan administratif, la RDC est subdivisée en 26 provinces.

Dans le domaine de la santé, le pays applique la politique des soins de santé primaire. Ce sont des soins organisés à

trois niveaux à savoir le premier niveau qui est représenté par les centres de santé, le deuxième niveau constitué par les structures de la première référence et le troisième niveau qui représente les structures de la seconde référence.

La zone de santé est l'entité géographique opérationnelle des soins de santé primaires. Elle est à son tour subdivisée en aires de santé où sont implantés les centres de santé. C'est ainsi que le pays est divisé en 519 zones de santé. En ce qui concerne la lutte contre la maladie, la RDC a mis en place des programmes nationaux pour endiguer les maladies endémiques dont la Tuberculose.

1.3.2. Ampleur du problème de la Tuberculose en RDC

La tuberculose constitue un problème de santé publique en RDC. L'OMS a dressé 3 listes pour catégoriser et classer les pays avec un grand fardeau de la maladie : la liste de la TB sensible, celle de la coïnfection TB VIH et celle de TB MDR/RR. La RDC est parmi les 10 pays qui se retrouvent dans les 3 listes comme repris dans la figure n°2.

Selon le Global Report TB de 2023 reprenant les données de 2022 l'incidence attendue pour 100.000h est de 317 cas pour la tuberculose sensible¹.

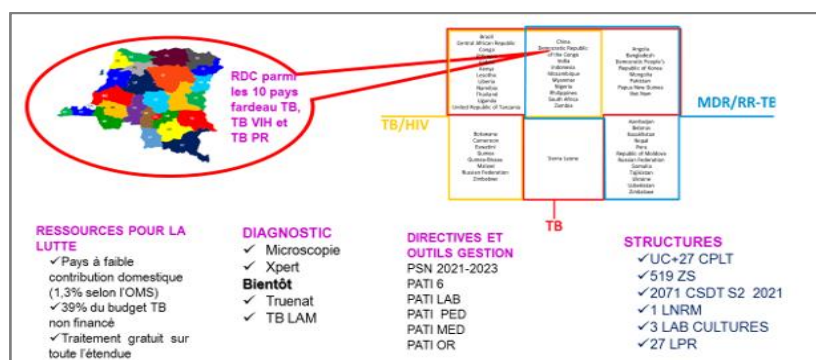


Figure 2. Les 30 pays les plus endémiques

1. <https://www.who.int/news/item/17-06-2023-who-releases-new-global-lists-of-high-burden-countries-for-tb-hiv-associated-tb-and-drug-resistant-tb>

2. PRESENTATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNLT) DE LA RDC

2.1. Cadre institutionnel et organisationnel du PNLT

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose est l'un des programmes du Ministère de la santé intégré dans le système général de soins. Il a été créé par l'Arrêté Ministériel 1250/CAB/MIN/A/AJ/KIZ/41/2002 du 06/11/2002. Ce programme a pour mission d'organiser la lutte contre la tuberculose pour le contrôle de cette maladie et plus tard son élimination comme problème de santé publique.

Pour ce faire le programme a pour objectifs de :

- Veiller à ce que toutes les personnes atteintes de tuberculose aient accès à un diagnostic et à un traitement efficace pour guérir ;
- Réduire la charge sociale et économique inéquitable de la tuberculose ;
- Appliquer les nouvelles technologies et les approches innovantes de prévention, de diagnostic et de soins pour faire barrage à la tuberculose ;

L'atteinte de ces objectifs requiert la mise en place d'une organisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. C'est ainsi que le PNLT est organisé à trois niveaux :

- **Le niveau central ou national** est chargé de la coordination des activités de lutte contre la tuberculose. Il dispose d'un laboratoire national de référence de Mycobactéries (LNRM), d'un grand dépôt pour les médicaments antituberculeux et autres intrants ainsi que de 13 services.
- **Le niveau intermédiaire** est constitué des 27 Coordinations provinciales rattachées aux 26 DPS excepté la DPS Kongo central qui dispose encore de deux CPLT selon l'ancienne configuration (le Kongo central Est et le Kongo central Ouest). Chaque CPLT est dirigée par un Médecin Coordinateur Provincial Lèpre et Tuberculose (MCPLT) soutenu par une équipe polyvalente des professionnels de santé et du personnel administratif ; il dispose d'un laboratoire Provincial de référence (LPR) pour le contrôle de qualité du réseau de microscopie. Les 27 coordinations ont pour mandat d'apporter un appui technique et logistique aux 519 Zones de Santé en matière de lutte contre la TB et la lèpre dans les ZS relevant de leurs rayons d'actions.
- **La zone de santé (ZS)**
Le niveau périphérique comprend 519 Zones de santé auxquelles sont rattachés. La ZS est l'unité opérationnelle de soins de santé primaires et sert une population d'environ 100.000 habitants en zone rurale et de 200.000 à 300.000 habitants en zone urbaine. Chaque ZS comprend une Équipe Cadre de la Zone chargée de coordonner la lutte contre la maladie dans la Zone de Santé y compris la lutte contre les grandes endémies dont la Tuberculose qui fait partie du PMA d'un Centre de Santé. Chaque ZS compte au moins 3 Centres de diagnostic et de Traitement de la TB (CDT) et de considérer les autres structures satellites comme Centre de Santé pour le Traitement de la TB (CT).

Le PNLT dispose de 2124 CDT fonctionnels ²en 2022 sur 2419 prévus, soit un GAP de 295 CDT. Se référant aux FOSA du pays, seulement 27% offrent le service TB en qualité de CDT (Enquête ESP 2021). La couverture actuelle démontre qu'un CDT dessert en moyenne 47091 personnes variant entre 108652 (Kinshasa) et 19970 (Sankuru).

Chaque CDT ou Unité TB compte un infirmier et un technicien de laboratoire ou microscopiste formés en directives techniques du PNLT (PATI 6).

2.2. Les moyens de diagnostic

Au PNLT/RDC, plusieurs techniques sont utilisées pour le diagnostic de la tuberculose à savoir : la microscopie à la recherche des BAAR (Ziehl ou auramine) dans les expectorations, la culture en milieu solide ou en milieu liquide (LPA), la biologie moléculaire (le GenExpert/MTB-RIF, le test de HAIN). Outre le diagnostic clinique, l'on pourra également trouver également le diagnostic bactériologique réalisé via les réseaux de laboratoires ou à l'aide des techniques de diagnostic bactériologique.

Chaque CDT dispose d'un microscope. La microscopie se fait à la recherche de BAAR par :

- a) La technique de coloration de Ziehl-Neelsen à chaud **ou**
- b) La technique de coloration à l'auramine



Actuellement, le réseau de laboratoires est renforcé par l'affectation des microscopes LED et de machines Xpert MTB/RIF pour les CDT avec volume de travail él test GeneXpert



C'est un test moléculaire permettant la détection de l'ADN des Mycobactéries du complexe tuberculeux MTB) et en même temps permet de déterminer en très peu de temps la résistance à la rifampicine au niveau du gène rpoB. Xpert MTB/RIF permet la détection simultanée de MTB et de la résistance à la rifampicine en 2h. La préparation des échantillons, l'extraction, l'amplification et la détection, avec Xpert MTB/RIF, sont entièrement automatisées et réalisées dans une cartouche fermée, par un personnel préalablement formé à Xpert MTB/RIF.

Les principales activités exécutées dans le réseau Xpert MTB/RIF ont pour rôles essentielles la détection des patients pharmaco-résistants auprès de présumés mais aussi de la tuberculose sensible qui échappe à la microscopie (les enfants, les Co infectés, les femmes enceintes, ...). Le réseau GeneXpert a commencé en RD Congo en 2012 avec 25 machines. En 2022, le pays compte 343 machines disponibles avec 1376 modules parmi lesquels, 223 machines sont fonctionnelles avec 642 modules.

² Concernant les CDT non fonctionnels (Le nombre de FOSA non connu en 2021), les données partielles font état de 15372 établissements des soins. L'enquête effectuée par l'ESP relève que 27% de ESS offrent le paquet TB.

3. LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN RDC

3.1. Stratégie de lutte contre la Tuberculose en RDC

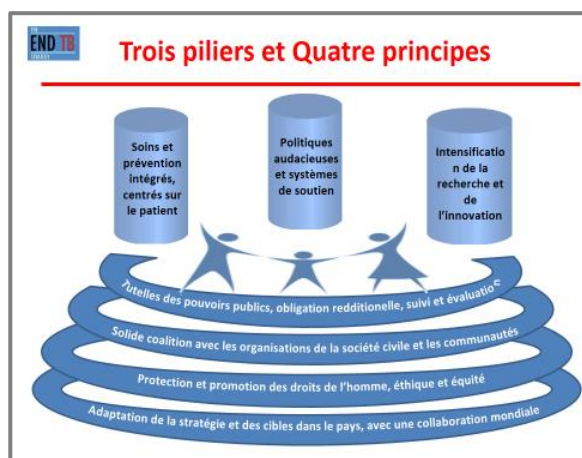


Figure 3. Les piliers et principes de la stratégie End TB

La stratégie de lutte contre la tuberculose en RDC se base sur la stratégie mondiale post 2015 appelée « End TB Strategy ».

Elle comprend trois piliers soutenus par cinq systèmes comme repris dans le schéma.

3.2. Dépistage et prise en charge de la Tuberculose en RDC

Le dépistage de la tuberculose est resté essentiellement passif. En effet, cela a consisté à l'offre des examens de diagnostic aux présumés qui se sont présentés spontanément dans les formations sanitaires sur base des signes évocateurs de la maladie. La recherche active des patients s'est faite grâce à l'unité

mobile et à l'orientation des cas par les RECO. En effet, la communauté a aidé à référer les présumés TB conformément à la définition des cas et au dépistage actif dans les prisons.

La prise en charge des malades s'effectue au niveau des CDT au nombre de 2124 en fin 2022. Le traitement se fait selon qu'il s'agit des formes sensibles ou résistantes aux antituberculeux de 1^{ère} intention.

Les formes sensibles reçoivent le schéma thérapeutique standardisé de 6 à 8 mois selon le groupe, alors que les formes résistantes reçoivent le schéma standardisé ou individualisé avec les médicaments de seconde intention. L'infirmier supervise directement la prise de médicament par les malades (TDO ou Traitement Directement Observé).

END TB Milestones et cibles pour y arriver				
VISION	Un monde sans tuberculose « Zéro décès, et plus de morbidité ni de souffrances dus à la tuberculose »			
BUT	Mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose			
INDICATEURS	Milestones		Cibles	
	2020	2025	2030* ODD	END TB 2035
Réduire le nombre de décès par tuberculose par rapport à 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
Réduire le taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015 (%)	20% (<85/100 000)	50% (<55/100 000)	80% (<20/100 000)	90% (<10/100 000)
Famille supportant de coûts catastrophiques liés à la tuberculose	Zéro	Zéro	Zéro	Zéro

Figure 4. Milestones et cibles de la stratégie End TB

3.3. La gestion des informations TB

3.3.1. Les outils

Les outils de collecte des données de la Tuberculose sont élaborés selon les informations à collectées en s'inspirant de model proposé par l'OMS et/ou les autres partenaires d'appui technique

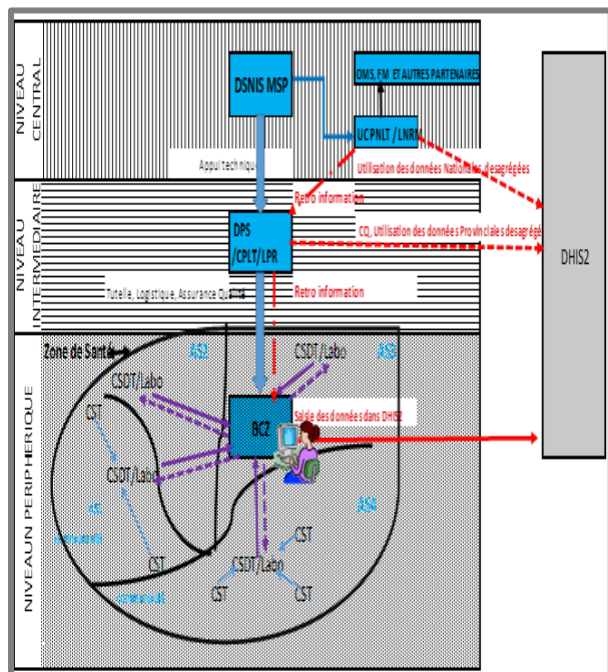


Figure 5. Le circuit de collecte de données

Rapport Trimestriel TB MR, Registre de prise en charge de la TB Latente, Registre Xpert, Registre de la Tuberculose MR, Registre de la Tuberculose XR, Outils gestion médicaments.

3.3.1.4. Niveau de la Coordination Provinciale Lèpre et Tuberculose (CPLT)

Ce niveau gère les laboratoires des cultures et les laboratoires provinciales de référencer. Comme outils de collecte des données, nous citons le Registre de culture, le Registre de contrôle de qualité des lames, le Registre Xpert.

3.3.2. Circuit de l'information

Les informations sur la lutte contre la TB en RDC sont extraites des données collectées en routine à travers le système de suivi et évaluation du PNLT. Ces données sont compilées au niveau périphérique, provincial puis central. En effet, elles sont organisées et analysées à chaque niveau de manière à extraire des informations stratégiques et opérationnelles utiles à la prise des décisions.

Le système mis en place pour capturer les données de la tuberculose depuis la base jusqu'au niveau central est un sous-système du SNIS. Celui-ci vient d'être intégré dans le DHIS2 (District Health, Information Système) qui est un logiciel recommandé par l'OMS pour la gestion de l'information sanitaire au niveau du pays.

L'implantation du DHIS2 couvre présentement toutes les 519 Zones de santé, réparties dans les 27 coordinations (26 dans DHIS2, la CPLT du Kongo central Est étant considérés comme une sous coordination). Par rapport aux données, c'est au niveau des CDT que celles de la

3.3.1.1. Niveau de la communauté

Il y a le FIDESCO, le registre d'investigation des contacts, la fiche de transmission des échantillons, le billet d'orientation et le rapport d'activité.

3.3.1.2. Niveau de Centre de Traitement (CT)

Cahier de traitement, registre d'envoi des échantillons, bon d'envoi.

3.3.1.3. Niveau du Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT)

Bons de demande et rendus d'examen, Registre de laboratoire, Registre de la tuberculose, Fiche de traitement de la tuberculose, Fiche de traitement de la Tuberculose TBMR, Fiche de traitement de la Tuberculose XDR, Cartes de traitement TB sensible (RV+ PROPH), Cartes de traitement TB MDR (RV), Billet de transferts des malades, Rapport trimestriel TB,

TB sont collectées par les IT des CSDT dans un rapport en dur standardisé et envoyés au niveau de ZS pour la saisie dans DHIS2

Elle permet ainsi la saisie des données aux bureaux centraux des Zones de santé. Celles-ci pourront être extraites et exportées en Excel pour les analyses appropriées selon les exigences du PNLT.

3.4. Assurance qualité des données

3.4.1. Système de vérification, de validation et d'analyse des données

À la fin de chaque trimestre, les responsables des CDT tiennent d'abord le monitoring à la base pour analyser les données qu'ils ont produites avant de se rendre au BCZS avec leurs différents supports de collecte et de transmission des données de la tuberculose pour leur monitoring. Il s'agit de l'appréciation de l'adéquation entre les données rapportées à travers le rapport trimestriel par rapport au nombre de cas notifiés, l'évaluation de la cohorte mise sous traitement une année auparavant, la situation des médicaments antituberculeux ainsi que l'analyse des indicateurs clés du programme.

Après cette séance qui se déroule endéans 10 jours de la fin du trimestre, le rapport est transmis au bureau de la CPLT qui organise à son tour une réunion trimestrielle de validation des données par pool des zones de santé selon leur localisation géographique. Au niveau central une réunion de conformité des données est organisée annuellement.

En 2022, les réunions des validations des données ont été irrégulières.

3.4.2. Audits programmatiques

Les audits prévus dans le cadre d'assurance qualité des données de la tuberculose sont :

3.4.2.1. Audit de la qualité des données [Data Quality Audit (DQA)]

L'outil du DQA qui est Standard permet de :

- Vérifier la qualité des données rapportées pour les indicateurs clés sur les sites sélectionnés
- Évaluer la capacité des systèmes de gestion des données à collecter, gérer et rapporter des données de qualité.
- Cet audit est effectué par une agence ou institution externe au Programme
- La mise en œuvre des recommandations issues de cet audit aide le Programme à améliorer la capacité et la performance du système de gestion et de rapportage des données de produire des données de qualité

Cet audit n'a pas été réalisé en 2022.

3.4.2.2. Audit de la qualité des données de routine [Routine Data Quality Audit (RDQA)]

C'est le même outil mais adapté par rapport aux indicateurs et sites retenus et qui permet de s'assurer la qualité des données :

- Exactitude/Fiabilité
- Complétude
- Périodicité
- Disponibilité
- Intégrité/Contrôle tâche

Le RDQA est une auto-évaluation fait par le Programme

Il aide le Programme le suivi et la planification de supervision ou pour préparer un audit externe

Cet audit a été réalisé en 2022.

3.4.2.3. Vérification des données sur terrain [On Site Data Verification (OSDV)]

Cet audit n'a pas été réalisé en 2022.

Ces différents audits devraient permettre de s'assurer de :

- La complétude et la promptitude des rapports
- La qualité et l'exactitude des données,
- La disponibilité des outils et intrants.

En 2022, un audit de qualité des données (RDQA) a été réalisé Pour 12 CPLT par les experts du PNLT.

Voici un résumé des audits programmatiques réalisés en 2022 :

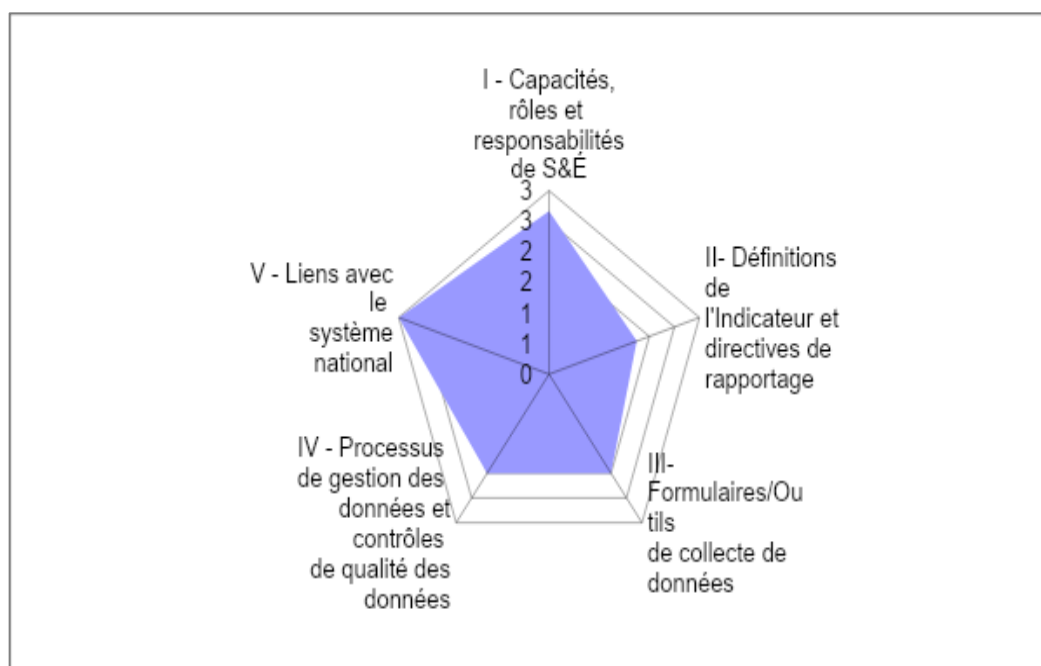


Figure 6. Résultats des audits programmatiques 2022

4. INFORMATIONS ESSENTIELLES EXTRAITES DES DONNÉES 2022 DANS LE DHIS2 ET QUELQUES COMMENTAIRES

4.1. Complétude et promptitude des rapports dans DHIS2

Les données du présent rapport ont été extraites du DHIS2 en date du 26 juin 2023 avec une complétude de 97% variant entre 100% pour six DPS à 85% pour le Haut Katanga à 80% le Haut Uélé qui est au bas de l'échelle.

La promptitude a été de 83,6% variant entre 95.6 % dans le Kasai à 37% dans le Maï-Ndombe.

Tableau 1. Complétude et promptitude par DPS en 2022

Nom	PNLT PATI V - TB-Edition 2019 - Actual reports	PNLT PATI V - TB- Edition 2019 - Expected reports	PNLT PATI V - TB- Edition 2019 - Reporting rate	PNLT PATI V - TB- Edition 2019 - Actual reports on time	PNLT PATI V - TB- Edition 2019 - Reporting rate on time
RDC	8506	8772	97	7330	83.6
ks Kasai DPS	324	320	100	306	95.6
kc Kongo Central DPS	451	452	99.8	429	94.9
ke Kasai Oriental DPS	492	504	97.6	474	94
bu Bas Uele DPS	164	164	100	153	93.3
lm Lomami DPS	372	388	95.9	359	92.5
mn Maniema DPS	284	284	100	259	91.2
sn Sankuru DPS	256	260	98.5	232	89.2
nk Nord Kivu DPS	499	504	99	445	88.3
kg Kwango DPS	276	276	100	243	88
kr Kasai Central DPS	392	392	100	342	87.2
nu Nord Ubangi DPS	176	184	95.7	160	87
kl Kwilu DPS	412	416	99	351	84.4
it Ituri DPS	535	548	97.6	462	84.3
tu Tshuapa DPS	207	224	92.4	187	83.5
hk Haut Katanga DPS	357	416	85.8	347	83.4
tp Tshopo DPS	312	324	96.3	264	81.5
kn Kinshasa DPS	568	580	97.9	471	81.2
mg Mongala DPS	214	212	100	169	79.7
ll Lualaba DPS	262	284	92.3	218	76.8

hu DPS	Haut Uele	212	264	80.3	200	75.8
su DPS	Sud Ubangi	264	288	91.7	216	75
tn DPS	Tanganyika	208	220	94.5	159	72.3
eq	Equateur DPS	222	228	97.4	133	58.3
hl DPS	Haut Lomami	294	296	99.3	166	56.1
md DPS	Maindombe	213	216	98.6	80	37

Commentaire

On note une régression de la complétude de 1% par rapport à 2021 mais une amélioration de la promptitude passant de 69,5% en 2021 à 83,6% en 2022.

4.2. Couverture

Le programme a fonctionné avec 2124 CDT sur les 2419 prévus dans le PSN 2021-2023 soit un taux de réalisation de 88%. Si on compare par rapport en 2021, on note taux d'accroissement de 2% ceci paraît très faible. Il y a des critères établis pour l'extension de la couverture CDT 2021-2023, mettant l'accent sur l'intégration du secteur privé qui malheureusement ont faiblement intégré la lutte.

La faible couverture était due par la non-disponibilité en microscopes et l'absence de formation des nouveaux prestataires.

4.3. Présumés envoyés au laboratoire

Parmi les 851198 présumés envoyés au laboratoire, 135744 ont été positifs à la microscopie soit un taux de positivité de 16%, donc 2 personnes sont bactériologiquement confirmées sur dix présumés soumis à la microscopie. L'orientation des présumés est très sélective. 87895 présumés ont été soumis au Genexpert soit 10% des présumés.

La microscopie est restée le principal outil utilisé du diagnostic des présumés TB car accès limité au test moléculaire (GeneXert, Truenat, TB Lamp...)

4.4. Notification des patients TB Pharmaco-sensible

Le pays a notifié en 2022, un total de 246.119 cas incidents avec une incidence notifiée de 229 cas pour 100.000 habitants (incidence inférieure à l'OMS qui estime à 317 cas pour 100.000 habitants). Cette incidence varie d'une province à une autre allant de 563 pour 100.000 habitants dans le Kasai Oriental et à 93 dans le Kongo Central.

La tendance de l'incidence notifiée pour 100.000 H 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 et régression).

Le nombre des cas incidents notifiés a augmenté passant de 214.408 cas en 2021 à 246.119 cas en 2022, soit 15 % de taux d'accroissement soit une réalisation de 85% par rapport à la cible fixée dans le PSN 2021-2023.

En rapport avec les formes de la maladie, 59% de cas notifiés en 2022 sont de TB+, 23% de TB/C et 18% de TEP. La proportion de TB+ régresse chaque année passant de 81% en 2017 à 59% en 2022.

Le taux de détection est de 70%.

Sur le total cas incidents notifiés, la province de Kinshasa a contribué à 14%, suivi du Kasai Oriental avec 9% puis du Haut Katanga avec 8%. La plus faible contribution est de 1% pour les provinces de l'Equateur, du Bas Uélé et du Nord Ubangi.

Les hommes sont plus atteints (57%) que les femmes (43%) avec un sex ratio H/F de 1,3. Les enfants représentent 13%.

Tableau 2. Zones de Santé ayant notifié plus de 1000 cas TB en 2022

Province	Zone de santé	Cas Incident	Toutes formes
Total Pays		246119	248120
Kasai Oriental	Lukelenge	2522	2522
Kasai Oriental	Muya	1859	1859
Kinshasa	Lingwala	1855	1856
Kinshasa	Masina 2	1849	1856
Kinshasa	Kikimi	1806	1806
Haut Katanga	Ruashi	1726	1741
Kinshasa	Binza Ozone	1651	1654
Haut Katanga	Kilwa	1641	1646
Lualaba	Manika	1625	1629
Tanganyika	Kalemie	1623	1642
Kasai Oriental	Kansele	1614	1614
Kasai Oriental	Dibindi	1612	1612
Kasai Oriental	Diulu	1592	1592
Ituri	Bunia	1575	1589
Kinshasa	Binza Meteo	1524	1533
Kasai	Kamonia	1524	1524
Kinshasa	BumZone de Santé	1516	1536
Kasai Oriental	Lubilanji	1513	1513
Kinshasa	Selembao	1449	1451
Haut Katanga	Sakania	1403	1408
Kinshasa	Nsele	1386	1400
Lomami	MwenediZone de Santé	1366	1367
Haut Katanga	Kenya	1333	1379
Kinshasa	Kokolo	1311	1311
Kasai Oriental	Nzaba	1284	1284
Kinshasa	Masina 1	1284	1286
Nord Kivu	Mweso	1280	1304
Kinshasa	Biyela	1267	1267
Haut Katanga	Tshamilemba	1258	1285
Kinshasa	Ndjili	1227	1228
Kinshasa	Kingasani	1221	1224
Sankuru	Lodja	1195	1195
Kasai	Kamwasha	1171	1171
Kasai Oriental	Tshilenge	1167	1167
Kasai Oriental	Mukumbi	1153	1153

Kasai Oriental	Citenge	1150	1150
Kinshasa	Kingabwa	1135	1135
Kinshasa	Limete	1123	1125
Haut Katanga	Kampemba	1105	1159
Tshopo	Makiso Kisangani	1098	1103
Haut Katanga	Kisanga	1097	1100
Haut Uele	Isiro	1096	1123
Haut Katanga	Lubumbashi	1092	1114
Kasai	Kalonda Ouest	1089	1089
Lomami	Kabinda	1082	1134
Haut Lomami	Malemba Nkulu	1080	1080
Tanganyika	Manono	1073	1073
Kinshasa	Kisenso	1069	1069
Lualaba	Dilala	1063	1067
Kinshasa	Lemba	1045	1047
Ituri	BamZone de Santé	1044	1044
Kasai Oriental	Mpokolo	1037	1043
Kinshasa	Matete	1037	1037
Nord Kivu	Karisimbi	1026	1103
Nord Kivu	Masisi	1026	1027
Kasai Central	Demba	1025	1025
Kivu	Kimbi Lulenge	1024	1024
Kwilu	Vanga	1023	1023
Kinshasa	Ngaba	1002	1002

Commentaires

59 sur 519 ZS ont notifiées plus de 1000 cas soit 11% (augmentation de 3% par rapport à l'année précédente). Le top 5 des zones de santés ayant notifiés plus de 1000 cas : Lukelenge (2522 cas), Muya (1859 cas), Lingwala (1855 cas), Masina 2 (1849 cas) et Kikimi (1806 cas). Sur 59 ZS ayant notifiés plus de 1000 cas en 2022, 19 appartiennent à la province de Kinshasa.

Tableau 3. CDT ayant rapportés au moins 500 cas en 2022

PROVINCE	ZS	AIRE DE SANTE	CDT	cas incident	Toutes formes
Tanganyika	Kalemie	HGR	Kalemie Hôpital Général de Référence	1144	1159
Haut Katanga	Ruashi	Luwowoshi	Mamba 1 Centre de Santé	1089	1103
Haut Katanga	Kenya	Kenya 2	Kenya Hôpital Général de Référence	1075	1118
Kinshasa	Lingwala	La Voix Du Peuple	Kabinda Centre Hospitalier	960	960
Nord Kivu	Mweso	Bushanga	Mweso Hôpital Général de Référence	946	970
Haut Katanga	Sakanika	Kasumba Lesa douane	Kasumbalesa Douane Centre de Santé de Référence	866	868

Nord Kivu	Masisi	Masisi	Masisi Hôpital Général de Référence	841	842
Nord Kivu	Karisimbi	Virunga	Virunga Hôpital Général de Référence	834	887
Kinshasa	Bumbu	Matadi 2	Libondi Centre de Santé	774	794
Kinshasa	Lingwala	La Voix Du Peule	CDT Kabinda Hôpital	754	755
Kinshasa	Kikimi	Marechal	Marechal Centre de Santé	736	736
Kasai Oriental	Lukelenge	Lukelenge 1	Sœur Franciscaine Hôpital Général de Référence	714	714
Ituri	Bunia	f	Mudzi Maria Centre de Santé	711	718
Kasai Oriental	Dibindi	CHPM	Centre Chretien Santé Centre de Santé	705	705
Kinshasa	Ngaba	Bulambemba	Mobenge Centre de Santé	641	641
Kinshasa	Police	Lufungula	Lufungula Centre de Santé	635	635
Equateur	Wangata	De la Ville	Pilote Centre de Santé	610	629
Nord Kivu	Beni	Kanzulinzuli	Beni Hôpital Général de Référence	608	608
Haut Uele	Isiro	Tely	Isiro Hôpital Général de Référence	599	624
Kinshasa	Kalamu 1	Kimbangu 2	Bondeko Centre de Santé	590	590
Haut Katanga	Likasi	Centre-Ville	Milumba Centre de Santé de Référence	583	583
Kinshasa	Binza Meteo	Kinkenda	Kinkenda Centre Hospitalier	579	582
Kinshasa	Makala	Tampa	St Clement Centre de Santé	571	571
Kinshasa	Masina 2	Congo	Lunda Centre de Santé	558	562
Kinshasa	Biyela	Luebo 1	Saint Joseph Centre de Santé	558	558
Haut Katanga	Tshamil emba	Kigoma Ouest	Amani Centre de Santé	538	550
Tanganyika	Manono	HGR	Manono Hôpital Général de Référence	531	531
Kinshasa	Kinshasa	Djalo	St Pierre Centre de Santé	521	522
Ituri	Bambu	Lalo	Lalo Centre de Santé	519	519
Kinshasa	Ndjili	Quartier 2	Bomoi Centre de Santé	517	517
Kinshasa	Barumbu	Bitshakutshaku	Boyambi Hôpital Général de Référence	508	515
Ituri	Damas	Dhego	Dhego Centre de Santé	505	505
Kinshasa	Kikimi	Bosembo	Scs Bosembo Centre de Santé	505	505
Haut Katanga	Lubumbashi	Kiwele	Lubumbashi Cliniques Universitaires	500	506

Commentaires

Par rapport à 2021 (20 CDT) ; 34 CDT ont notifié plus de 500 cas soit une augmentation de 41%. Le Top 5 des CDT ayant notifiés plus de 500 cas : HGR Kalemie (1144 cas), CDT Mamba 1 (1089 cas), HGR Kenya (1075 cas), CH Kabinda (960 cas) et HGR Mweso (946 cas). Contrairement à l'année 2021 ; tous les CDT ont rapporté au moins un cas.

4.5. Répartition en âge et sexe (2022)

Figure 7. Répartition en âge et sexe (2022)

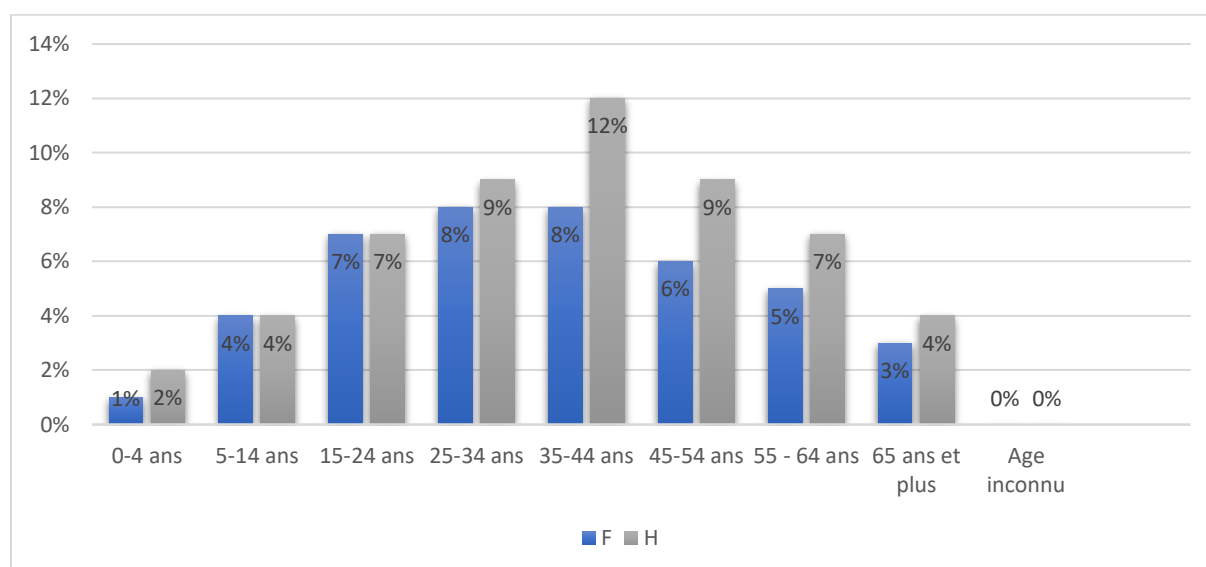
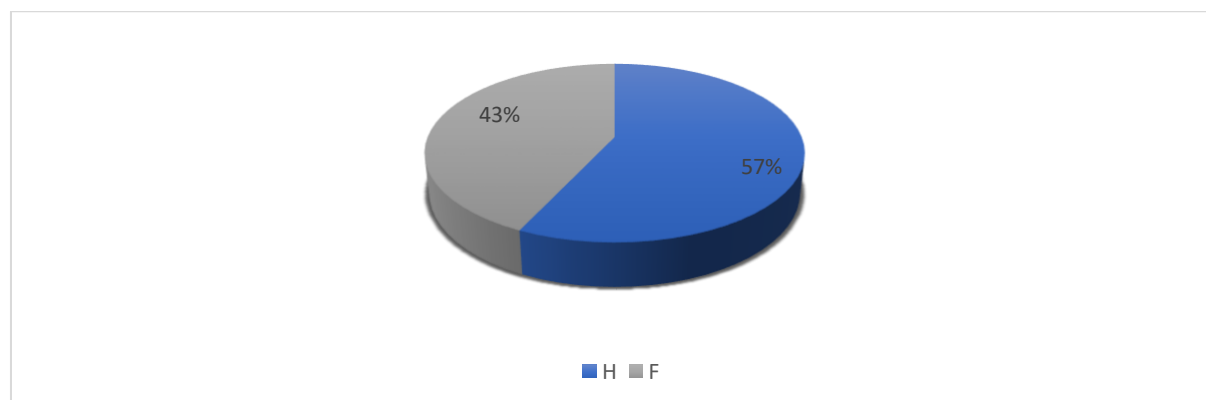


Figure 8. Répartition en sexe de cas incidents notifiés en 2022



Commentaire

Dans la répartition des cas selon le sexe, on constate que les hommes représentent 57 % et les femmes 43%. Le sexe ratio est de 1.3. Les enfants de 0 à 14 ans représentent 13%. La tranche d'âge la plus touchée est celles de 35 à 44 ans suivie de 25 à 34 ans.

4.6. TB chez les enfants et adolescents

Le dépistage de la TB pédiatrique reste un défi réel pour le programme. La proportion d'enfant (0 – 14 ans) notifiés était de 13% en 2022. Cette proportion évolue très faiblement. Elle est restée de 11% depuis 2015 à 2020 puis en augmentant de 1% soit 12% en 2021.

Le taux de réalisation du PSN est de 76%, le GAP de la détection de la TB pédiatrique représente 24 % de la cible pédiatrique pour 2022.

En comparant avec les données de trois dernières années (2020, 2021 et 2022) ; on constate que les provinces avec faibles performances dans la notification des cas de TB chez les enfants et adolescents sont : Mongala (5% en 2020, 4% en 2021 et 4% en 2022), Kongo Central (7%, 7% et 7%) et enfin le Kwango (7%, 8% et 8%). Tandis que la province de Lomami est restée performante suivi de Bas Uélé : 17/19/19 et de Kwilu : 13/15/17

Tableau 4. Proportion des cas de TB chez les enfants et adolescents notifiés par provinces en 2022

≤10%		Entre 11% et 13%		Entre 14 % et 16%		≥ 17 %	
6 CPLT (23 %)		6 CPLT (23 %)		10 CPLT (38%)		4 CPLT sur 26 (15%)	
Mongala	4%	Lualaba	11%	Haut Lomami	14%	Bas Uélé	17%
Kongo Central	7%	Sud Ubangi	11%	Maniema	14%	Kwilu	17%
Tshopo	8%	Tanganyika	11%	Sud Kivu	14%	Kasai Central	17%
Kwango	8%	Haut Uélé	12%	Sankuru	14%	Lomami	19%
Kinshasa	9%	Ituri	12%	Kasai Oriental	16%		
Equateur	9%	Haut Katanga	13%	Maindombe	16%		
				Nord Kivu	16%		
				Kasai	16%		
				Nord Ubangi	16%		
				Tshuapa	16%		
		RDC	13%				
LE PSN A PREVU 17% EN 2022							
Pas de performance		Effort timide		Amélioration		Performance	

Commentaire

Quatre provinces (Bas Uélé, Kwilu, Kasai Central et la Lomami) ont réalisé la cible du PSN. Six provinces ont une faible performance de cet indicateur.

4.7. Cascade de co-infection TB/VIH

En 2022, 184 564 (75%) des patients TB notifiés ont connu leur statut au VIH parmi lesquels 12 593

(7%) ont le statut VIH positif et 11 175(89%) ont été mis sous TARV.

Tableau 5. Cascade de co-infection TB/VIH par DPS

DPS	Nbres des Patients TB	Résultat de test VIH connu	%	TB-VIH+	%	TB-VIH+ sous TARV	%
Bas Uele	3617,	2603	72%	493	14 %	370	75%
Equateur	3583,	1379	39%	84	2%	57	68%
Haut Katanga	20922,	20636	100 %	1675	8%	1658	99%
Haut Lomami	9635,	7686	80%	165	2%	115	70%
Haut Uele	3921,	2604	67%	680	18 %	663	98%
Ituri	11667,	6911	60%	758	7%	642	85%

Kasai	6936,	6565	47%	341	2%	340	100 %
Kasai Central	22181,	6920	73%	380	4%	328	86%
Kasai Oriental	4687,	12799	58%	572	3%	556	97%
Kinshasa	14823,	30608	90%	3380	10 %	2966	88%
Kongo Central	34244,	6568	96%	392	6%	368	94%
Kwango	9512,	3800	86%	70	2%	67	96%
Kwilu	14010,	8402	57%	138	1%	131	95%
Lomami	7384,	10438	89%	168	1%	124	74%
Lualaba	11755,	6806	94%	507	7%	491	97%
Maindombe	4943,	3181	64%	63	1%	61	97%
Maniema	3762,	3679	73%	271	5%	254	94%
Mongala	5135,	3273	87%	66	2%	53	80%
Nord Kivu	11071,	8506	78%	812	7%	620	76%
Nord Ubangi	2647,	2568	97%	62	2%	63	100 %
Sankuru	10264,	5843	70%	151	2%	132	87%
Sud Kivu	8302,	8894	87%	553	5%	500	90%
Sud Ubangi	4249,	3491	83%	155	4%	125	81%
Tanganyika	7030,	3743	54%	130	2%	121	93%
Tshopo	6395,	3912	62%	262	4%	248	95%
Tshuapa	5886,	2797	53%	160	3%	126	79%
RDC	248561,	184612	75 %	12488	5%	11179	90%

Commentaire

5 provinces (Haut Katanga, Nord Ubangi, Kongo Centrale, Lualaba et Kinshasa) soit 19% ont atteint la cible des 90% des patients TB testé au VIH. 62% des provinces ont mis au moins 90% des patients sous ARV. 3 provinces (Haut Uélé, Bas Uélé et Kinshasa) ont une prévalence VIH élevée.

4.8. Notification et mise en traitement de la Tuberculose à Bacille Pharmaco-Résistant (TB PR)

Le nombre de cas TBPR notifié est en augmentation 1236 en 2021 et 1614 en 2022

Notons que 55% des patients TB PR diagnostiqués en 2022 ont été des nouveaux cas

La proportion de cas TBPR parmi les nouveaux patients augmente passant de 52 à 55 % alors qu'elle régresse pour les cas de retraitement.

Le délai moyen de mise en traitement était long (une moyenne de 17 jours) alors que les normes prévoient 14 Jours.

Cette situation voudrait dire que le délai de contagiosité augmente tant par la cible non diagnostiquée (60% pour le pays), celle en retard de traitement pour diverses raisons que celle non mise sous traitement.

Tableau 6. Données de diagnostic et mise en traitement des malades TB PR en 2022

	Diagnostic XPert 2022	% CPLT	Malades du 2022 mis en TTT	% de mis en TTT	Malades du 2022 non mis en TTT	% de non mis en TTT
KCE	26	1,6%	25	96,2%	1	3,8%
KCO	139	8,6%	122	87,8%	17	12,2%
MND	19	1,2%	19	100,0%	0	0,0%
KWG	6	0,4%	6	100,0%	0	0,0%
KWL	26	1,6%	23	88,5%	3	11,5%
MGL	9	0,6%	6	66,7%	3	33,3%
NUB	8	0,5%	8	100,0%	0	0,0%
SUB	22	1,4%	21	95,5%	1	4,5%
EQT	11	0,7%	9	81,8%	2	18,2%
TAP	11	0,7%	9	81,8%	2	18,2%
KIN	413	25,6%	387	93,7%	26	6,3%
KAC	24	1,5%	23	95,8%	1	4,2%
KAS	15	0,9%	15	100,0%	0	0,0%
KOR	222	13,8%	197	88,7%	25	11,3%
LMM	17	1,1%	17	100,0%	0	0,0%
HLM	32	2,0%	24	75,0%	8	25,0%
TGK	41	2,5%	33	80,5%	8	19,5%
LLB	61	3,8%	56	91,8%	5	8,2%
HKT	238	14,7%	197	82,8%	41	17,2%
KVN	53	3,3%	43	81,1%	10	18,9%
KVS	60	3,7%	59	98,3%	1	1,7%
MNM	16	1,0%	16	100,0%	0	0,0%
HUL	17	1,1%	14	82,4%	3	17,6%
ITR	25	1,5%	18	72,0%	7	28,0%
TOP	5	0,3%	5	100,0%	0	0,0%
BUL	4	0,2%	1	25,0%	3	75,0%
SKR	94	5,8%	92	97,9%	2	2,1%
RDC	1614	100%	1445	89,5%	169	10,5%

Commentaires

Au cours de l'année 2022, sur les 1.614 patients diagnostiqués, 413 soit 25,6% des malades ont été diagnostiqués à Kinshasa, 238 malades soit 14,7% au Haut Katanga, 139 malades soit 8,6% au Kongo Central Ouest, 222 soit 13,8 % dans la CPLT de Kasai Oriental. Notons que toutes les coordinations ont diagnostiqué au moins 1 cas.

Pour la mise en traitement en 2022, 1445 patients soit 89,5% des patients diagnostiqués ont été mis en traitement. 7 CPLT sur 27 ont mis 100% des malades en traitement et 20 CPLT comptent 169 malades non mis en traitement.

4.9. Les issues du traitement Tuberculose Pharmaco-Sensible (TB PS) 2022 / cohorte 2021

Tableau 7. Les issues du traitement Tuberculose Pharmaco-Sensible (TB PS) 2022 / cohorte 2021

PROVINCES	TOTAL ENREG.	TX DE GUERISON	SUCCESS THER	%	DECES	%	ECHECS	%	PDV	%	NV	%
RDC	213262	54%	203357	95%	4158	2%	557	0%	3658	2%	1532	1%
bu Bas Uele Province	3140	37%	2980	95%	92	3%	3	0%	42	1%	23	1%
eq Equateur Province	2487	62%	2396	96%	31	1%	7	0%	27	1%	26	1%
hk Haut Katanga Province	15789	44%	14928	95%	388	2%	78	0%	296	2%	99	1%
hl Haut Lomami Province	8000	62%	7888	99%	80	1%	3	0%	27	0%	2	0%
hu Haut Uele Province	3462	30%	3238	94%	153	4%	7	0%	37	1%	27	1%
it Ituri Province	11286	57%	10196	90%	321	3%	36	0%	509	5%	224	2%
kc Kongo Central Province	5828	63%	5325	91%	274	5%	36	1%	127	2%	66	1%
ke Kasai Oriental Province	20611	45%	20385	99%	89	0%	34	0%	42	0%	61	0%
kg Kwango Province	4174	72%	4100	98%	47	1%	0	0%	22	1%	5	0%

kl Kwilu Province	12783	44%	12515	98%	171	1%	4	0%	54	0%	39	0%
kn Kinshasa Province	29871	49%	27912	93%	768	3%	217	1%	858	3%	116	0%
ks Kasai Province	11842	58%	11666	99%	83	1%	2	0%	60	1%	31	0%
ll Lualaba Province	6355	61%	5842	92%	209	3%	9	0%	153	2%	142	2%
lm Lomami Province	9686	52%	9636	99%	38	0%	1	0%	10	0%	1	0%
md Maindombe Province	4354	63%	4249	98%	68	2%	1	0%	36	1%	0	0%
mg Mongala Province	4046	95%	3954	98%	31	1%	3	0%	44	1%	14	0%
mn Maniema Province	4384	54%	4251	97%	60	1%	13	0%	17	0%	43	1%
nk Nord Kivu Province	9045	49%	7761	86%	428	5%	53	1%	617	7%	186	2%
nu Nord Ubangi Province	2031	58%	1974	97%	42	2%	2	0%	11	1%	2	0%
sk Sud Kivu Province	9263	65%	8837	95%	173	2%	9	0%	120	1%	124	1%
sn Sankuru Province	6957	50%	6911	99%	34	0%	0	0%	6	0%	6	0%
su Sud Ubangi Province	3663	71%	3421	93%	66	2%	7	0%	98	3%	71	2%

kr Kasai Central Province	9590	68%	9255	97 %	147	2 %	12	0 %	118	1 %	58	1 %
tn Tanganyika Province	5494	41%	5168	94 %	151	3 %	8	0 %	111	2 %	56	1 %
tp Tshopo Province	4627	50%	4259	92 %	165	4 %	11	0 %	136	3 %	56	1 %
tu Tshuapa Province	4494	72%	4310	96 %	49	1 %	1	0 %	80	2 %	54	1 %

Commentaire

Le taux de guérison pour les cas de la TB Toutes formes a été de de 54%

Le taux des patients avec traitement terminé a été de 41%, ce qui fait un taux de succès de 95% contre 94% en 2021 (99% Haut-Lomami et Province orientale alors que la Nord-Kivu a 86 %) Le taux de décès a été de 2%, le taux d'échecs de 0.3%, le taux de perdus de vue de 2% et le taux de non évalué de 1%. Les issues défavorables dans la Tshopo concernent les non évalués perdu de vue et le décès.

4.10. Le nombre de décès

4186 cas de décès enregistrés en 2022 représentent 2% des issues défavorables contre 4575 en 2021 qui représentait également 2%. Parmi ces décès, 18% sont des cas TBVIH+, 6% sont des enfants 0-14 et 13% de cas suivis par la communauté.

Nord-Kivu et Kongo Central contribuent pour 5% de décès, suivi du Tshopo.

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

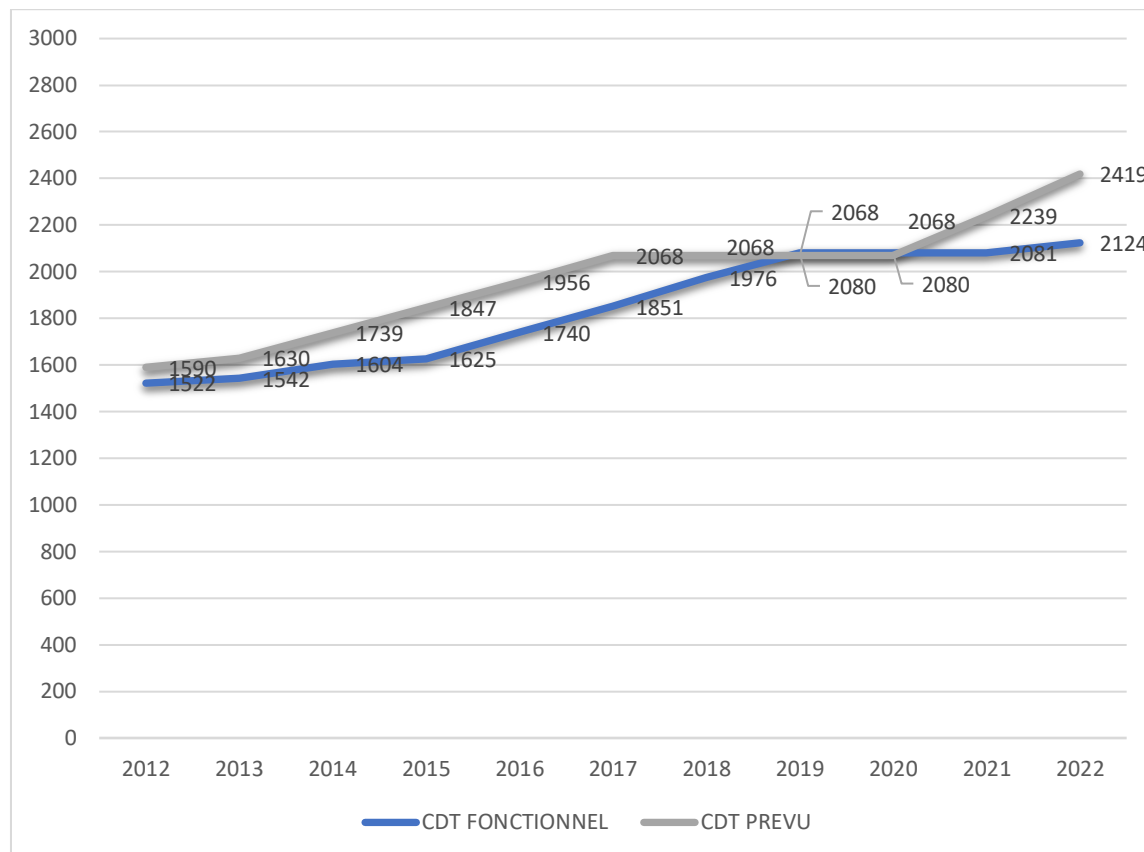
Tableau 8. Proportion de décès par CPLT

DPS	Contribution décès	DECES TB VIH+ (Np+Rech)
nk Nord Kivu Province	5%	17%
kc Kongo Central Province	5%	6%
hu Haut Uélé	4%	21%
tp Tshopo Province	4%	13%
ll Lualaba Province	3%	14%
bu Bas Uele Province	3%	16%
it Ituri Province	3%	12%
tn Tanganyika Province	3%	9%
kn Kinshasa Province	3%	36%
hk Haut Katanga Province	2%	21%
nu Nord Ubangi Province	2%	12%
sk Sud Kivu Province	2%	20%
su Sud Ubangi Province	2%	3%
md Maindombe Province	2%	1%
kr Kasai Central Province	2%	14%

5. QUELQUES TENDANCES

5.1. Couverture du programme en CDT

Figure 9. Couverture CDT

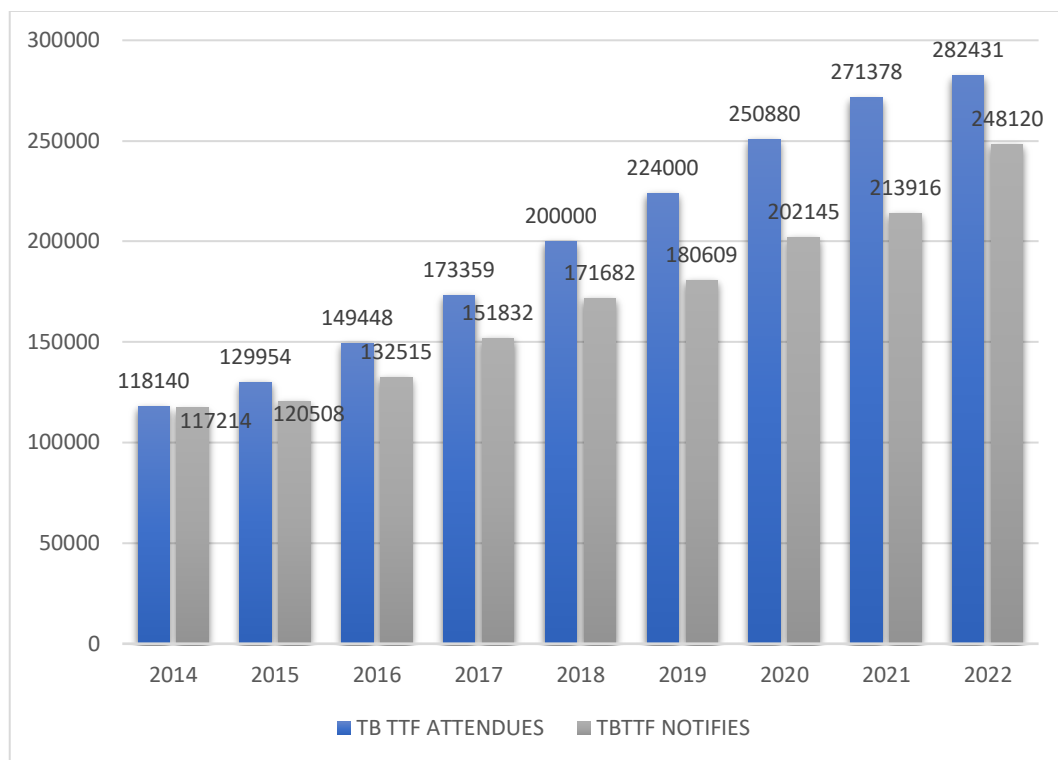


Commentaire

Enfin 2022, le PNLT a fonction avec 2124 CDT sur 2419 prévus soit 87,8% de couverture. Le retard dans la dotation des microscopes et intrants de laboratoire est l'une des causes principales de de retard.

5.2. Tendance de la notification TB PS

Figure 10. Tendance de la notification TB PS attendue et réalisée de 2014 à 2022

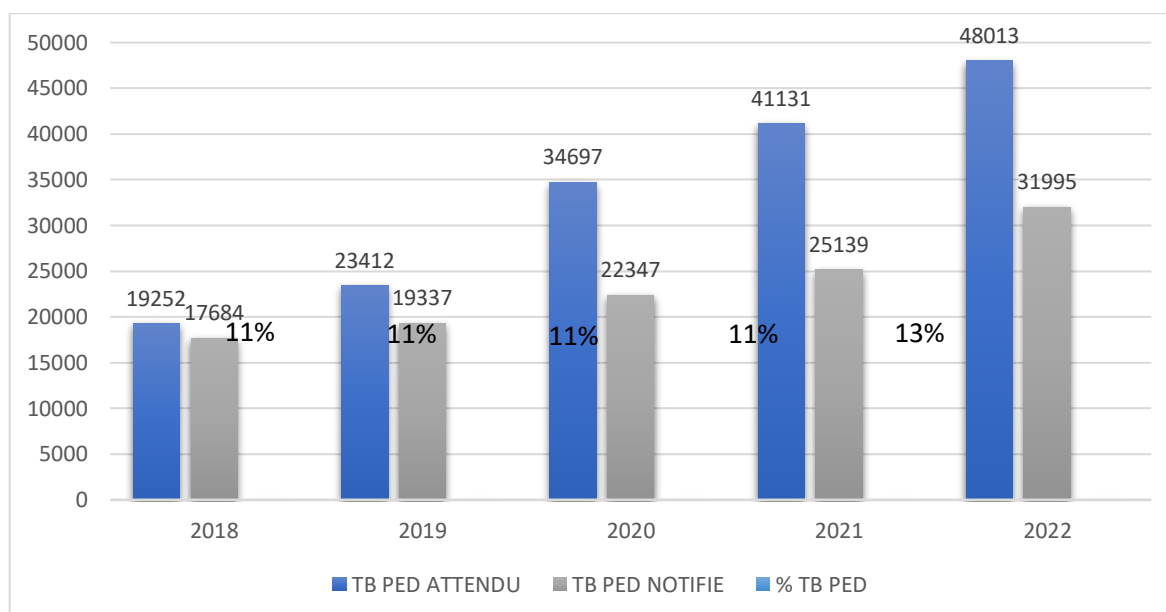


Commentaire

Bien que le nombre de cas notifiés augmente, on constate que de 2014 à 2022, il y a toujours un gap de détection par rapport à la cible attendue du PSN.
Le cumul de GAP de 2016 à 2022 est de 94845 cas.

5.3. Tendance de la notification de la TB Pédiatrique

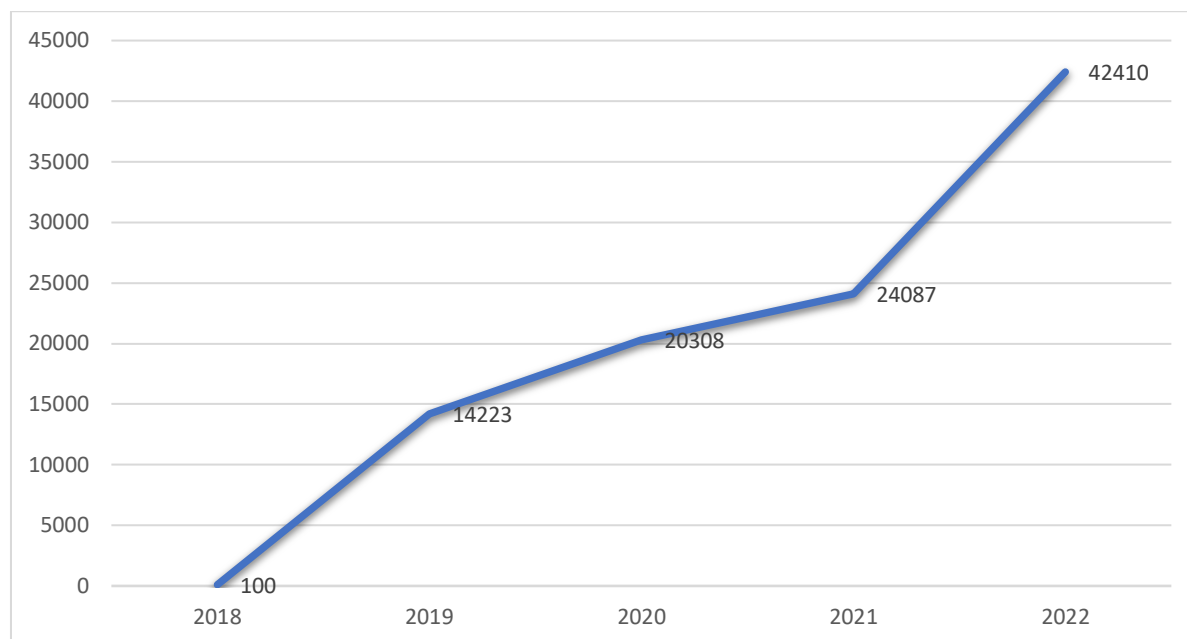
Figure 11. Tendance de la notification de la TB pédiatrique par rapport à la cible attendue de 2018 à 2022



Commentaire

Le dépistage de la TB pédiatrique est resté pendant 5 ans stationnaire à 11%, on note une amélioration de 13% en 2022.

Figure 12. Tendance de GAP de la notification de la TB Pédiatrique

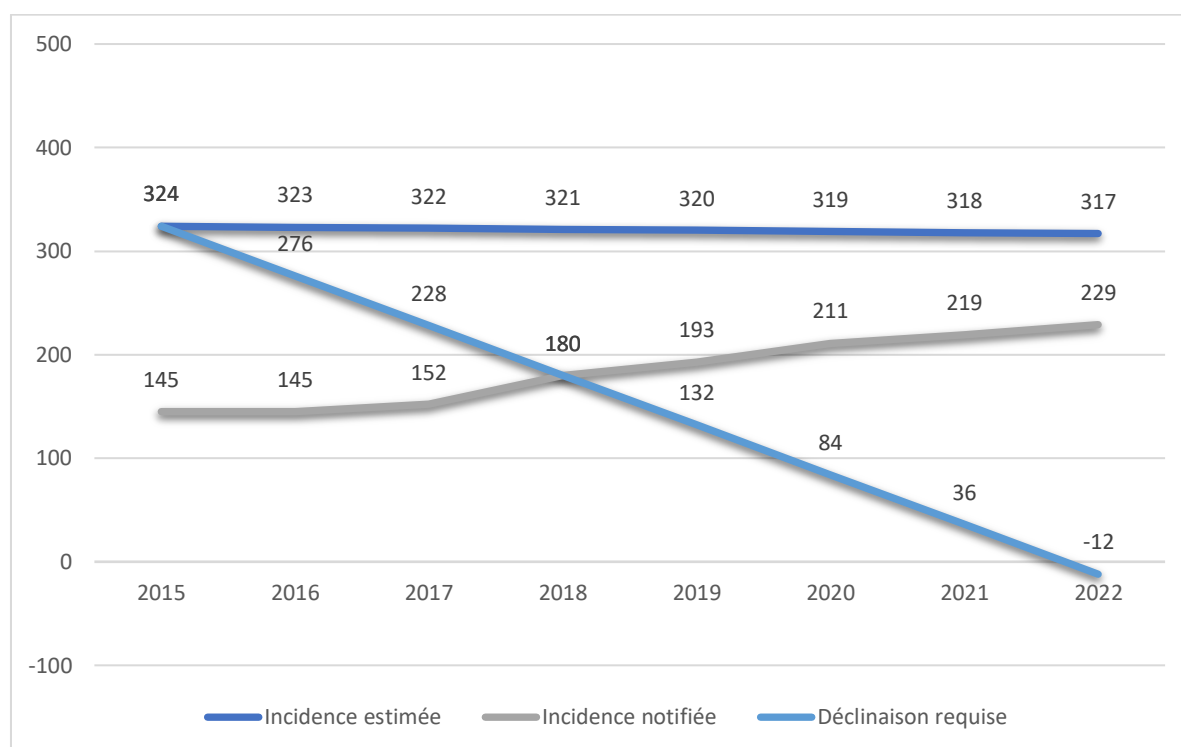


Commentaire

Le GAP de la notification de la TB pédiatrique par rapport à la cible attendue augmente chaque année.

5.4. Tendance de l'incidence pour 100.000 habitants

Figure 13. Tendance incidence pour 1000H estimée, notifiée et déclinaison requise



Commentaire

On note que la tendance de l'incidence observée est en augmentation alors que celle de l'incidence de l'OMS est en régression. Ceci laisse entrevoir qu'au fil de temps, les deux courbes vont se rencontrer et l'incidence observée va commencer à décliner. Par rapport à l'incidence OMS; il y a un Gap de détection qui se réduit au fil des années. La déclinaison requise pour atteindre 10 cas pour 100000H est inversement proportionnelle à la tendance de l'incidence notifiée comme le montre le graphique ci-haut. La RDC est encore dans la première phase sur les trois requises pour l'élimination de la maladie. A l'allure où se fait la déclinaison de l'incidence estimée par l'OMS, il nous faudra 310 ans pour prétendre éliminer la TB. Le RDV de 2035 devient une utopie. La stratégie avancée et la TPT est notre issue de secours si le pays veut du progrès sensible vers l'élimination de la TB.

5.5. Incidence pour 100.000 habitants par CPLT

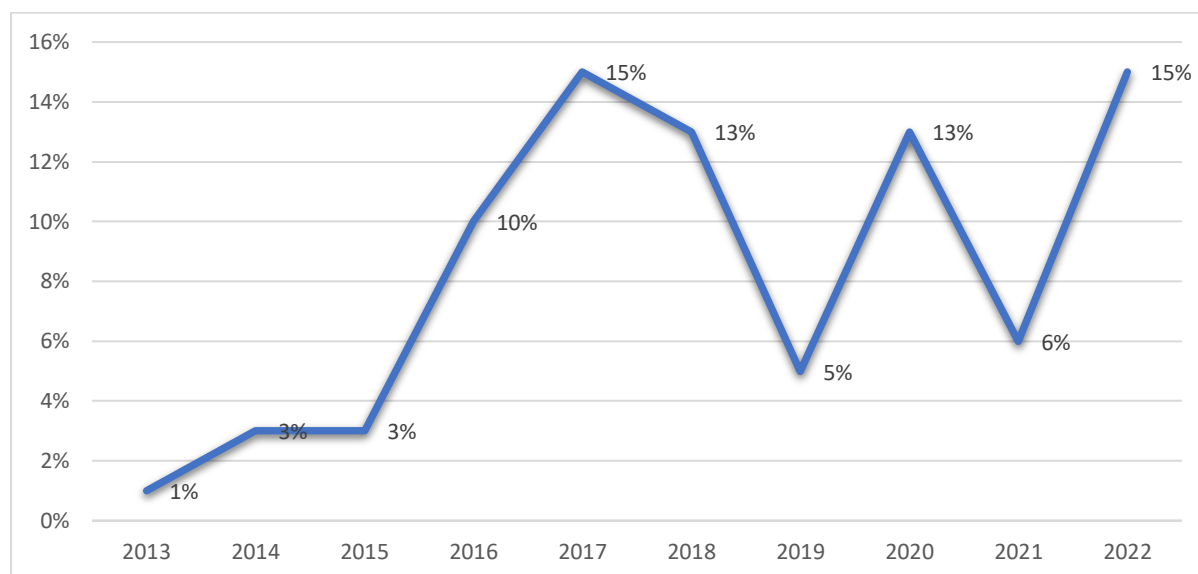
Tableau 9. Incidence de la TB par CPLT de 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Bu Bas Uele	150	173	208	226	264
Eq Equateur	117	149	141	126	188
hk Haut Katanga	182	250	271	318	548
hl Haut Lomami	173	276	308	248	164
hu Haut Uele	167	153	168	141	173
it Ituri	144	195	205	210	265
kc Kongo Central	129	125	119	125	98
ke Kasai Oriental	338	521	598	605	563
kg Kwango	147	157	167	157	167
kl Kwilu	157	207	251	276	219
kn Kinshasa	258	177	177	196	224
kr Kasai Central	141	178	195	256	232
ks Kasai	152	208	253	292	405
ll Lualaba	169	249	275	302	222
lm Lomami	168	281	369	374	382
md Maindombe	180	161	171	195	217
mg Mongala	140	199	220	180	176

mn Maniema	135	183	195	181	172
nk Nord Kivu	87	106	133	134	132
nu Nord Ubangi	91	133	149	154	140
RDC	164	193	211	219	229
sk Sud Kivu	99	118	116	127	142
sn Sankuru	267	551	559	544	314
su Sud Ubangi	93	102	111	103	140
tn Tanganyika	175	178	196	176	178
tp Tshopo	158	169	163	132	223

5.6. Tendance du taux d'accroissement annuel TB-PS

Figure 14. Tendance du taux d'accroissement



Commentaire

De 2013 à 2020, l'accroissement de la notification de la TB sensible à progressivement augmenté passant de 1% en 2013 pour atteindre un pic de 15% en 2017 puis évolue en dent de scie.

5.7. Taux d'accroissement annuel par CPLT

Tableau 10. Taux d'accroissement par CPLT de 2018-2022

DPS	2018	2019	2020	2021	2022
Maï Ndombe	26%	-7%	9%	18%	12%
Kwango	4%	1%	10%	-1%	8%
Kwuilu	19%	11%	25%	13%	16%
Kongo Central	7%	9%	-2%	9%	13%
Sud Ubangi	17%	13%	12%	-4%	16%
Mongala	16%	14%	14%	-16%	-8%
Equateur	8%	-5%	-2%	-7%	28%
Nord Ubangi	28%	16%	16%	6%	27%
Tshuapa	4%	-3%	23%	18%	7%
Kasaï central	29%	-7%	12%	35%	-2%
Kasaï	37%	11%	25%	19%	18%
Kasaï Oriental	24%	-6%	17%	4%	2%
Lomami	30%	3%	35%	4%	20%
Sankuru	58%	14%	4%	1%	19%
Tanganyika	3%	0%	13%	-8%	24%
Haut Lomami	4%	24%	15%	-17%	21%
Lualaba	15%	7%	13%	13%	12%
Haut Katanga	4%	8%	8%	19%	27%
Kinshasa	4%	6%	3%	14%	13%
Maniema	-6%	12%	9%	-4%	14%
Nord Kivu	1%	-10%	28%	4%	16%
Sud Kivu	11%	11%	1%	12%	9%
Haut Uele	-6%	6%	12%	-14%	12%
Bas Uele	13%	16%	23%	11%	14%
Ituri	21%	19%	5%	5%	2%
Tshopo	11%	-4%	-1%	-16%	42%
RDC	13%	5%	12%	7%	14%

5.8. Taux de réalisation de la cible attendue en 2022 par CPLT

Tableau 11. Taux de réalisation de la cible attendue en 2022 par CPLT

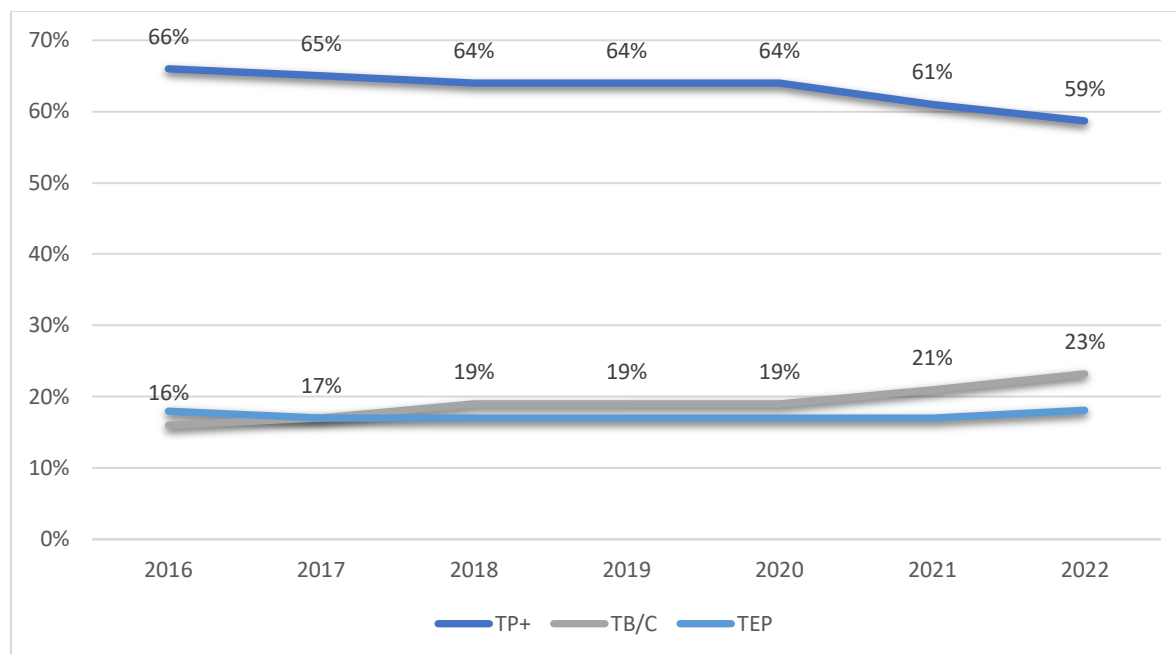
DPS	Cible 2022	Réalisée 2022	Taux de réalisation de la cible
bu Bas Uele Province	4014	3569	89%
eq Equateur Province	4060	3418	84%
hk Haut Katanga Province	18947	20636	109%
hl Haut Lomami Province	13826	9679	70%
hu Haut Uele Province	5696	3866	68%
it Ituri Province	15398	11581	75%
ks Kasai Province	14334	13993	98%
kr Kasai Central Province	10243	9503	93%
ke Kasai Oriental Province	28578	22172	78%
kn Kinshasa Province	37717	34126	90%
kc Kongo Central Province	7871	6845	87%
kg Kwango Province	5903	4398	75%
kl Kwilu Province	16147	14780	92%
lm Lomami Province	13377	11698	87%
ll Lualaba Province	8149	7263	89%
md Maindombe Province	5338	4932	92%
mn Maniema Province	6565	5058	77%
mg Mongala Province	6979	3757	54%
nk Nord Kivu Province	12778	10896	85%
nu Nord Ubangi Province	2726	2595	95%
sn Sankuru Province	9946	8302	83%
sk Sud Kivu Province	11857	10211	86%
su Sud Ubangi Province	5387	4200	78%
tn Tanganyika Province	8619	6938	80%
tp Tshopo Province	7542	6302	84%
tu Tshuapa Province	5973	5294	89%
RDC	287969	246119	85%

Commentaire

Seule la province du Haut Katanga qui a atteint et dépassé la cible attribuée. Quatorze provinces ont atteint la moyenne nationale de la cible qui est de 85%. La province de la Mongala a un taux de réalisation très faible à 54%. Douze provinces sont au-dessous de 85%.

5.9. Tendence de la forme de la TB de 2016 à 2022

Figure 15. Tendence de forme de la TB PS



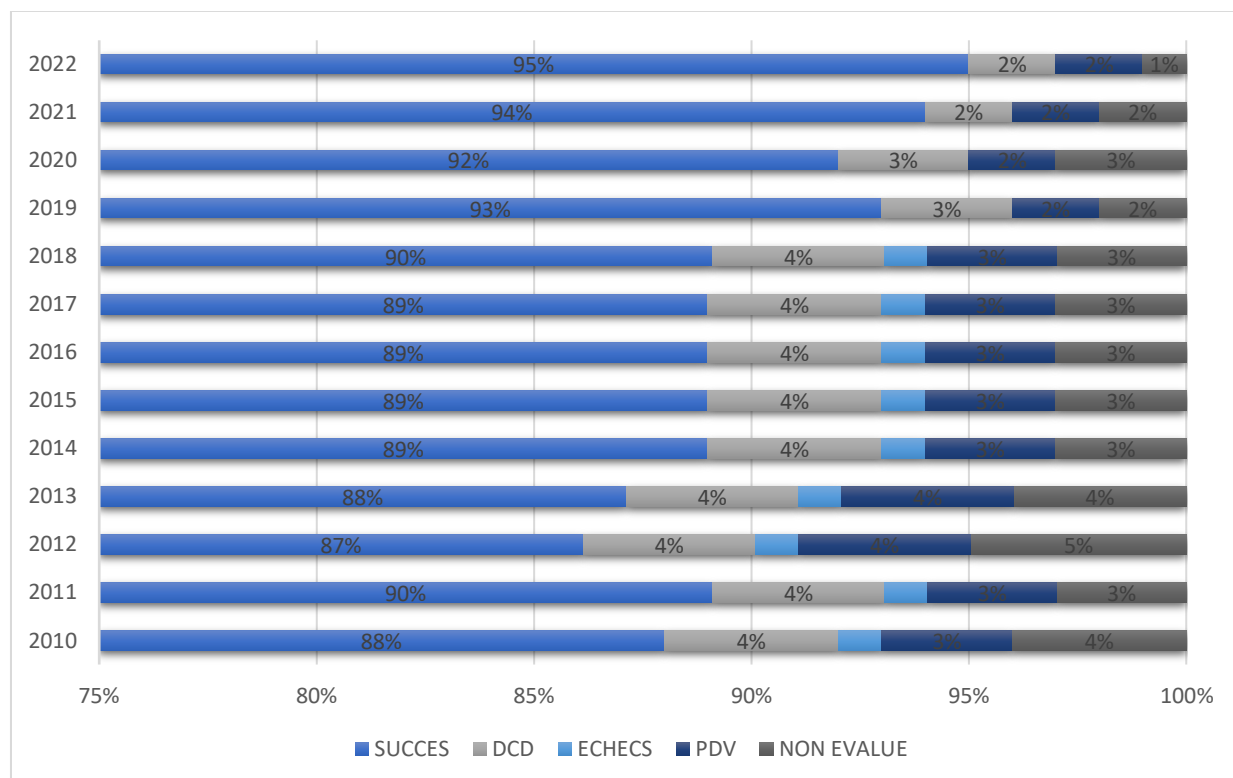
Commentaire

La proportion de la forme pulmonaire bactériologiquement confirmée est passée de 66% en 2016 à 59% en 2022. Celle de la forme cliniquement diagnostiquée est passée de 16% en 2016 à 23% en 2022.

Selon la localisation, la proportion de la forme pulmonaire est restée stable à 83% depuis 2018 à ce jour de même la forme extra pulmonaire à 17%.

5.10. Tendence des issues du traitement TB PS de 2010 à 2022

Figure 16. Tendence des issues de traitements TB PS de 2010 à 2022

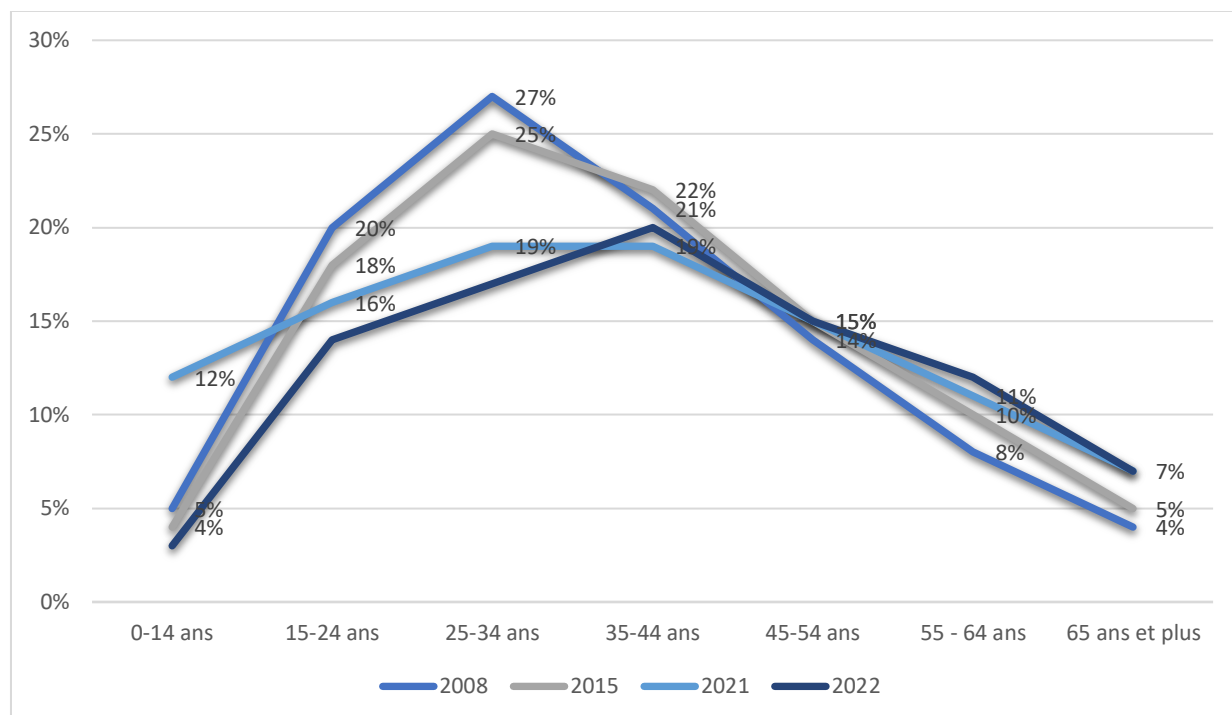


Commentaire

On note une amélioration des issues de traitement chaque année depuis 2012 jusqu'à 2022.

5.11. Répartition en âge et sexe (2022)

Figure 17. Mouvement de la courbe d'âge en RDC en 2022



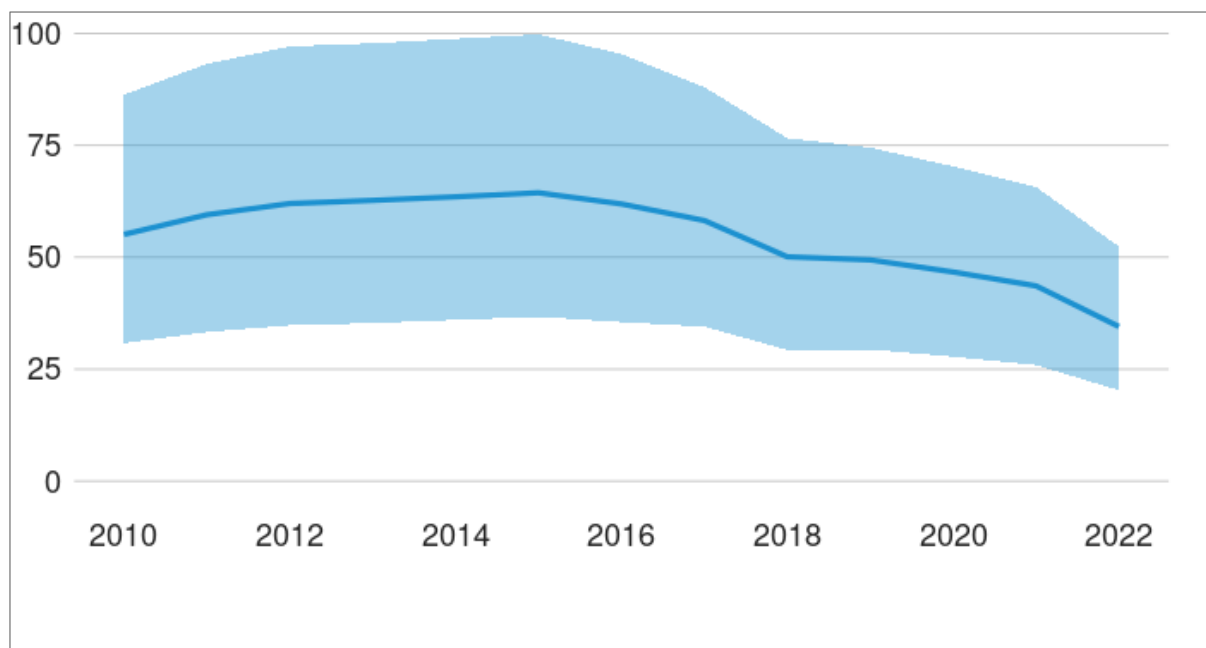
Commentaire

Depuis plusieurs années, la tranche d'âge la plus atteinte reste celle de 25 à 34 ans. Mais au fil de temps, le pic s'aplatit et la courbe d'âge s'ouvre vers les extrémités.

L'infection TB demeure dans la communauté et risque d'atteindre toutes les tranches d'âge avec la même proportion.

5.12. Tendance de la mortalité

Figure 18. Tendance de la mortalité (source Global report 2023)

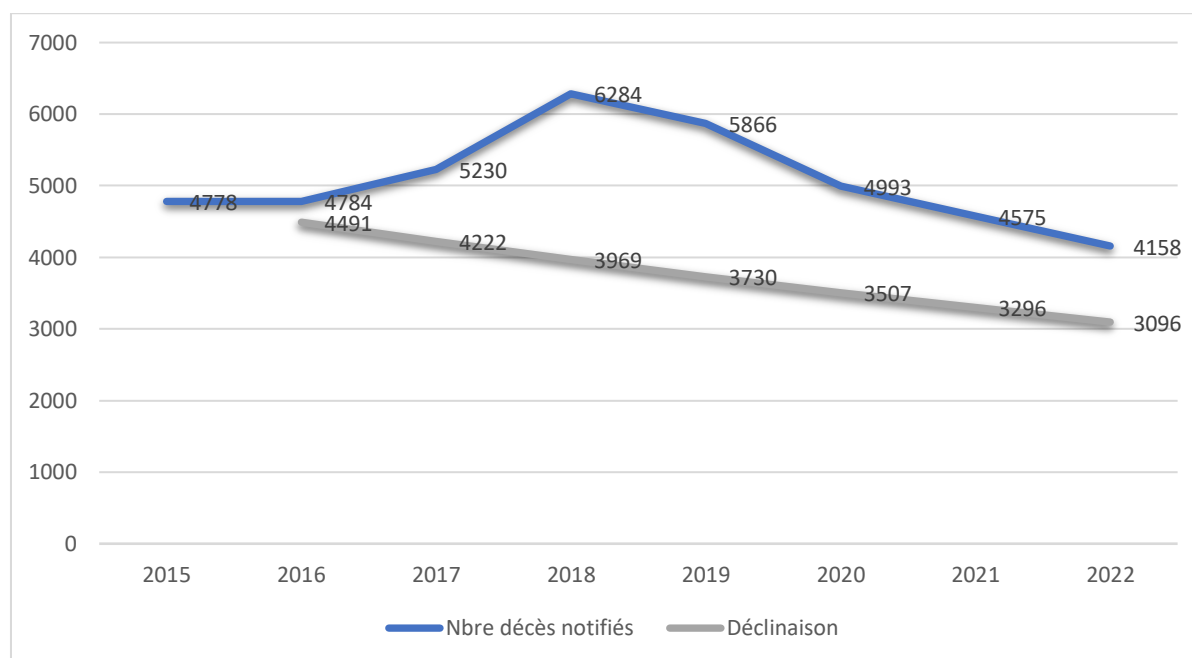


Commentaire

Comme l'indique ce graphique, la mortalité des patients TB VIH a tendance à la baisse allant de 66(39-99) / 100000H en 2015 à 51(30-77) /100000H en 2018(Global report 2015 et 2018)

5.13. Tendance des décès

Figure 19. Tendance des décès

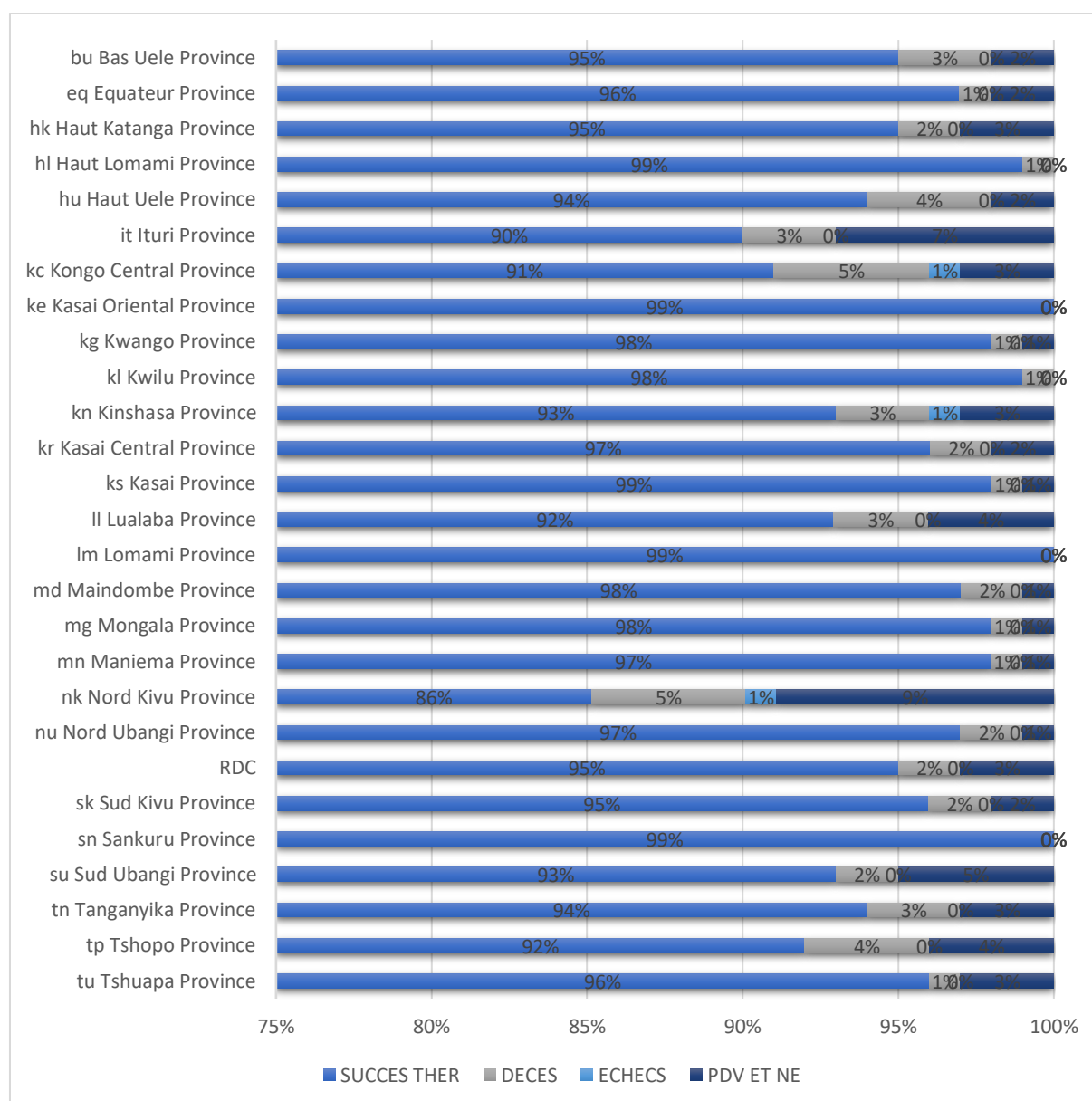


Commentaire

La réduction de nombre de décès est l'un des indicateurs d'impact que le PNLT suit. Le graphique en haut montre qu'après une montée graduelle entre 2015 et 2018 où ce nombre est passé de 4778 cas à 6284, on peut constater une régression à partir de 2019 passant de 6284 cas à 4158 en 2022.

5.14. Issues du traitement par CPLT en 2022 / cohorte 2021

Figure 20. issues de traitement par CPLT en 2022 / cohorte 2021

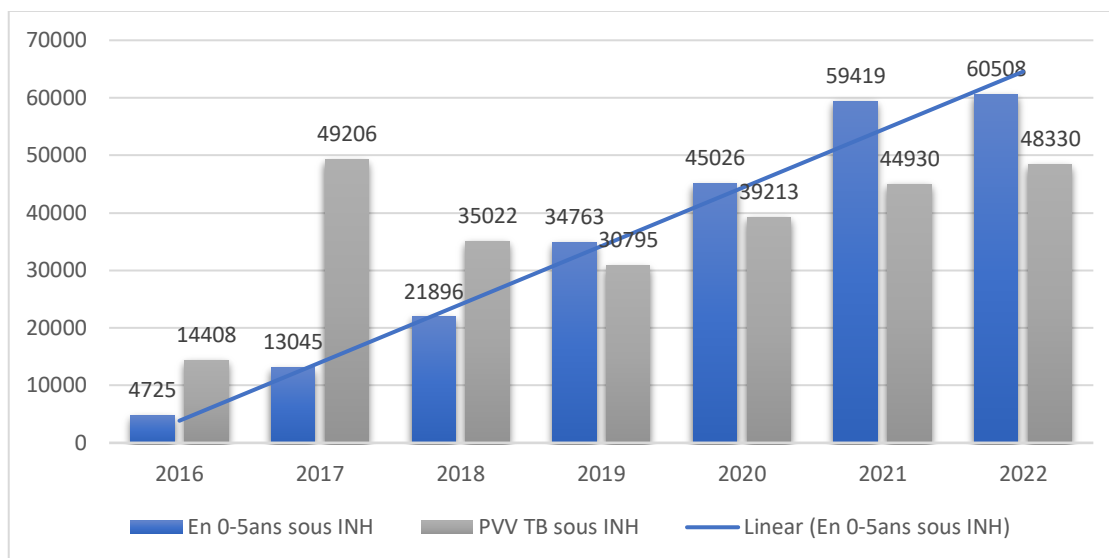


Commentaire

Le taux de succès pour 3 CPLT sur 26 soit 11% est en deca de la cible 2022 du PSN fixé à 92%.

5.15. Traitement préventif de la tuberculose

Figure 21. Tendance de la mise sous traitement TPT

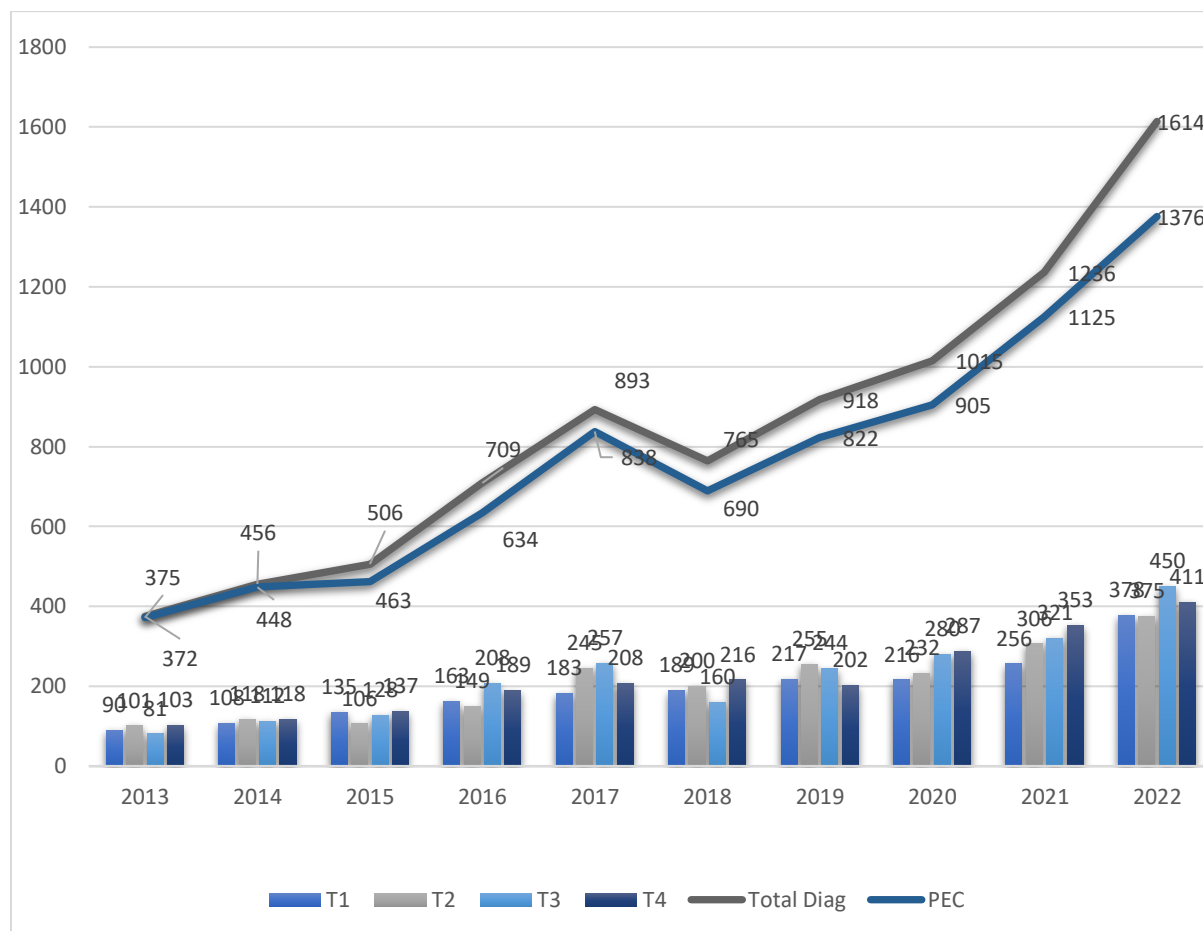


Commentaire

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

5.16. Tendance de la notification de la Tuberculose Pharmaco-Résistante

Figure 22. Graphique tendance de la notification TB PR



Commentaire

Le nombre de cas de TB-PR diagnostiqués et le nombre mis sous traitement ont augmenté de façon croissante au fil des ans mais il persiste toujours un écart entre ces nombres. Cet écart s'explique par les cas de décès avant l'initiation du traitement, les cas de refus de traitement, les cas transferts sortants, etc. Le nombre de cas de TB-PR diagnostiqués est passé de 765 cas en 2018 à 1614 en 2022. Les cas TB-PR mis sous traitement suivent la même tendance d'évolution. Ces augmentations sont la conséquence de l'extension du réseau GeneXpert à travers le pays.

6. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS 2022

Tableau 12. Synthèse des résultats 2022

DONNEES TB PS 2022 RDC						
	2 020		2 021		2 022	
COUVERTURE CDT COMPLETITUDE ET PROMPTITUDE RAPPORTS						
CDT prévus	2 068		2 239		2 410	
CDT ayant rapporté/fonctionnels	2 061		2 083		2 124	
Taux de réalisation de la couverture		99,7%		93,0%		88,1%
Complétude DHIS2		92,6%		99,2%		98,1
Promptitude DHIS2		81,2%		69,5%		84,7%
NOTIFICATION						
Total de cas incidents	200 955		214 408		246 119	
Accroissement		13%		7%		15%
Cible PSN Attendue	250 880		271 378		287 969	
Taux de réalisation cible		80%		79%		85%
Population	95 326 410		98 090 876		100 935 511	
Incidence notifiée pour 100 000H		211		219		244
Incidence estimée pour 100 000H		319		319		318
Taux de détection		66%		69%		77%
Hommes	113 442	56%	121367	57%	140 353	57%
Femmes	87513	44%	93041	43%	105 915	43%
Enfants 0-14 ans	22 342	11%	26 919	12%	33 151	13%
Adultes	178 613	89%	187 489	88%	212 968	87%
Sex Ratio H/F		1,3		1,3		1,3
Prisonniers TB	1 911	1%	1 999	1%	2 224	1%
Mineurs TB	7 891	4%	8 082	4%	9 431	4%
Communauté	59 887	30%	68 491	32%	81 234	33%
TB TTF	202 145		215 787		248 834	
TB PEDIATRIQUE						
Cible Enfants 0-14 ans	42 650		51 806		48 955	
Cible Enfants 0-14 ans réalisée	22 342		26 919		33 151	
Taux de réalisation cible		52%		52%		68%
Proportion enfants notifiés		11%		12%		13%
Enfants incidents 0-14 ans M	11 434		13 809		17 021	
Enfants incidents 0-14 ans F	10 908		12 967		15 724	
Enfants 0-5 ans sous INH	45 026		59 419		60 508	
Enfants 0-14 ans TB+	5 570	25%	6 412	24%	7 422	22%
Enfants 0-14 ans TB/C	6 839	31%	8 835	33%	11 145	34%
Enfants 0-14 ans TEP	9 933	44%	11 672	43%	14 584	44%
CASCADE CO INFECTION TB VIH						
Patients TB connaissant leur statut	154 027	77%	167 052	78%	184 564	75%
Patient TB VIH +	12 041	8%	13 373	8%	12 593	7%
Patients TB VIH+ sous Ctx	9 720	81%	10 687	80%	11 113	88%
Patients TB VIH+ sous TARV	10 568	88%	10 990	82%	11 175	89%

TPT						
Enfants de 0-5 sous toit TB+	70 033		81 211		94 070	
Contact 0-5 ans screenés de la TB	58 060		70 543		82 819	
Contact 0-5 ans TB confirmé	3 405		4 414		5 190	
Contact 0-5 ans TB exclue	54 655		66 129		77 629	
Contact 0-5 ans TB exclue mis sous INH	45 026		59 419		60 508	
PVV chez qui la TB a été recherchée	65 258		61 303		68 934	
PVVIH TB-	57 510		53 912		61 100	
PVVIH TB- sous INH	39 213	68%	44 930	83%	48 330	79%
TB PS SELON ANTECEDENTS ET FORME DE LA MALADIE						
Nouveaux Patients	194 818	96%	209 179	97%	240 452	97%
Rechutes	6 137	3%	5 229	2%	5 667	2%
Hors Rechutes	1 190	1%	1 379	1%	2 715	1%
TOTAL	202 145	100%	215 787	100%	248 834	100%
TB+	128 620	64%	131 846	61%	146 095	59%
TB/C	39 429	20%	46 259	21%	57 729	23%
TEP	34 096	17%	37 682	17%	45 010	18%
TOTAL	202 145	100%	215 787	100%	248 834	100%
ISSUES DE TRAITEMENT						
Total TB TTF enregistrés	180 609		202 145		215 787	
Guerris	99 188	55%	113 917	56%	115 703	54%
Traitement terminé	66 612	37%	75 890	38%	88 521	41%
Succès	165 800	92%	189 807	94%	204 224	95%
Décès	4 993	3%	4 575	2%	4 186	2%
Echec	693	0,4%	542	0,3%	578	0,3%
Perdue de vue	3 794	2%	3 643	2%	3 705	2%
Non évalué	5 329	3%	3 578	2%	2 979	1%
ISSUES DE TRAITEMENT TB PEDIATRIQUE INCLUES ANS TB TTF						
Total TB Ped enregistrés	19 677		22 342		26 919	
Guerris	4 523	23%	4 947	22%	5 653	21%
Traitement terminé	13 090	67%	15 329	69%	18 924	70%
Succès	17 613	90%	20 276	91%	24 577	91%
Décès	440	2%	295	1%	240	1%
Echec	20	0%	23	0%	16	0%
Perdue de vue	215	1%	176	1%	207	1%
Non évalué	1 389	7%	1 572	7%	1 879	7%
ISSUES DE TRAITEMENT PATIENTS TB VIH						
Total TB Ped enregistrés	12 965		12 041		13 257	
Guerris	3 621	28%	4 078	34%	4 373	33%
Traitement terminé	4 487	35%	4 797	40%	5 235	39%
Succès	8 108	63%	8 875	74%	9 608	72%
Décès	1 037	8%	810	7%	240	2%
Echec	61	0%	37	0%	16	0%
Perdue de vue	384	3%	296	2%	207	2%
Non évalué	3 375	26%	2 023	17%	1 879	14%

RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE 2022



Mission du PNLT

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose est l'un des programmes du Ministère de la santé intégré dans le système général de soins. Il a été créé par l'Arrêté Ministériel 1250/ CAB/MIN/A/AJ/KIZ/41/2002 du 06/11/2002. Ce programme a pour mission d'organiser la lutte contre la tuberculose pour le contrôle de cette maladie et plus tard son élimination comme problème de santé publique.



La RDC face à la Tuberculose

La tuberculose constitue un problème de santé publique en RDC. L'OMS a dressé trois listes pour catégoriser et classer les pays avec un grand fardeau de la maladie: la liste de la TB sensible, celle de la coïnfection TB VIH et celle de TB MDR/RR. La RDC est parmi les 10 pays qui se retrouvent dans les trois listes comme repris dans la figure à côté (Use of high burden country lists for TB by WHO in the post-2015 era: Summary).

Selon le Global Report TB de 2021 reprenant les données de 2020 l'incidence attendue pour 100.000h est de 319 cas pour la tuberculose sensible.



Stratégie de lutte contre la tuberculose en RDC

La stratégie de lutte contre la tuberculose en RDC se base sur la stratégie mondiale post 2015 appelée « End TB Strategy ». Elle comprend trois piliers soutenus par cinq (5) systèmes...

