REPUBLIQUE DE GUINEE

Ministère de la Santé

Direction Nationale des Grandes Endémies et Lutte contre la Maladie

Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT)

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTI TUBERCULEUSE

TUBERCULOSE

HALTE

Ministère de la santé Publique
Conakry (Republique de Guinée)

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2021-2025 DE LUTTE CONTRE LA TUBERCUL0SE

Table des matières

PREFACE 1

LISTE DES ABREVIATIONS 2

INTRODUCTION 2

IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN TB 2

ANALYSE DE LA SITUATION DU PAYS 4

1. CARACTERISTIQUES GENERALES 4
2. CONTEXTE SANITAIRE 8
3. ANALYSE DE LA CHARGE DE LA TUBERCULOSE 14
4. SITUATION DU VIH ET DE LA COINFECTION TB/VIH 24
5. TUBERCULOSE PHARMACORESISTANTE 26
6. ORGANISATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE 27
7. RESULTATS DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE MISES EN OEUVRE A CE JOUR 29
8. ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES 36
9. ANALYSE DES LACUNES DU PROGRAMME 49

BUTS ET OBJECTIFS 56

1. BUTS 56
2. OBJECTIFS 56

IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS ET ACTIVITES STRATEGIQUES A METTRE EN ŒUVRE 57

1. DESCRIPTION DES INTERVENTIONS STRATEGIQUES 57

CADRE DES INDICATEURS 81

PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE 85

RESUME DU BUDGET 89

ANNEXES 95

1. Annexe 1 Feuille de route 95
2. Annexe 2 participants au processus de développement du PSN TB 95

Table des figures

Figure 1 Carte administrative de la Guinée 5
Figure 2 Evolution du taux de mortalité en Guinée excluant les VIH +, 2000 à 2017 14
Figure 3 Evolution du taux de mortalité TB/VIH en Guinée, 2000 à 2017 14
Figure 4 Evolution du taux d'incidence, 2000-2018 et du taux de notification, 2012-2018 en Guinée 15
Figure 5 Evolution du taux de notification des cas de TB en Guinée, 2010-2018 17
Figure 6 Evolution du nombre de cas de tuberculose notifiés en Guinée 18
Figure 7 Taux de notification des cas toutes formes par région en 2018 19
Figure 8 Taux de notification des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes, Guinée, 2018 19
Figure 9 Répartition des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués par âge 20
Figure 10 Répartition des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués par âge et par sexe 21
Figure 11 Répartition des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués par âge pour chaque sexe 21
Figure 12 Répartition des cas de tuberculose estimés et notifiés par âge et par sexe, Guinée, 2018 22
Figure 13 Evolution de la proportion d'enfants parmi les nouveaux cas et rechutes en Guinée 22
Figure 14 Evolution de la prise en charge de la coinfection TB/VIH chez les patients TB en Guinée 25
Figure 15 Prise en charge de la coinfection TB/VIH chez les patients TB par région en Guinée 25
Figure 16 Evolution de la cascade du dépistage au traitement de la TB MR en Guinée, 2010-2018 26
Figure 17 Résultats de traitement des cas de TB et TB/VIH en 2018 31
Figure 18 Evolution du taux de succès du traitement pour les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués ; pour les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés ; et pour les cas en retraitement en Guinée 31
Figure 19 Résultats du traitement de tous les cas de TB-PS par région, cohorte 2017 32

Table des tableaux

Tableau 1 Quelques indicateurs sociodémographiques et sanitaires 8
Tableau 2 Répartition géographique des infrastructures publiques de soins par région 11
Tableau 3 Nombre de cas notifiés en Guinée par régions en 2018 15
Tableau 4 Taux de notification et cas manquants par région en Guinée, 2018 16
Tableau 5 Cas présumés de tuberculose en 2018 par régions 16
Tableau 6 Evolution de la répartition des cas notifiés de tuberculose en Guinée 16
Tableau 7 Résultats du traitement des malades de TB-MR/RR, cohorte de 2017 27
Tableau 8 Accroissement annuel du nombre de nouveaux cas et rechutes toutes formes confondues notifiés 30
Tableau 9 Mise sous traitement de 2ème ligne des cas de TB-MR/RR 30
Tableau 10 Evolution du taux d'incidence depuis 2015 33
Tableau 11 Evolution du nombre de décès depuis 2015 33
Tableau 12 Cibles de la RHN pour toutes les catégories 33
Tableau 13 Cibles de la RHN pour le traitement préventif 33
Tableau 14 Indicateurs du PSN 2016-20 : cibles et résultats réalisés en 2018 35

PREFACE

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique en Guinée. La lutte contre la tuberculose est une priorité inscrite dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2024. La mise en place du Programme National de Lutte AntiTuberculeuse (PNLAT) vise une gestion optimale afin de contribuer plus efficacement à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la tuberculose.
Depuis la mise en place de la stratégie DOTS en 1990 en Guinée, la lutte contre la tuberculose a enregistré d'importants progrès. Les indicateurs de performance notamment le taux de succès thérapeutique est de 89% en 2018 pour une cible OMD fixée à 90% grâce aux efforts de la coordination du Programme et des acteurs engagés dans la lutte contre la tuberculose sous le leadership du Gouvernement appuyé par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF).
Des intrants permettant le diagnostic microscopique de la tuberculose pulmonaire contagieuse et des médicaments nécessaires au traitement de tous les patients tuberculeux sont disponibles sur l'ensemble du territoire. Le traitement est gratuit avec une prescription de schémas courts et l'utilisation de médicaments combinés depuis 2007 qui facilitent l'observance. La collaboration TB/VIH progresse avec une augmentation du nombre des malades tuberculeux dépistés au VIH ainsi que la couverture en ARV et en cotrimoxazole des patients coinfectés. Le dispositif de prise en charge de la tuberculose multi résistante est mis en place depuis 2010 avec un renforcement des capacités diagnostiques du Laboratoire National de Référence des Mycobactéries (LNRM). La décentralisation des sites de prise en charge TB-MR au niveau des régions, le soutien nutritionnel et des frais de transport des malades ainsi que l'adoption du schéma court dans le traitement de la tuberculose multi résistante en vigueur depuis août 2016 ont permis de réduire significativement la durée du traitement et d'augmenter le taux de succès du traitement qui est de 76% pour la cohorte 2018. Les interventions communautaires sur la Tuberculose ont démarré avec une implication et une responsabilisation des organisations de base dans la lutte antituberculeuse.

Malgré ces résultats satisfaisants, des faiblesses persistent surtout en matière de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose, de prévention et de contrôle de l'infection tuberculeuse, d'implication de la communauté et des autres secteurs clés de développement, de gestion du programme, de prise en compte des aspects du genre, droits humains et inclusions ainsi que la mobilisation des ressources à tous les niveaux Ce plan stratégique 2021-2025 s'inscrit dans la continuité du précédent ainsi que du renforcement de la stratégie "Halte à la Tuberculose" et la mise en place progressive de la stratégie post-2015 « Elimination de la TB ».Ce plan a pour but de contribuer à la réduction de la charge de la tuberculose en Guinée d'ici 2025.Il a été élaboré dans un processus participatif impliquant toutes les parties prenantes (Gouvernement, acteurs sanitaires et communautaires, PTF, société civile, secteur privé, populations clés etc).

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

Je profite de cette occasion pour inviter les autres partenaires à s'engager dans la lutte antituberculeuse pour que les ressources nécessaires soient mobilisées au profit de cette lutte.

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

Conakry le ……..…….……2020

Le Ministre de la Santé
Médecin Colonel Rémy LAMAH
Grand Officier de l'ordre National du Mérite de la République Française

LISTE DES ABREVIATIONS

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

OIM	Organisation Internationale des Migrations
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCR	Polymérase Chaine Réaction
PDV	Perdu De Vue
PEC	Prise En Charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Point Focal
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PND	Plan National de Développement
PNLAT	Programme National de Lutte Antituberculeuse
PNLSH	Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites
PNPCSP	Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA
PPM	Public Private Mix
PR	Récipiendaire Principal du Fonds Mondial
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSLS	Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaire Technique et Financier
Pto	Prothionamide
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
R	Rifampicine
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHN	Réunion de Haut Niveau des Chefs d'Etat et de Gouvernement
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Sous Récipiendaire du Fonds Mondial
TARV	Traitement Anti Rétroviral
TB	Tuberculose
TB/VIH	Coïnfection tuberculose/VIH
TB-MR	Tuberculose multi résistante
TB-RR	Tuberculose Résistante à la Rifampicine
TB-RR/MR	Tuberculose Résistante à la Rifampicine ou Multi Résistante
TB-XDR	Tuberculose ultrarésistante
TBS	Tuberculose sensible
TDO	Traitement Directement Observé
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TEP	Tuberculose Extra Pulmonaire
TP	Tuberculose pulmonaire
TPI	Traitement préventif à l'isoniazide
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
TPM0	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie négative
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UICTMR	Union internationale contre la Tuberculose et les maladies respiratoires
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
WARN-TB	West African Regional Network for Tuberculosis
Z	Pyrazinamide
ZCP	Zero Cash Policy

INTRODUCTION

La tuberculose (TB) demeure un problème de santé publique majeur en Guinée avec une incidence estimée en 2018 à 176 nouveaux cas et rechutes pour 100 000 habitants (toutes formes confondues), d'après le rapport annuel de l'OMS de 2019.

Un plan stratégique national de lutte antituberculeuse (PSN TB) pour la période de 2016 à 2020 a été élaboré et le présent document en est une révision, couvrant la période 2021-2025. Il introduit des approches novatrices dans la lutte antituberculeuse en ligne avec la stratégie « Mettre Fin à la Tuberculose » (End TB), notamment la prise en compte du genre.

Le PNLAT, avec l'assistance des parties prenantes, soumettra une requête de financement TB dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau cycle de financement du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FM) pour la période 2021-2023. La soumission est prévue au cours de l'année 2020. Par conséquent, le PSN TB doit être actualisé et budgétisé pour la période 2021-2025 avec redéfinition des cibles à atteindre et des orientations stratégiques. Comme le plan en cours, le nouveau PSN TB s'inspirera de la stratégie End TB de l'OMS et devra être en ligne avec les engagements du pays pour l'atteinte des Objectifs du Développement Durable.

Le PSN TB 2021-2025 constitue l'instrument clé pour une mise en œuvre efficace des politiques définies pour cette lutte. Il reflète la vision du Programme National de Lutte AntiTuberculeuse (PNLAT) et s'intègre dans le plan national de développement sanitaire (PNDS 2015-2024). Le PSN TB 2021-2025 s'aligne également sur les priorités en matière de développement définies dans le Plan National de Développement.

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

Le PSN TB renferme les principaux points suivants :

- Présentation du processus d'élaboration
- Analyse de la situation économique, démographique et socio-sanitaire du pays
- Analyse de la situation de la tuberculose
- Résultats des politiques de lutte antituberculeuse mises en œuvre à ce jour
- Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces
- Analyse des lacunes du programme
- Identification des interventions et activités stratégiques budgétisées à mettre en œuvre
- Plan d'assistance technique

IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN TB

Au cours de l'élaboration du présent PSN TB, toutes les parties prenantes et les partenaires ont été pleinement impliqués. Leur engagement a été garanti dès le début du processus de planification afin de s'assurer de leur adhésion et de leur participation active. Le processus d'élaboration a été participatif,

transparent et inclusif, ce qui lui confère une crédibilité propice à un engagement et une implication des différents partenaires.

L'élaboration du PSN TB a été précédée par une série d'évaluations : une revue interne du programme, une analyse approfondie du système de surveillance et de la situation épidémiologique de la tuberculose et une revue externe. Ces revues ont permis aux participants d'avoir connaissance de la situation, des points forts, des points faibles et des recommandations.

Un premier atelier d'élaboration du draft 1 du PSN avait eu lieu du 20 au 30 novembre 2019 à Kindia. Cet atelier a regroupé les cadres du Ministère de la Santé (Le PNLAT, le Service de Pneumo-phtisiologie, la DNHP, les DPS, le Service National de la Médecine du Travail, le Programme National de Lutte contre le SIDA et les Hépatites, BSD, DNL), le Ministère de la Justice, le Ministère de l'Action Sociale ; les ONG communautaires impliquées dans la lutte antituberculeuse, l'AGUISOC et des partenaires (OMS, Plan International, Action Damien). La liste des participants figure en annexe.

La méthodologie de travail de l'atelier a été présentée, discutée et adoptée par les participants. Les points ci-dessous ont été abordés :

- l'analyse de la situation et de la réponse, à partir desquelles les forces et les faiblesses ainsi que les opportunités et les menaces (FFOM) sont identifiées ;
- l'identification des lacunes programmatiques à partir de l'analyse FFOM ;
- la définition des buts et des objectifs stratégiques, à partir desquels les axes et interventions stratégiques prioritaires sont identifiés ; et
- la programmation des activités à partir des interventions stratégiques.

Cette méthodologie a été appliquée par les participants pour élaborer le premier draft du PSN TB lors de l'atelier susmentionné. Pour ce, des groupes thématiques ont été constitués selon la structure de la stratégie End TB.

Tout en guidant les participants et facilitant leurs travaux, les trois consultants (consultant lead, consultant en charge de la budgétisation et consultant en charge du plan de suivi et évaluation) se sont attelés à la tâche d'élaborer les premiers drafts, respectivement, du plan principal, du plan budgétaire et du plan de suivi et évaluation en tenant compte des résultats des travaux de groupe. Après la fin de l'atelier, les consultants ont eu 10 jours pour finaliser le draft 1 du PSN TB et le partager avec les parties prenantes à travers le PNLAT.

Après réception du draft 1 des consultants, le PNLAT a organisé des séances de lecture du draft pendant 3 jours.Un deuxième atelier s'est tenu à Kindia du 17 au 21 décembre 2019 pour l'élaboration du deuxième draft du PSN TB avec l'assistance technique des trois consultants. En plus des remarques obtenues lors des séances de lecture, les participants ont revu le premier draft. L'analyse de la situation et de la réponse ainsi que les forces, faiblesses, opportunités, menaces et lacunes ont été revues par les participants en séance plénière. Les buts, objectifs, cibles, axes stratégiques, interventions et activités ainsi que le coût et la période de mise en œuvre de ces dernières ont été revues en travaux de groupes. Les groupes ont été constitués par ensembles d'objectifs parmi les neuf objectifs identifiés préalablement.

Après la fin de l'atelier, les consultants ont travaillé pendant 5 jours pour finaliser le deuxième draft du PSN.

L'atelier de validation du PSN s'est tenu le 17 juin 2020 conformément à la feuille de route pour l'élaboration du PSN 2021-2025 validée par les parties prenantes (Annexe 1 Feuille de route).

ANALYSE DE LA SITUATION DU PAYS

1. CARACTERISTIQUES GENERALES

1.1. Caractéristiques physiques

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

La Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont: la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière.
La Basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations variant entre 3000 et 4000 mm par an.
La Moyenne Guinée, région de massifs montagneux couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles entre 1500 et 2000 mm par an.
La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays. Le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500mm.

1.2. Caractéristiques démographiques

Selon les données de projection du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 (RGPH3), la population guinéenne est de 12.218.357 habitants en 2019[1] avec une densité d'environ 43 habitants au km2. Le taux de croissance démographique est de 2,2%. Les femmes représentent 51,5% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%), presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales: Basse Guinée (21,8% de la population totale), Moyenne Guinée (19,3%), Haute Guinée (24,9%), Guinée Forestière (18,3%) et la zone spéciale de Conakry (15,7%). Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

1.3. Situation administrative et politique

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

Les Régions administratives de l'intérieur du pays sont subdivisées en 33 préfectures. Le pays compte 38 communes urbaines[2], dont 5 à Conakry, et 304 communes rurales. Ces collectivités sont subdivisées en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

[1] http://www.stat-guinee.org/

[2] Code révisé des collectivités locales, 2017

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

1.4. Caractéristiques socioéconomiques

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, il fait partie des pays les plus pauvres du monde. Les données de l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP 2012) indiquent que 55,2 % de la population vit en-deçà du seuil de pauvreté. L'IDH[3] de la Guinée pour 2018 s'établit à 0.466, ce qui place le pays dans la catégorie «développement humain faible» et au 174e rang parmi 189 pays et territoires.

La carte suivante matérialise le découpage administratif du pays

Figure 1 Carte administrative de la Guinée

Le Produit Intérieur Brut (PIB) en 2018 est de 885.3 USD par habitant[4].

Selon l'UNESCO, en 2012, le taux d'alphabétisation des adultes âgés de 15 ans et plus était de 32%5 pour l'ensemble du pays; il était de 43.64% et 21.96% respectivement pour les hommes et les femmes. Le taux brut de scolarisation au primaire est passé de 74.7% en 2010 à 78.3% en 2016. Le taux brut de scolarisation des filles est passé de 68.46% en 2012 à 70.63% en 2016. Le taux brut d'achèvement de l'école primaire est de 51,2% pour les filles et 68% pour les garçons.

[3] http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/GIN.pdf

[4] https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.CD?locations=GN

5MP, 'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté, 2012

Cette situation influe négativement sur l'adoption de certains comportements favorables à la santé et sur la transmission par écrit des messages éducatifs. Pour des raisons socioculturelles, les attitudes et comportements de la majorité de la population apparaissent souvent peu favorables à la santé. Ils se caractérisent par un faible respect des règles d'hygiène et d'assainissement et un faible niveau d'information sur la sexualité et les méthodes contraceptives ainsi que sur le mode de transmission et de prévention de certaines maladies comme les maladies sexuellement transmissibles, y compris le SIDA. La consommation de drogue et la criminalité (surtout en milieu urbain) ont augmenté. Ainsi, la Guinée est confrontée à des problèmes majeurs de santé mentale liés à la toxicomanie car la consommation de drogue est devenue fréquente chez les adolescents et les jeunes. Dans les établissements scolaires, 17% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 57% de la population est constituée de fumeurs[6].

Profil environnemental et cadre de vie

Selon le JMP 2017[7], 61.9% des ménages guinéens utilisent au moins un service élémentaire d'approvisionnement en eau potable (accès à une source d'eau améliorée avec un maximum de 30 minutes de temps de collecte) alors qu'en milieu rural, cette proportion n'est que de 48.7%. Les principales sources d'approvisionnement en eau de boisson des ménages sont des sources élémentaires améliorées dans 67% des cas, des sources non améliorées dans 10% des cas et des eaux de surface dans 11% des cas[8]. Dans le domaine de l'assainissement, seulement 22.7% des ménages ont accès à un service élémentaire d'assainissement alors que 14.4% pratiquent la défécation à l'air libre. La situation est encore plus critique en milieu rural ou 21.7% ont recours à la défécation à l'air libre. Malgré les efforts déployés pendant la riposte au virus Ebola, le lavage des mains au savon n'est toujours pas une pratique courante. Au niveau national, 77 % des ménages rejettent les ordures dans la nature. Ce taux est de 93% en milieu rural, 18,1% à Conakry et 64,4% dans les autres centres urbains. La présence des dépotoirs sauvages un peu partout dans la ville de Conakry et à l'intérieur du pays favorise la prolifération des insectes et des rongeurs, vecteurs de maladies. La production de déchets biomédicaux en Guinée est estimée à plus de 700 tonnes par an9. La plupart des structures de soins ne dispose pas d'infrastructures et d'équipements adaptés et suffisants pour le tri, la collecte, le transport, le stockage, le traitement et l'élimination de ces déchets.

Les résultats de l'EDS 2012 mettent en évidence une certaine précarité des conditions de logement en Guinée. Quatre ménages sur 9 (45%) vivent dans des logements dont le sol est en terre ou sable, ce qui favorise la propagation des maladies infectieuses et parasitaires. En milieu urbain, la majorité des logements a un sol recouvert de ciment (74%), et en milieu rural, le sol d'environ deux tiers des logements (64%) est en terre, sable ou bois.

Egalité des sexes, inclusion et droits humains

Les besoins spécifiques des hommes et des femmes en matière de prévention, détection et traitement de la TB sont issus de leur position sociale respective au sein de la société guinéenne. La position sociale des hommes et des femmes détermine leur accès aux et contrôle des ressources, y compris l'accès à

6Enquête sur le tabagisme en milieu scolaire (Avril 2001), Guinée

7 https://www.unicef.org/guinea/eau-hygiene-assainissement

8 ENENSE Guinée 2007

9 MSHP, Stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux, 2010

l'information, à l'éducation et aux services de santé, en plus de déterminer leur participation et prise de décisions au sein des ménages et dans les communautés ainsi que leurs rôles et responsabilités dans la gestion de la maladie.

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

Les femmes forment la couche la plus pauvre de la société. En 2012, 21.5% seulement des femmes sont salariées dans le secteur non agricole. Les femmes continuent d'être sous représentées dans la vie publique et politique ainsi qu'aux postes de décision. A titre d'exemple, en 2012, seulement 22% des députés au sein de l'assemblée nationale étaient des femmes. Au niveau du Gouvernement, en 2014, seulement 14.7 % des ministres sont des femmes.

Évacuation des ordures ménagères

Populations particulières

Il s'agit principalement des personnes privées de liberté et des miniers (employés des entreprises et miniers informels) et les populations vivant dans les zones de fortes concentrations humaines, urbaines en général.

Personnes privées de liberté

Le pays compte huit (8) prisons situées dans les huit régions administratives et des prisons civiles dans les autres préfectures. Les prisons sont généralement surpeuplées et les cellules sont exiguës et peu ventilées. La population carcérale sur l'étendue du pays est de 3518 en 31 Décembre 2019 repartie comme suit :

N°	Lieu de détention	Nombre de Détenus	Nombre cas de TB dépistés
1	Maison centrale de Conakry	1516	18
2	Prison régionale de Boké	132	00
3	Prison régionale de Kindia	445	02
4	Prison régionale de Labé	298	00
5	Prison régionale de Kankan	200	00
6	Prison régionale de Faranah	75	00
7	Prison régionale de Mamou	168	00
8	Prison régionale de N'zérékoré	291	01
9	Prison Civile de Coyah	156	01
10	Prison Civile de Siguiri	237	00
	Total	3518	22

La Maison centrale de Conakry abrite le plus grand nombre de détenus ; 1542 prisonniers y étaient recensés au 12 décembre 2019 alors que sa capacité d'accueil initiale était de 300. La prison de Kindia comptait 445 détenus à la même date pour une capacité d'accueil de 150. La prison de Siguiri (zone aurifère) est habituellement la plus peuplée parmi les autres prisons des préfectures (237 détenus).

Toutes les prisons sont dotées d'une infirmerie, avec un ou plusieurs agents de santé - infirmier ou agent technique de santé (ATS), un technicien de laboratoire et parfois un médecin. La Maison centrale de Conakry dispose d'un CDT fonctionnel.

Secteur minier

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

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

2. CONTEXTE SANITAIRE

2.1. Aperçu des problèmes sanitaires auxquels le pays est confronté

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination. Le paludisme représente 40.8% des consultations, 45.3% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers. Les infections respiratoires aigües et les épisodes diarrhéiques représentent les deuxième et troisième causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité[10]. Le pays enregistre la survenue fréquente d'épidémies de choléra, de méningite et de rougeole. Le pays a été frappé entre 2013 et 2016 par l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE).

Par ailleurs, les maladies chroniques deviennent de plus en plus importantes dans la population. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec une prévalence de 12.4% en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28.1% d'hypertension artérielle, des cancers du col de l'utérus (0,5% des femmes) et du cancer du foie (31.5 pour 100 000)[11]. Le Tableau 1 présente les principaux indicateurs sociodémographiques et sanitaires du pays.

Tableau 1 Quelques indicateurs sociodémographiques et sanitaires

Indicateurs	2005 (EDS III)	2012 (EDS IV MICS)	2018 (EDS V)
Taux brut de natalité	38,4‰	34,0‰	33,6‰
Taux brut de mortalité	14,6‰	10,19‰	8,7‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	163‰	122 ‰	111‰

10 EDS 2012

11 Enquête STEPS 2010

Taux de mortalité infantile	91‰	67‰	67‰
Taux de mortalité maternelle	980/100 000 nv	724/100 000 nv	576/100 000 nv
Indice synthétique de fécondité	5,7	5,1	4,8
Taux de mortalité néonatale	39%	33%	32%
Couverture d'au moins une consultation prénatale	82%	85%	81%
Taux d'accouchements assistés	38%	47%	55%
Taux de prévalence contraceptive	9%	8,5%	11%
Taux de séroprévalence VIH	1,5%	1,7%	1,5%
Espérance de vie	62 ans	58,9 ans	59 ans
Indice de pauvreté	53,0%	55,2%	55,2%
Insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	26%	18%	16%

2.2. La politique nationale de santé

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

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

2.2.1. Vision

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

2.2.2. Fondements

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

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

2.2.3. Principes directeurs

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

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

2.2.4. Réformes

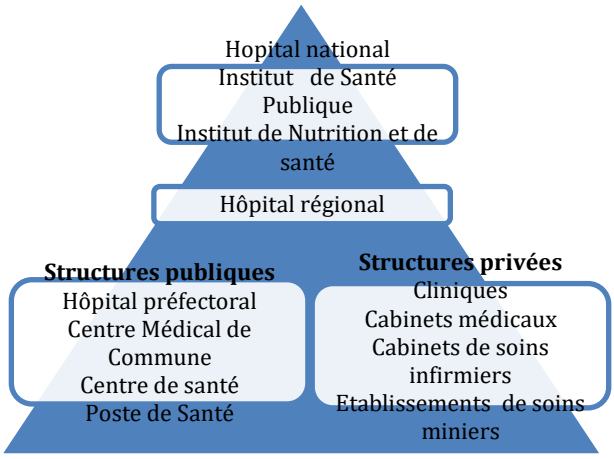
La Guinée a adopté en 1988 l'approche des Soins de Santé Primaires comme fondement de sa politique nationale de santé. Cette approche va se poursuivre avec les réformes de Revitalisation des Soins de santé Primaires et de Renforcement du système de santé. Ces réformes sont entre autres :

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

2.3. Système de santé

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

Figure 2. Typologie de l'Offre de soin



Dans le secteur public, en 2016, Dans le domaine de l'offre de soins globale du pays, il existe 1 383 structures publiques toutes catégories confondues, réparties comme suit : 925 postes de santé, 410 centres de santé, 5 centres de santé améliorés, 33 centres médicaux communaux et hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux. Ce type d'organisation repose sur la séparation des fonctions de ces différents niveaux de soins avec une complémentarité devant assurer une continuité des soins. Ce modèle d'organisation qui repose sur le concept de district de santé reste pertinent sur le plan conceptuel. L'entité préfecture qui constitue le district sanitaire dispose des éléments essentiels pour un fonctionnement cohérent à savoir un hôpital de district et un réseau de postes et centres de santé. Un tel dispositif est susceptible d'assurer une certaine continuité des soins, notamment avec l'appui des hôpitaux régionaux.

Tableau 2 Répartition géographique des infrastructures publiques de soins par Région

N°	Régions	PS	CS	CSA	HP/CMC	HR	HN	TOTAL
1	Ville de Conakry	4	22	0	5	0	3	34
2	Région de Kindia	153	55	0	5	1	0	214
3	Région de Boké	108	45	2	4	1	0	160
4	Région de Mamou	97	36	0	2	1	0	136
5	Région de Labé	176	65	1	3	1	0	246
6	Région de Faranah	96	43	0	3	1	0	143
7	Région de Kankan	134	67	0	4	1	0	205
8	Région N'zérékoré	157	77	2	7	1	0	244
Total		925	410	5	33	7	3	1383

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

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

Le financement des intrants (médicaments de première et de deuxième lignes, produits de laboratoire) destinés à la lutte antituberculeuse est assuré par un cofinancement entre l'Etat et ses partenaires -OMS, Action Damien, OFHOM, MSF, MPA national- (25%) et le FM (75%). Les acquisitions à travers le financement FM passent par le GDF et celles assurées par le budget de l'Etat passent par la structure de passation des marchés du ministère de la santé.

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

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

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

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

Le secteur privé est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et un autre non lucratif (ONG et confessions religieuses). Le sous-secteur privé formel comprend 41 cliniques, 106 cabinets médicaux, 17 cabinets dentaires, 16 cabinets de sage-femme, 152 cabinets de soins infirmiers, 4 centres d'exploration médicale et 35 centres de santé associatifs et confessionnels. Le secteur privé informel est composé de

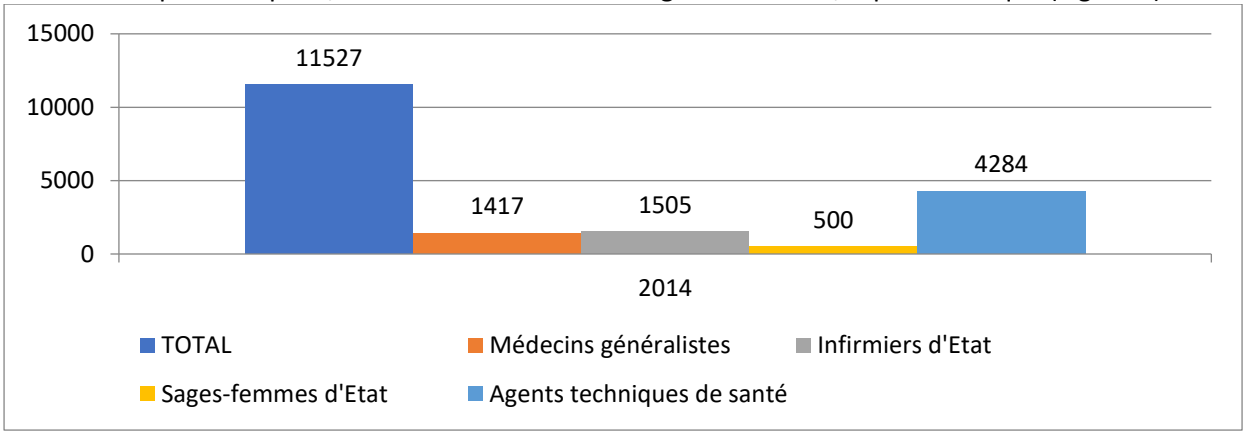
1044 structures recensées toutes catégories confondues dont les 2/3 se retrouvent dans la ville de Conakry[12.]

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

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

3.2.1. Ressources humaines

Sur le plan des effectifs, selon la base de données de 2014 issues du recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé, l'effectif s'élève à 11.527 agents de santé, répartis tels que (Figure 2) :



Sur le plan du genre, sur 11527 personnels de santé, 51 % sont des femmes (5891) et 49% des hommes. En outre, on constate un vieillissement alarmant des personnels de santé avec 65 % (7549) qui ont au moins 45 ans, 33 % ont entre 30 et 44 ans et moins de 1% (133) ont entre 15 et 29 ans., ce qui laisse présager un fort taux d'attrition dus aux départs à la retraite dans la prochaine décennie.

L'analyse de la situation des ressources humaines en santé fait ressortir des problèmes majeurs de développement des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire notamment la démotivation des agents liée à l'absence de description de poste, de profil de carrière, aux bas salaires et aux mauvaises conditions de travail. On note des déséquilibres quantitatifs, qualitatifs et de distribution des ressources humaines

Selon le rapport de l'analyse des ressources humaines en santé en 2012, 55,4% du personnel travaille dans les hôpitaux contre 44,6% dans les centres et postes de santé alors que, selon les normes, ces proportions devraient être respectivement de 46,8% et 53,2%.

Sur le plan géographique, 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones

[12] Documents préparatifs des Etats généraux de la Santé/l'Offre et les Prestations de Services

rurales pour couvrir 70% de la population du pays, contre 83% en zones urbaines pour 30% de la population (tableau 3). La région de Conakry, avec 15% de la population nationale, dispose de 49% du personnel professionnel de la santé.

Tableau 3 : Répartition du personnel de santé du secteur public par région et milieu de résidence[13]

Zone de résidence	Boké	Cky	Frn	Kk	Kn	La	Mm	N'Z	pays	%	pop
Rural	144		212	214	196	242	153	264	1425	17	70
Urbain	329	4184	379	424	618	326	228	558	7046	83	30
Total	473	4184	591	638	814	568	381	822	8471	100	100
%	6	49	7	8	10	7	4	10	100		

Légende : Cky= Conakry; Frn= Faranah; Kk= Kankan; Kn= Kindia; La= Labé; Mm= Mamou; N'Z= N'Zérékoré

1.2.4.3 Ressources financières et financement du secteur

La Guinée, avec moins de 3% du budget national alloué à la santé, fait partie des nombreux pays qui ne sont pas sur la voie d'atteindre les 15% comme proposé par les Chefs d'Etats de la CEDEAO à Abuja en 2001. La Guinée est l'un des pays où le poids du paiement direct est le plus important (environ 62,2%14). Cela confirme le sous financement du secteur par l'Etat et donne des indications quant à la faiblesse de la couverture sociale dans le pays. Le taux d'utilisation moyen des services des soins est de 0,3 contacts par habitant et par an. Selon le rapport de la Commission Financement de la santé du Ministère de la Santé en 2012, le poids de la dépense de santé des ménages est passé de 83% en 2004 à 62,2% en 2010.

Le Plan National de Développement Sanitaire qui couvre la période 2015-2024 prévoit une amélioration de la carte sanitaire et de la couverture des risques (mutualisation, subvention) pour soulager davantage les ménages.

Plusieurs organismes de coopération bilatérale et multilatérale, ONG nationales et internationales interviennent dans le secteur de la Santé, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Union Européenne, l'UNICEF, l'USAID, la GIZ, la Coopération Française, MSF, l'Association Française Raoul Follereau (AFRF), les œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte (OHFOM), la Mission Phil africaine, la KFW, l'UNFPA, la Banque mondiale, le Fonds Mondial, GDF, l'Action Damien, la Fraternité Médicale de Guinée (FMG), le Lions Club, le Rotary Club, H.K.I, pour ne citer que ceux- là.

[13] Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2011.
[14] MSHP, 2010, CNS

3. ANALYSE DE LA CHARGE DE LA TUBERCULOSE

3.1. Estimations de l'OMS

3.1.1. Mortalité

En l'absence de système performant d'enregistrement des causes de décès en Guinée, la mortalité due à la tuberculose ne peut pas être mesurée directement. En 2018, la mortalité par la TB (excluant VIH+) en Guinée a été estimée à 22 (13 – 34) décès pour 100 000 habitants (Figure 3).

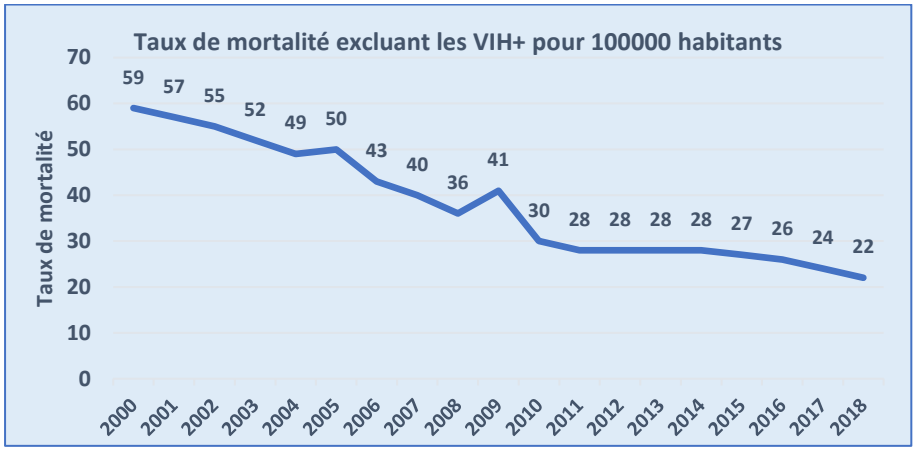


Figure 3 Evolution du taux de mortalité en Guinée excluant les VIH +, 2000 à 2017

On observe depuis 2000 une diminution en 2 phases. La mortalité est passée de 59 à 36 pour 100.000 habitants de 2000 à 2008. Une remontée à 41 pour 100.000 a été enregistrée en 2009 (coïncidant avec la survenue de troubles sociaux qui ont entravé la réalisation de plusieurs activités) suivie d'une diminution en 2010, à 30 cas pour 100.00 habitants. De 2011 à 2014, la mortalité a stagné autour de 28 cas pour 100.000 habitants et une baisse de 27 à 22 cas pour 100.000 habitants a été enregistrée entre 2015 et 2018.

La mortalité TB/VIH (Figure 4) suit la même allure.

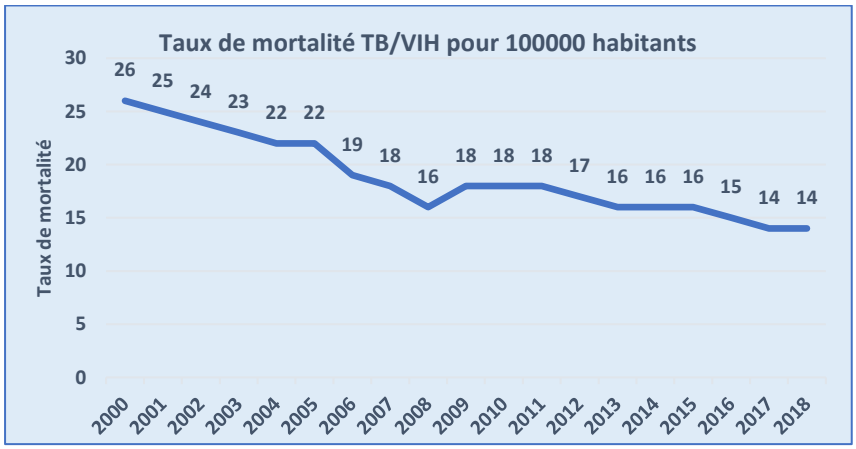


Figure 4 Evolution du taux de mortalité TB/VIH en Guinée, 2000 à 2017

3.1.2. Incidence

Le taux d'incidence connaît une évolution constante à la baisse entre 2000 et 2018 passant de 228 à 176 cas pour 100.000 habitants (Figure 5). La baisse s'est effectuée en 3 temps : de 2000 à 2007 où le taux

d'incidence a baissé de 12.3%, de 2007 à 2013 où ce taux a baissé de 11.5% et de 2013 à 2018 où la baisse est faible, de l'ordre de 0.6%. Depuis 2013, le taux d'incidence est stationnaire.

Alors que l'incidence mondiale décroît à un taux annuel de 1.6% entre 2000 et 2018 et de 2% entre 2017 et 2018 (selon le Rapport Mondial sur la Tuberculose de 2019), celle de la Guinée décroît à un taux annuel de 1.3% et de 0% durant les mêmes périodes.

En 2018, une différence importante a été constatée entre le taux de notification des cas TB (nouveaux cas et rechutes) qui est de 118 cas pour 100.000 habitants et le taux d'incidence qui est de 176 cas pour 100.000 habitants.

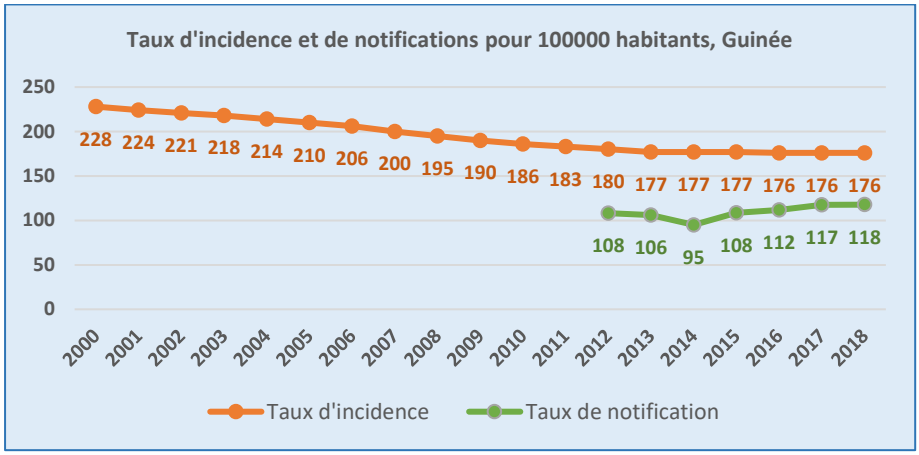


Figure 5 Evolution du taux d'incidence, 2000-18 et du taux de notification, 2012-18 en Guinée

3.2. Données de notification

3.2.1. Dépistage de la tuberculose

En 2018, 14.248 nouveaux cas et rechutes ont été notifiés. Le total des cas de tuberculose notifiés s'est élevé à 14.476 cas (Tableau 4). Le taux de notification pour 100.000 habitants est de 118 cas (Tableau 5). Avec les 14.248 cas notifiés, le PNLAT n'a pu détecter que 65% des cas existants estimés par l'OMS. Conakry a enregistré le taux de notification pour 100.000 habitants le plus élevé (365), suivie de Kindia (107) et N'zérékoré (104). Cependant, Kankan a enregistré un taux de notification très faible avec seulement 41 pour 100.000 habitants. Compte tenu du fait que Kankan a enregistré le taux de succès du traitement le plus faible parmi toutes les régions du pays comme décrit plus bas, cette faible performance plaide en faveur du fait que le faible taux de notification reflète plutôt un sous dépistage énorme à Kankan.

Tableau 4 Nombre de cas notifiés en Guinée par régions en 2018

Région	Nouveaux	Rechutes	Déjà traités (hors rechute)	Antécédents de traitement inconnus	Nouveaux cas et rechutes	Total
Kindia	2014	55	33	2	2069	2104
Boké	995	23	10	0	1018	1028
Kankan	940	16	18	0	956	974
Faranah	639	16	6	0	655	661
Labé	404	21	7é	0	425	432
Mamou	416	11	10	0	427	437
N'zérékoré	1753	26	30	0	1779	1809
Conakry	6670	249	112	0	6919	7031
Guinée	13831	417	226	2	14248	14476

A cet égard, l'analyse par région effectuée par le PNLAT a conclu que 45% des cas manquants sont dans la région de Kankan.

Tableau 5 Taux de notification et cas manquants par région en Guinée, 2018

Régions	Population	Nouveaux Cas et rechutes (toutes formes)	Taux de notification pour 100000
Boké	1216281	1018	84
Conakry	1894129	6919	365
Faranah	1027683	655	64
Kankan	2356877	956	41
Kindia	1929524	2069	107
Labé	1170852	425	36
Mamou	803342	427	53
N'zérékoré	1705356	1779	104
Total Guinée	**12.104.044**	**14.248**	**118**

Le nombre de cas présumés de tuberculoses soumis à un examen bactériologique en 2018 était de 43.734 pour tout le pays, parmi lesquels 8790 ont été positifs à l'examen bactériologique, soit un taux de positivité de 20% (Tableau 6). Ce taux est très élevé par rapport au taux attendu qui est autour de 10% et évoque une identification des cas présumés de tuberculose biaisée vers les malades ayant les signes et symptômes de tuberculose les plus marqués.

Tableau 6 Cas présumés de tuberculose en 2018 par régions

Région	Cas présumés de TB soumis à un examen bactériologique	Cas présumés TB avec examen bactériologique positif	Taux de positivité
Kindia	3042	731	24%
Boké	3073	691	22%
Kankan	4301	687	16%
Faranah	2726	499	18%
Labé	1802	343	19%
Mamou	1692	283	17%
N'zérékoré	4867	1071	22%
Conakry	22261	4485	20%
Total	**43764**	**8790**	**20%**

La proportion des cas confirmés bactériologiquement qui était stationnaire autour de 59% de 2012 à 2016 a diminué en 2017 passant à 52.8 % pour remonter à 55.1% en 2018 mais confirmant la tendance à la baisse (Tableau 7).

Tableau 7 Evolution de la répartition des cas notifiés de tuberculose en Guinée

Année	Bactériologiquement confirmés (TPM+)	Cliniquement diagnostiqués	TEP	Déjà traités	Antécédents inconnus
2012	58.9%	13.4%	21.3%	6.4%	0.0%
2013	59.3%	12.7%	21.1%	6.4%	0.5%
2014	57.2%	13.3%	22.6%	6.3%	0.6%
2015	59.9%	12.6%	21.5%	5.5%	0.6%
2016	59.0%	14.7%	21.2%	5.1%	0.1%
2017	52.8%	20.2%	22.6%	4.5%	0.0%
2018	55.1%	19.8%	20.7%	4.4%	0.0%

3.2.2. Distribution temporelle et géographique de la tuberculose

Le taux de notification pour 100.000 habitants des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués a connu une baisse entre 2012 et 2014 passant de 106 à 95 cas pour 100.000 (Figure 6). L'épidémie de la maladie à virus Ebola a contribué à cette situation. En 2015, le taux de notification a augmenté pour atteindre 108 cas pour 100.000 habitants puis a connu une hausse progressive pour atteindre 118 cas pour 100.000 en 2018.

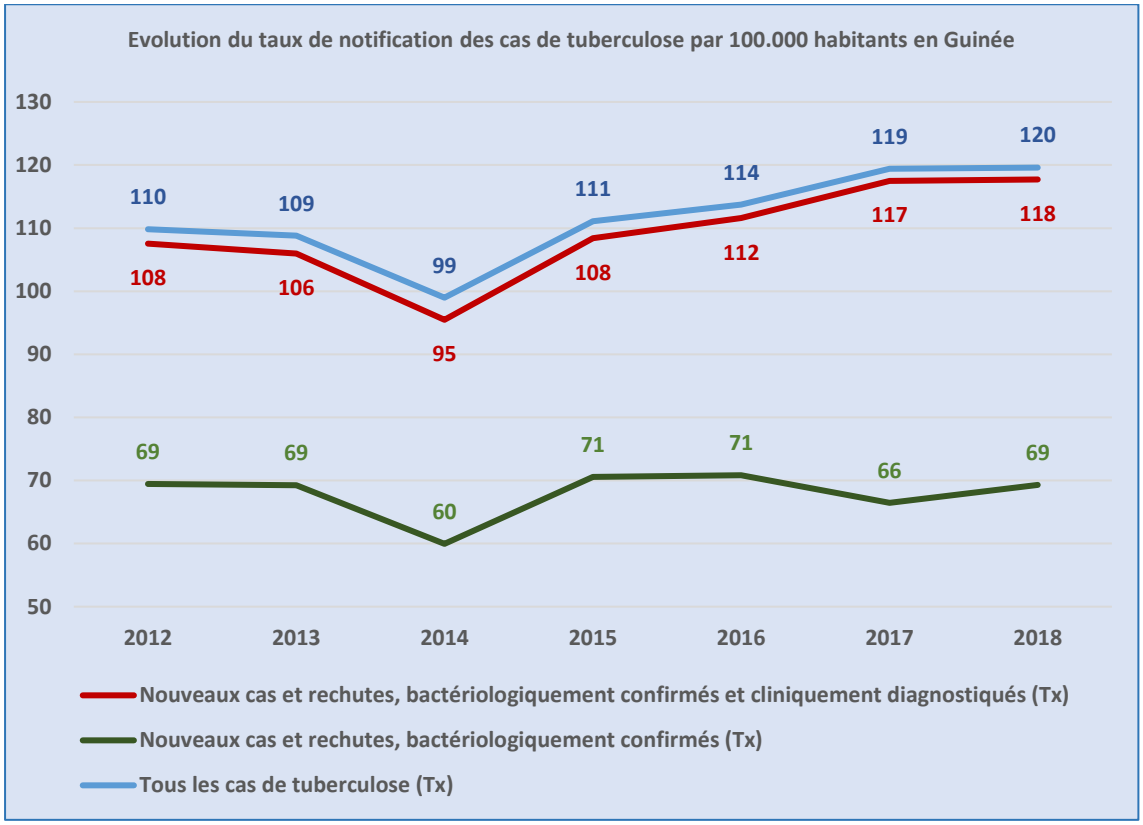


Figure 6 Evolution du taux de notification des cas de TB en Guinée, 2010-2018

Par ailleurs, la Figure 7 montre l'évolution du nombre de cas de tuberculose notifiés en Guinée.

La proportion des cas notifiés qui sont précédemment traités connaît une baisse régulière, passant de 6.4% en 2012 à 4.4% en 2018.

Au niveau national, le taux de notification de tous les cas de TB toutes formes confondues en 2018 est de 120 pour 100 000 habitants, avec des disparités au niveau régional (Figure 8). Ainsi, les communes de la région de Conakry ont enregistré des taux qui varient entre 315.1 et 370 en 2018. Les régions de Labé, Mamou, Faranah et Kankan ont, pour leur part, un taux de notification compris entre 40.7 et 95.6. Le taux de notification des régions de Boké, Kindia et N'zérékoré se trouve dans la fourchette 95.6 et 150.5 cas pour 100 000 habitants.

Toutefois, il est à remarquer qu'en fonction de la densité de la population et la disponibilité des outils de diagnostic, les taux de notifications sont très élevés dans certaines communes de la région de Conakry. Les taux de notification pour 100.000 habitants des cas de tuberculose toutes formes confondues en 2018 sont compris entre :

- 212.9 et 339.6 pour Ratoma et Matoto ;
- 719.9 et 846.6 pour Matam et Kaloum ;
- 846.6 et 973 à Dixinn.
- La région de Conakry renferme les centres historiques de lutte antituberculeuse tels que le Centre AntiTuberculeux de Reference de la Carrière CATR (commune de Matam), l'hôpital Ignace Deen et le CDT du port (Kaloum). Le CDT de Matam MSF reçoit les patients coinfectés TB/VIH des préfectures de Dubréka et Coyah.

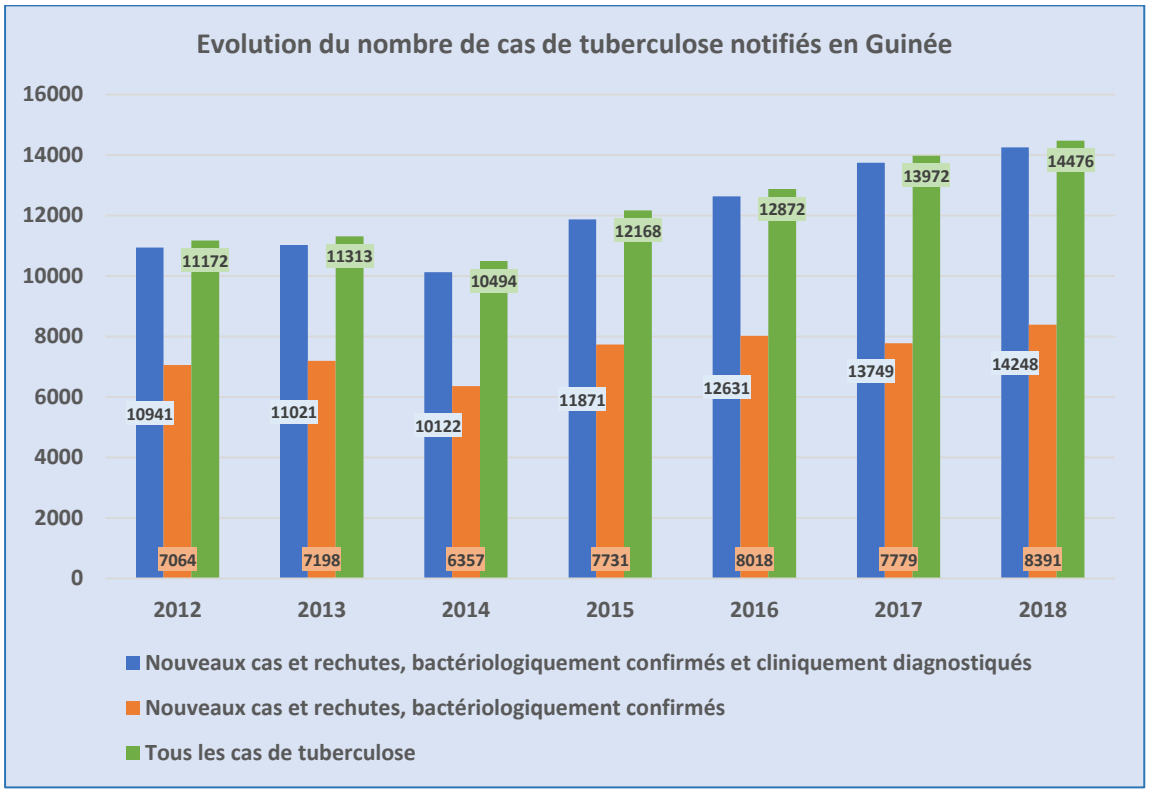


Figure 7 Evolution du nombre de cas de tuberculose notifiés en Guinée

Au niveau national, le taux de notification de tous les cas de TB toutes formes confondues en 2018 est de 120 pour 100 000 habitants, avec des disparités au niveau régional (Figure 8). Ainsi, les communes de la région de Conakry ont enregistré des taux qui varient entre 315.1 et 370 en 2018. Les régions de Labé, Mamou, Faranah et Kankan ont, pour leur part, un taux de notification compris entre 40.7 et 95.6. Le taux de notification des régions de Boké, Kindia et N'zérékoré se trouve dans la fourchette 95.6 et 150.5 cas pour 100 000 habitants.

Toutefois, il est à remarquer qu'en fonction de la densité de la population et la disponibilité des outils de diagnostic, les taux de notifications sont très élevés dans certaines communes de la région de Conakry. Les taux de notification pour 100.000 habitants des cas de tuberculose toutes formes confondues en 2018 sont compris entre :

- 212.9 et 339.6 pour Ratoma et Matoto ;
- 719.9 et 846.6 pour Matam et Kaloum ;
- 846.6 et 973 à Dixinn.

- La région de Conakry renferme les centres historiques de lutte antituberculeuse tels que le CATR de la Carrière (commune de Matam), l'hôpital Ignace Deen et le CDT du port (Kaloum). Le CDT de Matam MSF reçoit les patients coinfectés TB/VIH des préfectures de Dubréka et Coyah.

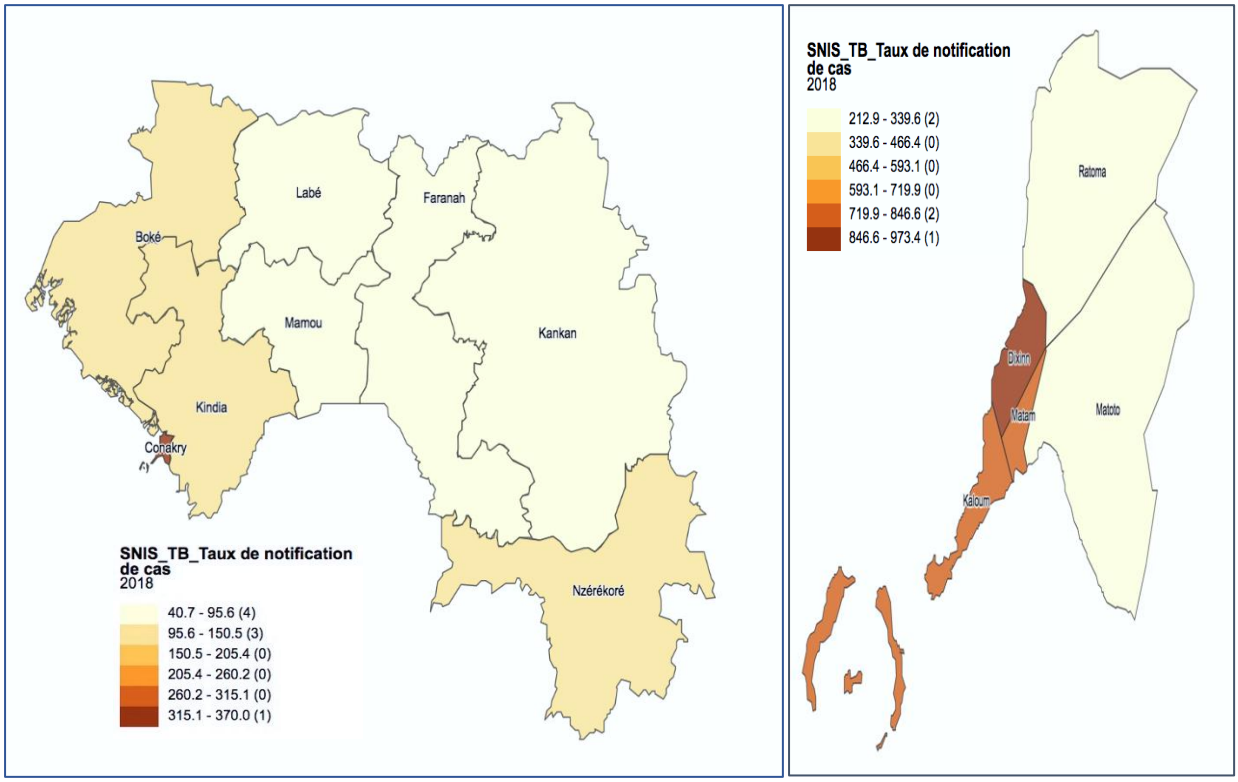


Figure 8 Taux de notification de toutes formes par région en 2018

Les taux de notification des nouveaux cas et rechutes, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, par régions, sont représentés dans la figure (Figure 9). Conakry a nettement le taux le plus élevé, plus de 3 fois la moyenne nationale. Labé et Kankan ont les taux les plus faibles avec respectivement 36 et 41 pour 100.000 habitants.

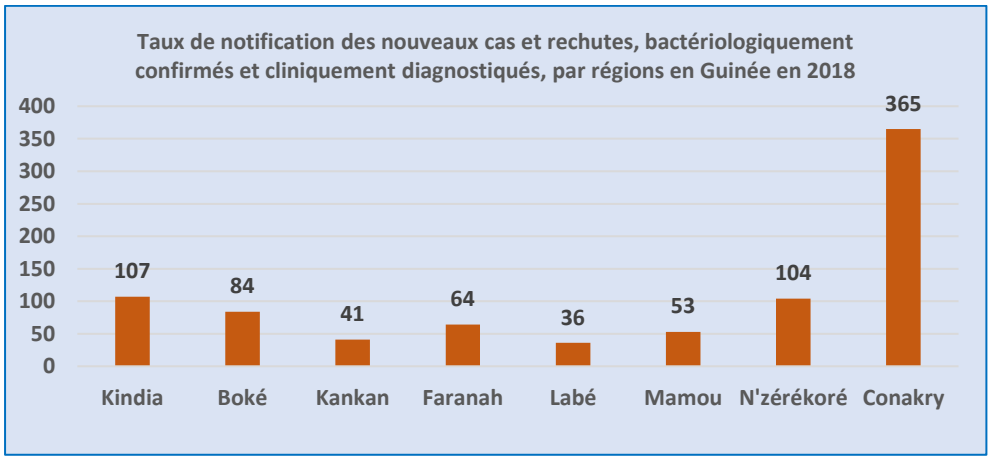


Figure 9 Taux de notification des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes, Guinée, 2018

3.2.3. Répartition des nouveaux cas et rechutes selon l'âge et le sexe

Le groupe d'âge 15-44 ans constitue 67% de tous les nouveaux cas et rechutes notifiés (Figure 10). La tranche d'âge la plus atteinte est celle de 25-34 ans avec 28% des cas.

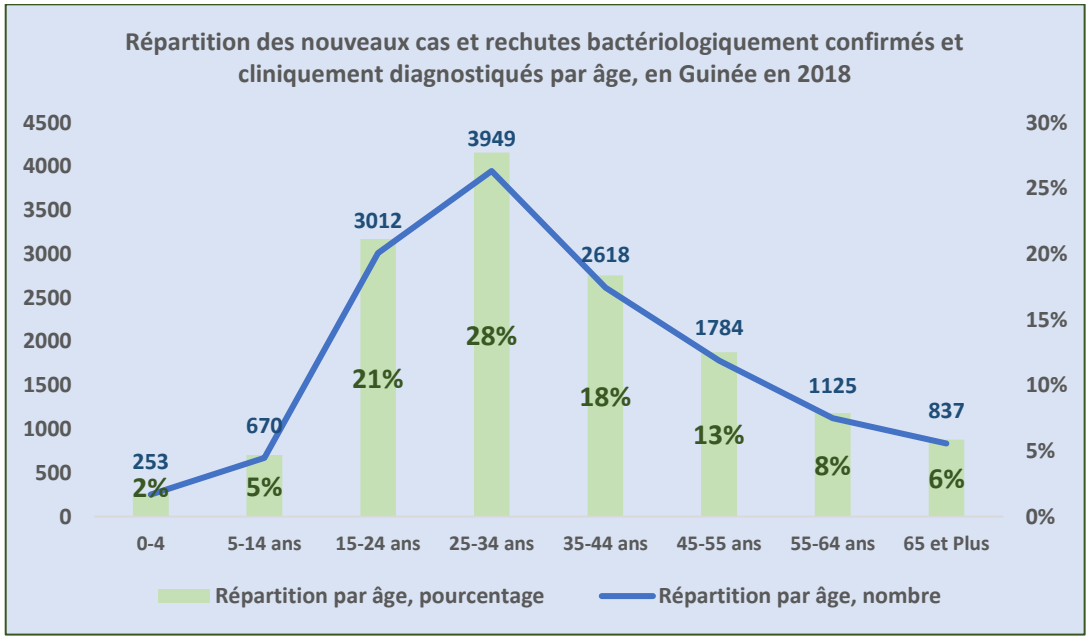


Figure 10 Répartition des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués par âge

Le nombre de cas notifiés chez les hommes constitue 62% de tous les cas avec un sexe ratio de 1.6. Entre zéro et 14 ans, il n'y a pas de prédominance d'un sexe alors qu'à partir de 15 ans la proportion des hommes est supérieure dans toutes les tranches d'âge (Figure 11). Si on prend en considération une répartition par âge séparée entre les hommes et les femmes, la proportion des malades TB de sexe féminin qui sont âgées de moins de 15 ans est de 7.9% alors que la proportion des malades TB de sexe masculin qui sont âgés de moins de 15 ans est de 5.6% seulement (Figure 12). La situation est similaire pour la tranche d'âge 15-24 ans : 23.6% des femmes TB sont dans cette tranche d'âge contre 19.7% des hommes TB. Dans la tranche d'âge 25-34 ans les proportions sont similaires pour devenir inversées dans les tranches d'âge plus âgées. La proportion des femmes TB dans chacune de ces tranches d'âge est supérieure à la proportion des hommes TB dans les mêmes tranches d'âge. Cela pourrait suggérer une transmission plus marquée de la TB chez les personnes de sexe féminin avec sous diagnostic qui mérite d'être investigué par des études épidémiologiques poussées ainsi qu'une analyse genre centrée sur la maladie.

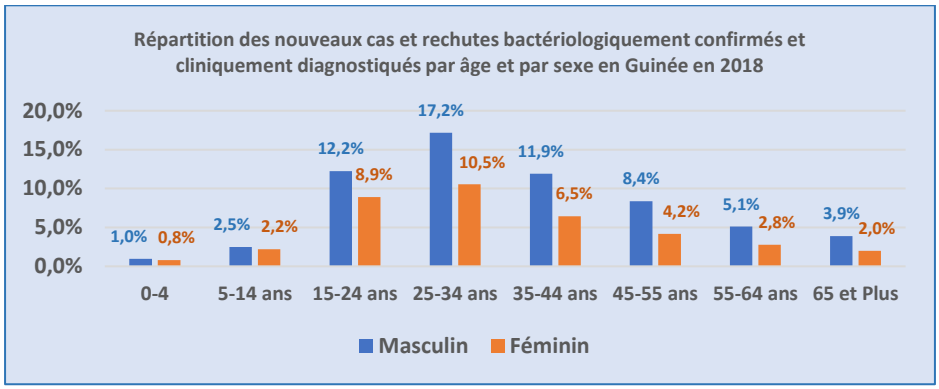


Figure 11 Répartition des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués par âge et par sexe

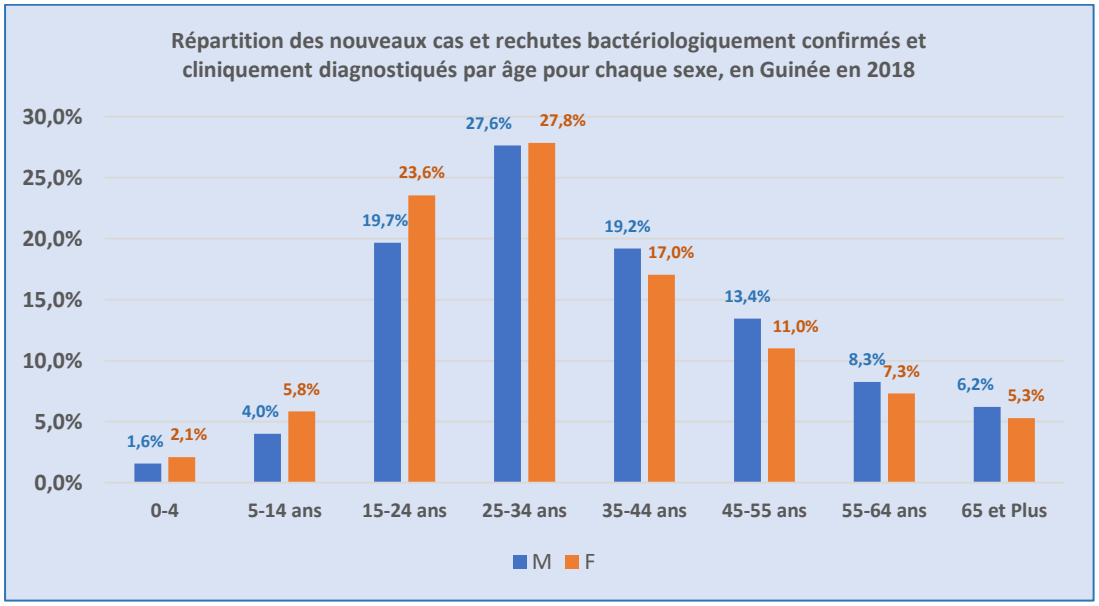


Figure 12 Répartition des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués par âge pour chaque sexe

La Figure 13 montre, pour l'année 2018, la répartition par tranche d'âge et selon le sexe des cas estimés par l'OMS et des cas notifiés. La sous notification est plus marquée dans la tranche d'âge 0-4 ans pour les deux sexes et est généralement plus marquée chez les malades de sexe féminin dans toutes les tranches d'âge à l'exception de la tranche d'âge 15-24 ans dans laquelle la sous notification est plus élevée chez les hommes et la tranche d'âge 25-34 pour laquelle la sous notification est la même pour les deux sexes.

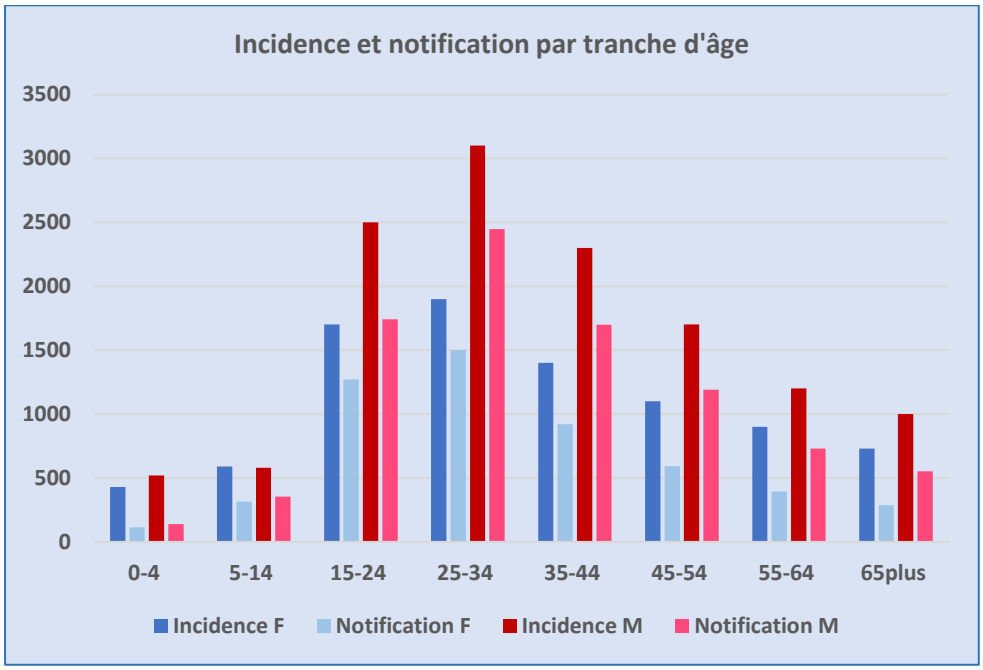


Figure 13 Répartition des cas de tuberculose estimés et notifiés par âge et par sexe, Guinée, 2018

3.2.4. Tuberculose chez l'enfant

Le dépistage de la TB chez l'enfant est demeuré insuffisant depuis plusieurs années comme le montre la Figure 14. La proportion d'enfants parmi les nouveaux cas et les rechutes notifiés a stagné entre 2010 et 2015 passant de 1,8% à 1,5%. La proportion a augmenté en 2016 passant à 5,3%. Depuis cette date, la proportion a continué à augmenter pour atteindre 6,5% en 2018.

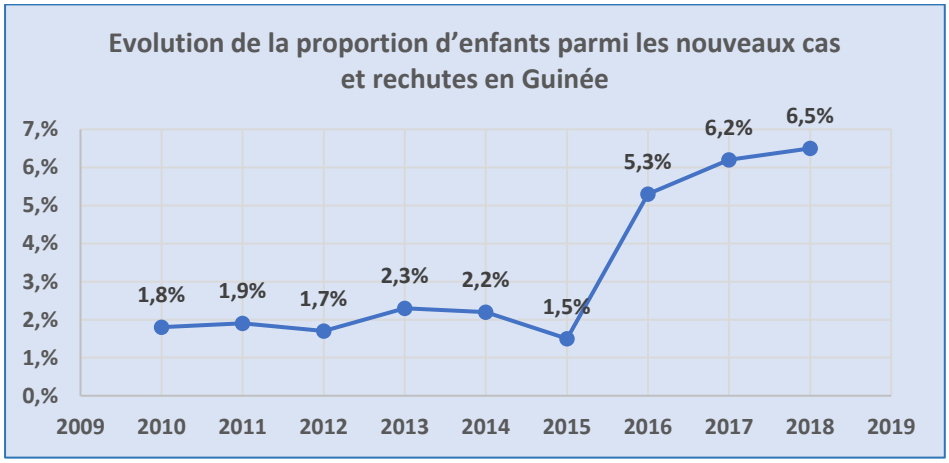


Figure 14 Evolution de la proportion d'enfants parmi les nouveaux cas et rechutes en Guinée

Le nombre d'enfants de 0 à 4 ans reste très faible, avec un ratio 0-4 ans : 5-15 ans allant de 0,35 en 2015 à 0,38 en 2018 avec une légère augmentation en 2016 à 0,43. Ce ratio est très décalé par rapport à la fourchette attendue qui est de 1.5-3. Cela évoque un sous-dépistage/notification chez ces enfants.

3.2.5. Tuberculose dans les groupes à risque et vulnérables

Une cartographie claire n'est pas disponible couplé au fait que l'outil de rapportage ne permet pas de collecter les informations exhaustives sur les données et /ou les activités pour toutes les catégories concernées).

Au niveau national, aucun atelier n'a été organisé afin de faire la cartographie des populations vulnérables et ainsi définir les stratégies les mieux adaptées aux réalités de chaque groupe.

3.2.5.1. Tuberculose chez les personnes privées de liberté

Le dépistage de la tuberculose à l'entrée et à la sortie ne se fait pas dans les prisons. Toutefois, les patients avec présomption ou atteinte tuberculeuse sont examinés et traités par l'équipe de soins en prison. Un centre de traitement a été ouvert à la maison centrale de Conakry pour la prise en charge des détenus. Le PNLAT a réalisé des campagnes de dépistage actif à l'occasion de la journée mondiale de la tuberculose dans la maison centrale de Conakry et dans les prisons régionales. Ce dépistage actif a permis de toucher 537 prisonniers qui ont été testés et parmi lesquels 17 étaient positifs et sensibles à la rifampicine, soit 3,16%. En 2018, 35 prisonniers ont été diagnostiqués positifs dans toutes les prisons dont 22 à la maison centrale de Conakry.

3.2.5.2. Tuberculose chez les pêcheurs

Peu d'activités ont été réalisées envers cette cible. Les résultats de la campagne de sensibilisation et de dépistage actif réalisée dans la préfecture de Boffa en novembre 2019 a permis d'identifier 59 cas présumés de tuberculose. Parmi ces malades 5 cas de TB ont été confirmés dont un cas de TB-MR.

3.2.5.3. Tuberculose chez les miniers

La Guinée renferme plusieurs zones minières dans lesquelles l'exploitation artisanale et industrielle est réalisée. Ce secteur comprend d'une part les employés des entreprises minières et d'autre part les miniers informels qui exploitent les minerais de façon artisanale. Les entreprises minières disposent de services de santé, tels RUSAL, la Société Aurifère de Guinée (SAG), Rio Tinto, SMD, Russal, CBG et sont localisées dans les préfectures de Boké, Fria, Siguiri, Dinguiraye, Kindia, Kérouané, Conakry et Beyla. Les miniers informels sont présents surtout en Haute Guinée. Leurs conditions de travail sont très précaires avec une forte exposition à la poussière et un risque élevé d'accident. Ils se caractérisent par une grande mobilité car ils sont continuellement à la recherche des filons les plus riches, ou ils sont originaires d'autres régions ou de pays avoisinants.

. Plusieurs campagnes de sensibilisation ont été réalisées et ont permis de toucher 156 orpailleurs à Kouroussa, Siguiri et Mandiana en 2019. Toutefois, des stratégies mieux ciblées seront conçues pour dépister les cas et surtout réduire le nombre de perdus de vue, compte tenu de la mobilité de cette population.

3.2.5.4. Les diabétiques

En dépit de la prévalence du diabète qui est de 5% au niveau de la population générale guinéenne, il n'existe pas encore d'interventions spécifiques du PNLAT en direction de cette cible. Toutefois la Guinée a participé à l'étude multicentrique RAFA screen pour l'élaboration d'un algorithme de diagnostic de la tuberculose chez les diabétiques. Il n'existe pas de données sur cette cible au niveau du PNLAT. A ce jour

aucune activité n'a été organisée par le PNLAT pour développer une collaboration avec des programmes comme celui de lutte contre le Diabète sucré, contre le Tabagisme, etc.

4. SITUATION DU VIH ET DE LA COINFECTION TB/VIH

4.1. Situation du VIH

La prévalence du VIH en Guinée est estimée à 1,5% parmi les personnes de 15-49 ans. Elle varie de 1,6% chez les femmes à 1,3% chez les femmes.

La prévalence du VIH parmi les personnes de 15-49 ans est plus élevée en milieu urbain (2% contre 1,1% en milieu rural).

La prévalence du VIH est plus élevée chez les séparés et divorcés (4% contre 1,8% parmi ceux qui sont en union et environ 1% parmi les autres). Chez les femmes, la prévalence parmi celles qui sont séparées ou divorcées est de 5% contre 1,7% parmi celles qui sont en union et 1,3% parmi les célibataires.

La prévalence du VIH chez les femmes est plus élevée parmi celles ayant le niveau primaire (2,2% contre moins de 1% parmi les autres). Bien que les écarts soient plus faibles, on constate les mêmes variations chez les hommes (1,3% parmi ceux ayant le niveau primaire contre moins de 1% parmi les autres).

Moins de 1% des jeunes de 15-24 ans sont séropositifs.

4.2. Dépistage du VIH chez les tuberculeux

Le PNLAT a réalisé des progrès en matière de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux. En 2016, 82% des malades tuberculeux connaissaient leur statut sérologique VIH. Ce taux a augmenté en 2017 (84%) et a connu une légère baisse à 83% en 2018 (Figure 15). Cette baisse est liée entre autres à la rupture de test de dépistage VIH. Malgré ces efforts, le pourcentage des malades connaissant leur statut sérologique VIH demeure inférieur aux recommandations de l'OMS qui sont de 100%.

L'incidence de la coinfection TB/VIH est estimée à 43 (28–62) cas pour 100.000 habitants par l'OMS en 2018.

La Figure 15 montre aussi l'évolution de la prise en charge de la coinfection TB/VIH chez les patients TB. La prévalence du VIH chez les malades TB est stable autour de 25% depuis 2010. La mise sous ARV et cotrimoxazole sont en amélioration constante atteignant respectivement 94.7% et 98.6% en 2018.

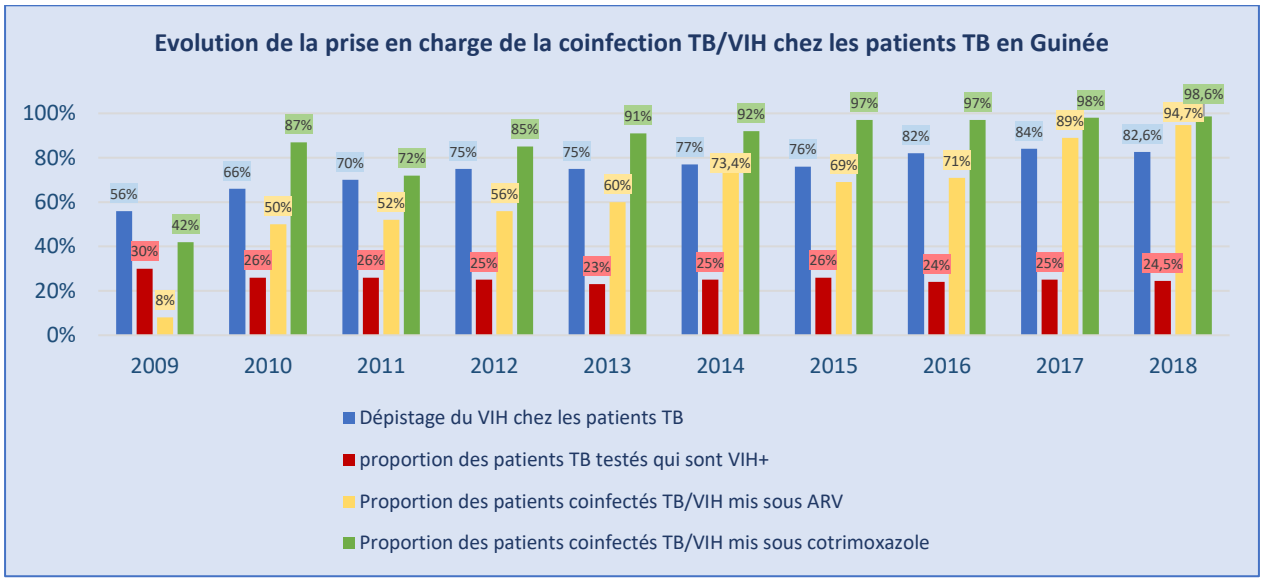


Figure 15 Evolution de la prise en charge de la coinfection TB/VIH chez les patients TB en Guinée

A l'échelle régionale, la proportion de cas TB testés pour le VIH varie de 50% pour la région de N'zérékoré à 100% pour la région de Conakry (Figure 16). Ces résultats peuvent varier selon la disponibilité des tests VIH dans les sites de prise en charge des patients, la référence des patients vers les sites qui disposent de ces tests et les enregistrements si les résultats sont déjà disponibles.

La proportion de cas de TB coinfectés par le VIH varie de 15% pour Faranah à 28% pour Conakry.

Le PNLAT reste tributaire de l'approvisionnement en intrants VIH qui doit être fait par le programme VIH. La préfecture de N'zérékoré a été faiblement approvisionnée en intrants pour le dépistage du VIH chez les tuberculeux, les tests disponibles ayant été utilisées par la PTME chez les femmes enceintes.

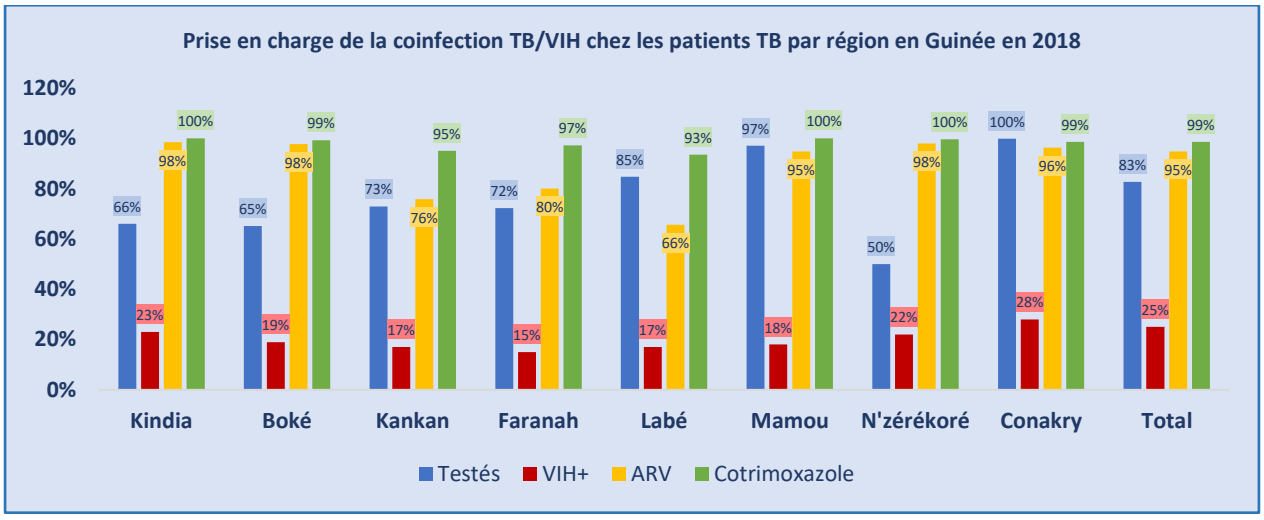


Figure 16 Prise en charge de la coinfection TB/VIH chez les patients TB par région en Guinée

4.3. Traitement antirétroviral et prophylaxie au cotrimoxazole

La mise sous traitement antirétroviral (ARV) et sous cotrimoxazole des patients coinfectés TB/VIH évolue positivement depuis 2014. En effet, le PNLAT a réalisé beaucoup de progrès dans la mise sous ARV de ces

patients. De 56% en 2012, 95% des cas coinfectés TB/VIH étaient sous traitement antirétroviral (TARV) en 2018 (Figure 15) et 99% parmi eux ont été traités par le cotrimoxazole.

A l'échelle infranationale, la proportion de cas TB/VIH coinfectés détectés et mis sous traitement ARV en 2018 varie de 66% à Labé à 98% pour Kindia, N'zérékoré et Boké (Figure 16). La couverture par le traitement par le cotrimoxazole varie de 95% à Kankan à 100% à Kindia, Mamou et N'zérékoré.

5. TUBERCULOSE PHARMACORESISTANTE

En l'absence d'une étude de prévalence de la pharmacorésistance aux antituberculeux, l'OMS estime la prévalence de la résistance de la TB-MR/RR en Guinée à 2.4% chez les nouveaux cas de TB et à 34% chez les cas de TB déjà traités, en 2018.

5.1. Dépistage de la résistance à la rifampicine

La proportion des cas de tuberculose testés pour la résistance à la rifampicine en 2018 est de 14% pour les nouveaux cas et 100% pour les cas déjà traités. Le nombre des cas de TB dépistés pour la résistance à la rifampicine est passé de 105 en 2013 à 1758 en 2018 (Figure 17). La hausse du nombre de cas dépistés s'explique par le fait que le pays dispose actuellement d'un réseau de 24 appareils GeneXpert. Six (6) cas de TB-MR/RR ont été testés pour la résistance aux médicaments de deuxième ligne.

5.2. Diagnostic et mise sous traitement des cas de TB MR/RR

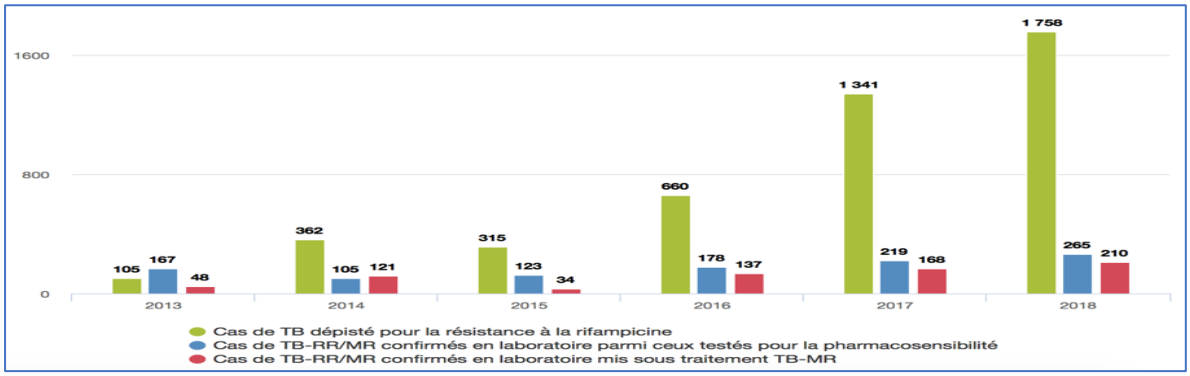


Figure 17 Evolution de la cascade du dépistage au traitement de la TB MR en Guinée, 2010-2018

Les 14 sites GeneXpert ont permis de dépister, en 2018, 265 cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RR) dont deux rechutes TB-MR.

Bien que le nombre de cas de TB-MR/RR continue d'augmenter avec la mise en place des appareils GeneXpert dans toutes les régions, la mise sous traitement n'est pas encore effective (Figure 17). En 2015, seuls 34 cas des 123 cas de tuberculose MR/RR ont bénéficié du traitement antituberculeux de deuxième ligne. Il y a eu une amélioration entre 2016 (137/178) et 2018 (210/265).

5.3. Résultats de traitement des cas de TB-MR/RR

Le taux de succès du traitement des cas de TB-MR/RR au niveau national est de 76% chez les patients enregistrés en 2017, avec des variations significatives par site -84% pour le CDT de Tombolia, 76% pour l'hôpital Ignace Deen et 66% pour le CATR- (Tableau 8). En raison du manque de cultures permettant de confirmer la guérison, 44% des patients de la CATR sont déclarés « traitement achevé ». Une amélioration du taux de succès du traitement avec l'utilisation du schéma court a été notée par rapport à la cohorte de 2016 où le taux de succès du traitement était de 61%.

Le taux de décès est élevé (8% à l'échelle nationale), en particulier à l'hôpital Ignace Deen, où il a atteint 18%. Le taux de décès est beaucoup plus élevé chez les patients coinfectés TB/VIH (sur les 24 patients décédés, 13 sont des coinfectes TB/VIH soit une proportion de 54%).

La proportion des patients perdus de vue est de 8% au niveau national. Le CATR a enregistré le plus de patients perdus avec 16%, suivi de l'hôpital Ignace Deen (6%) alors que le CDT de Tombolia n'a enregistré qu'un pourcent (1%) de perdus de vue.

Tableau 8 Résultats du traitement des malades de TB-MR/RR, cohorte de 2017

Cohorte 2017 Conakry	Enregistrés	Guéris	Traitement terminé	Décès	Echec	PDV	Taux succès	Taux décès	Taux échec	Taux PDV
Tombolia	69	52	6	9	1	1	84%	14%	1%	1%
CATR	62	14	27	9	2	10	66%	15%	3%	16%
I. Deen	34	26	0	6	0	2	76%	18%	0%	6%
Total	165	92	33	24	3	13	76%	14%	2%	8%

6. ORGANISATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE

6.1. Vision et mission du PNLAT

Le Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT) a été créé par le Ministère de la Santé en 1990. La même année, le PNLAT a démarré la stratégie DOTS et a ensuite intégré la plupart des éléments de la stratégie « Halte à la tuberculose » en 2007.

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

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

6.2. Politique et stratégies de lutte antituberculeuse

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

Le **diagnostic** de la tuberculose est essentiellement basé sur la microscopie; le GeneXpert est utilisé chez les personnes vivant avec le VIH, les enfants, les personnes privées de liberté, les contacts TB/MR, les personnels de santé, les diabétiques et les malades déjà traités.

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

6.3. Structure et fonctionnement du PNLAT

Au Niveau central, le PNLAT relève de la Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre la Maladie (DNGELM). Il est géré par une Coordination Nationale qui est chargée de concevoir, d'élaborer, de planifier, de superviser, de suivre et d'évaluer les activités de lutte antituberculeuse en collaboration avec les structures centrales et déconcentrées du Ministère de la Santé. L'équipe de la coordination

compte sept (7) unités (coordination, suivi-évaluation, DOTS communautaire, gestion administrative et financière, prise en charge des cas, appui logistique et pharmaceutique, recherche & formation, Communication & IEC/CCC & Plaidoyer et Documentation).

Le staff est composé d'une coordinatrice nationale, d'un coordinateur national adjoint, d'un responsable administratif et financier, d'un responsable de l'unité de suivi et évaluation, de deux pharmaciens, d'un responsable du DOTS communautaire, d'un chargé du suivi communautaire, d'un comptable, d'un data manager, d'un chargé de recherche et de formation, d'un point focal TB/VIH et TB-MR, d'un point focal TB pédiatrique et populations vulnérables et de personnel d'appui (1 secrétaire, 2 opératrices de saisie et 4 chauffeurs).

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

Le Laboratoire National de Référence des Mycobactéries (LNRM) est fonctionnel depuis 1996 avec un réseau de laboratoires qui compte 64 laboratoires de microscopie et 20 sites GeneXpert ainsi que le laboratoire de référence régional de Macenta. Il participe à l'évaluation et à la supervision du programme. En plus de la microscopie, il effectue les cultures en milieu solide, les antibiogrammes et le test rapide GeneXpert dans le cadre de la surveillance épidémiologique et du diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose pharmaco résistante. Il participe également à la recherche opérationnelle.

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

6.4. Financement du PNLAT

Le financement du PNLAT est assuré par l'état et ses partenaires techniques et financiers que sont les agences multilatérales et bilatérales et les ONG nationales et internationales.

Le paysage financier

	2021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total enUSD	%
Besoins en financement	8 327 677	7 158 280	5 685 907	5 345 231	5 499 424	32 016 519	
Budget du PSN	8 327 677	7 158 280	5 685 907	5 345 231	5 499 424	32 016 519	
Financement acquis	4 845 685	4 889 416	4 936 248	1 508 659	1 562 382	17 742 390	
Gouvernement	781 214	824 945	871 778	921 941	975 663	4 375 542	**13,67%**
Damien	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	2 000 000	**6,25%**
OMS	186 718	186 718	186 718	186 718	186 718	933 592	**2,92%**
FM	3 477 752	3 477 752	3 477 752	0	0	10 433 256	**32,59%**
GAP	3 481 992	2 268 864	749 658	3 836 572	3 937 043	14 274 129	**44,58%**

Le soutien des partenaires du PNLAT a été décisif dans le développement du Programme, en particulier en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments, la production des outils de gestion, la fourniture de réactifs et matériels de laboratoire, ainsi que l'équipement et la maintenance des laboratoires.

6.5. Gestion du programme

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

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

L'évaluation annuelle : les activités du PNLAT et le personnel sont constamment évalués par le Ministère de la Santé et ses partenaires.

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

La mobilisation des ressources: En vue d'obtenir un financement additionnel, le PNLAT a élaboré plusieurs requêtes en direction des partenaires notamment l'OMS (pour le financement de son plan d'assistance technique) et l'Initiative 5%.

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

7. RESULTATS DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE MISES EN OEUVRE A CE JOUR

7.1. Impact

Les indicateurs d'impact, analysés dans la section 3.1 montrent une évolution vers la baisse de la mortalité chez les sujets VIH négatif de 2000 à 2018. La même évolution a été notée pour les sujets VIH positif.

Après une diminution régulière à partir de 2000, le taux d'incidence a stagné entre 2013 et 2018.

L'analyse du taux de notification par tranche d'âge ne montre pas de prédominance chez les tranches d'âge supérieures, ce qui dénote de la persistance d'une transmission intense au sein de la communauté.

7.2. Détection des cas et mise sous traitement des malades diagnostiqués

Au vu de l'analyse effectuée dans la section 3.1 , le taux de sous dépistage/notification a diminué entre 2014 et 2018 avec une augmentation du nombre de cas notifiés durant la même période.

L'objectif du PNDS TB 2016-2020 est d'augmenter de 2.2% par an le nombre de nouveaux cas et rechutes toutes formes confondues notifiés. La cible a été atteinte pour les trois premières années du PNDS comme le montre le Tableau 9.

Tableau 9 Accroissement annuel du nombre de nouveaux cas et rechutes toutes formes confondues notifiés

Année	Notifications	Taux d'accroissement annuel
2015	11871	
2016	12631	6.40%
2017	13749	8.85%
2018	14248	3.63%

La détection des cas de tuberculose chez l'enfant de 0-14 ans est en amélioration depuis 2016 où la proportion parmi tous les cas a atteint les 5%, ce qui tombe dans la fourchette 5-15% attendue pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2018 ce taux a atteint 6.5%. Il n'en est pas de même pour la tranche d'âge 0-4 ans; Le ratio 0-4 ans : 5-15 ans n'a pas dépassé 0.38 en 2018, ce qui est loin de la fourchette attendue qui est de 1.5-3. Cela évoque un sous-dépistage et/ou une sous-notification chez ces enfants.

Le PNLAT a réalisé des progrès en matière de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux. Le taux des malades tuberculeux connaissaient leur statut sérologique VIH a atteint 83% en 2018. L'objectif pour 2018 etait de parvenir à dépister 95% des malades. La mise sous traitement ARV des malades TB/VIH a aussi connu des progrès passant de 50% en 2010 à 95% en 2018. La cible de 85% en 2018 est donc atteinte.

Le dépistage de la résistance à la rifampicine parmi les malades tuberculeux a connu aussi une amélioration, le nombre des cas de TB dépistés pour la résistance à la rifampicine ayant passé de 105 en 2013 à 1758 en 2018 suite à l'extension du réseau de GeneXpert. La cible de tester 80% des malades TB en retraitement par le GeneXpert en 2018 a été dépassée et a atteint 100%. Ces bons résultats ont pu être atteints grâce à l'augmentation du nombre de sites TB-MR/RR (le nombre de sites est passé de 4 en 2017 à 6 en 2018 ; 2 autres sites sont prévus en 2020, l'un à Kindia et l'autre à Kankan). Par ailleurs il est à noter que les malades TB-MR/RR ont bénéficié d'un appui nutritionnel et une aide pour le transport aux sites de Conakry et Macenta. Tous les patients TB-MR/RR bénéficient d'un bilan pré thérapeutique et de suivi gratuits. La mise sous traitement des malades TB-MR/RR est en amélioration passant de 28% en 2015 à 79% en 2018. Des efforts sont encore nécessaires car la cible pour 2018 est de 95% et par ailleurs ce taux stagne de 2016 à 2018 (Tableau 10).

Tableau 10 Mise sous traitement de 2ème ligne des cas de TB-MR/RR

Année	Cas de TB-MR/RR	Cas de TB-MR/RR mis sous traitement de 2ème ligne	% de cas de TB-MR/RR mis sous traitement de 2ème ligne
2015	123	34	28%
2016	178	137	77%
2017	219	168	77%
2018	265	210	79%

7.3. Résultats du traitement

L'analyse des résultats du traitement des cas de TBS pour la cohorte de 2017 (Figure 18) montre un taux de succès de 84% chez les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés; 88.4% pour les nouveaux cas et rechutes, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, toutes formes confondues; 88.1% pour tous les cas de TB; 64.4% pour les cas traités précédemment ; et 85.7% pour les cas coinfectés TB/VIH. Le PNLAT a enregistré un taux de perdus de vue de 6.1% et un taux de décès à 5.5%

chez les nouveaux cas et rechutes de TP confirmés bactériologiquement. Le taux de décès est particulièrement élevé chez les cas coinfectés TB/VIH (10%). Il est de 10.3% pour les cas déjà traités.

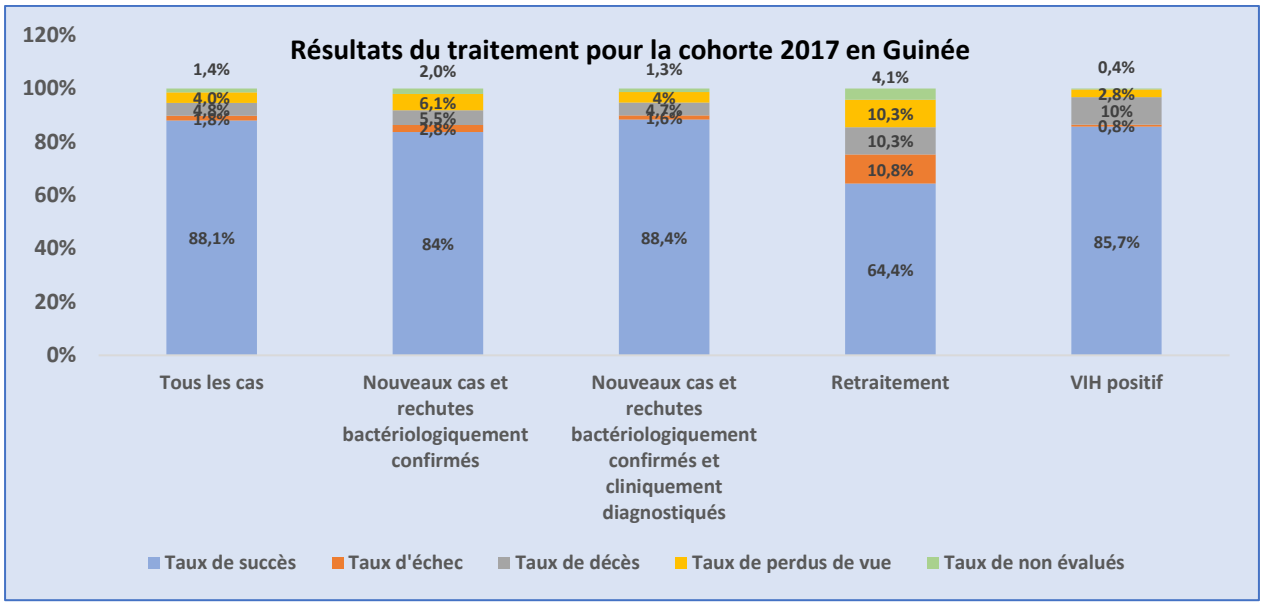


Figure 18 Résultats de traitement des cas de TB et TB/VIH en 2018

Le taux de décès élevé suggère, entre autres, un retard dans le diagnostic avec comme conséquence des patients mis sous traitement à un stade tardif de la maladie. L'évolution des résultats du traitement entre 2009 et 2017 montre une amélioration du taux de succès du traitement pour les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, le taux passant de 78.6% à 88.4%. Cependant le taux de succès des cas déjà traités est demeuré inférieur à 75% de 2010 à 2017. (Figure 19).

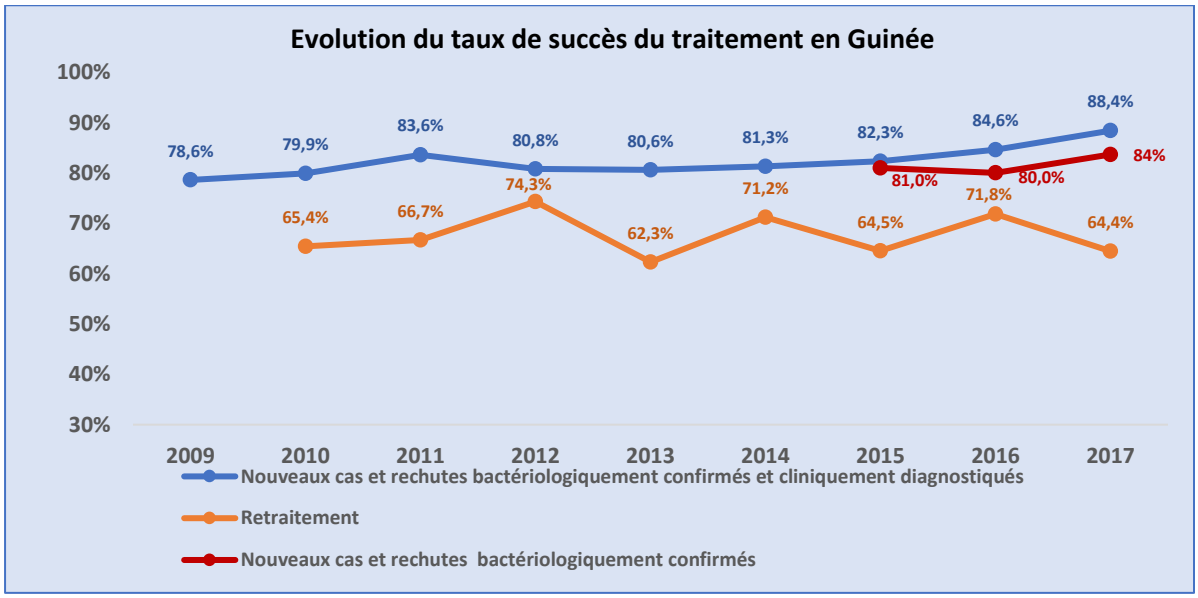


Figure 19 Evolution du taux de succès du traitement pour les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués ; pour les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés ; et pour les cas en retraitement en Guinée

Le taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés qui est passé de 81% en 2015 à 84% en 2017, est inférieur au taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués. Ceci est en relation, en 2017, avec des taux élevés de perdus de vue + traitement non évalué (6%+2%) et de décès (5.5%). La cible pour 2018 pour la cohorte de 2017 est de 85%.

Les résultats du traitement sont hétérogènes au niveau infranational (Figure 20). Pour la cohorte de 2017, les régions ayant enregistré le taux de succès du traitement le plus élevé pour les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués sont Conakry (92.7%), Kindia (92.7%) et Boké (86.7%). Les régions de Faranah et de Kankan affichent des résultats peu satisfaisants avec des taux de respectivement 76.6% et 72.5%. Pour ces deux régions, les taux de perdus de vue sont respectivement de 11% et 15%.

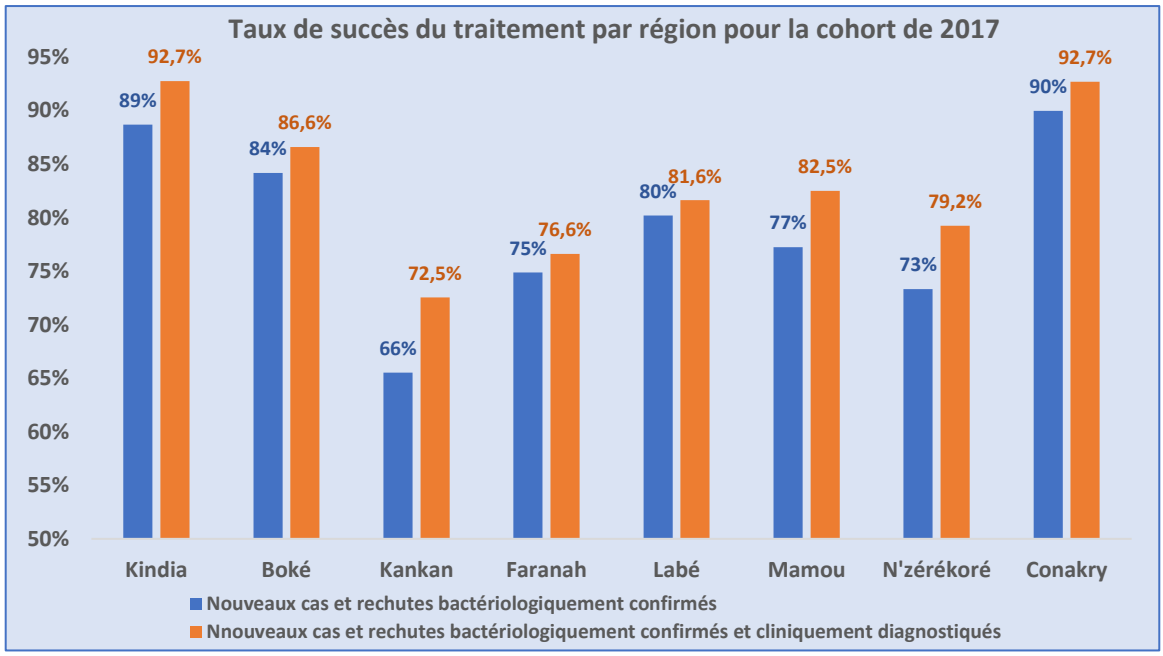


Figure 20 Résultats du traitement de tous les cas de TB-PS par région, cohorte 2017

Comme décrit dans la section 5.3, le taux de succès du traitement des cas de tuberculose MR/RR est satisfaisant avec 76% au niveau national chez les patients enregistrés en 2017, atteignant même 84% à Tombolia. Cependant les taux de décès (14%) et de perdus de vue (8%) restent élevés.

7.4. Evaluation de l'atteinte des cibles intermédiaires pour l'année 2020 de la Stratégie End TB et les cibles de la réunion de haut niveau des Chefs d'État aux Nations Unies

7.4.1. Evaluation de l'atteinte des cibles intermédiaires pour l'année 2020 de la Stratégie End TB

7.4.1.1. Taux d'incidence

En 2020, le taux d'incidence devra être réduit de 20% par rapport à l'année 2015 ce qui signifie que le PNLAT devra atteindre un taux d'incidence de 142 cas pour 100.000 étant donné que le taux d'incidence en 2015 était de 177 pour 100.000 habitants (Tableau 11). De 2015 à 2016, le taux d'incidence a baissé de 0,56% et est demeuré stationnaire à 176 pour 100.000 habitants de 2016 à 2018. Si le dépistage n'est pas intensifié, il sera difficile d'atteindre la cible intermédiaire de 2020.

Tableau 11 Evolution du taux d'incidence depuis 2015

Année	Taux d'incidence pour 100.000 habitants
2015	177
2016	176
2017	176
2018	176

7.4.1.2. Nombre de décès

En 2020, le nombre de décès devra être réduit de 35% par rapport à l'année 2015. Le PNLAT s'est basé sur les décès enregistrés dans l'analyse de cohorte des malades TB mis sous traitement pour calculer cet indicateur. Le nombre de décès a augmenté entre 2015 et 2017. Il a diminué entre 2016 et 2017 mais le nombre de décès des patients coinfectés TB/VIH a augmenté dans la même période. Les décès des patients coinfectés TB/VIH constituent 43% du total décès en 2017 (Tableau 12).

Tableau 12 Evolution du nombre de décès depuis 2015

Année	TB/VIH*	Nouveaux cas et rechutes	Autres cas déjà traités	Total annuel
2015	260	651	26	677
2016	269	699	18	717
2017	296	674	20	694

* inclus dans le total des nouveaux cas et rechutes + autres cas déjà traités

7.4.2. Cibles de la réunion de haut niveau des Chefs d'État aux Nations Unies

Les Chefs d'Etat et de Gouvernement se sont engagés, lors de la Réunion de Haut Niveau tenue à New York en septembre 2018, à traiter 40 millions des personnes atteintes de la tuberculose, y compris 3,5 millions d'enfants et 1,5 million de tuberculose multirésistante, dont 115.000 enfants et mettre sous traitement préventif 30 millions de personnes. Les cibles de la Réunion de Haut Niveau des Chefs d'Etat et de Gouvernement (RHN) pour la Guinée sont reprises dans le Tableau 13 et le Tableau 14.

Tableau 13 Cibles de la RHN pour toutes les catégories

Catégories	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018-2022
Cas de tuberculose à traiter	14 700	17 200	20 900	21 000	19 600	93 400
Tuberculose multirésistante	169	186	309	573	666	1 903
Tuberculose de l'enfant	1 000	1 300	1 900	2 100	2 200	8 500
Cas pour traitement préventif	9 200	16 700	28 700	32 500	37 200	124 300

Ces cibles ont été estimées par STOP TB Partnership. Le nombre des cas à dépister et à traiter augmente chaque année.

Cela signifie que le PNLAT devra s'engager pour renforcer le dépistage et mettre sous traitement préventif, en plus des enfants de moins de 5 ans et les PVVIH, les autres enfants plus âgés, les adolescents et les adultes qui présentent une infection latente TB.

Tableau 14 Cibles de la RHN pour le traitement préventif

Traitement préventif	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018-2022
Enfants	2 200	3 900	6 300	7 900	8 900	**29 200**
PVVIH	5 856	8 304	10 420	6 420	6 259	**37 258**
Contacts adultes	1 177	4 471	12 026	18 133	22 057	**57 864**

7.5. Plan stratégique national de lutte antituberculeuse 2016 – 2020

Le but du PSN TB 2016-2020 est de réduire de façon significative le poids de la tuberculose dans la population guinéenne en vue d'atteindre les cibles de la stratégie End TB.

Les cibles identifiées pour les six objectifs du plan sont comme suit :

- Atteindre un taux de réalisation d'au moins 80% à partir de 2019 pour les activités programmatiques planifiées dans le PAO et un taux d'exécution du budget disponible d'au moins 85% pour l'année 2020.
- Accroitre de 2,2% par an le nombre de cas de tuberculose détectés et mis en traitement.
- Améliorer le taux de succès thérapeutique de 79% en 2014 à 87% en 2020.
- Réaliser le dépistage du VIH pour au moins 97% des patients tuberculeux et faire bénéficier au moins 90% des malades coinfectés du traitement ARV.
- Détecter la résistance à la rifampicine pour au moins 90% des malades en retraitement et mettre sous traitement de deuxième ligne au moins 95% des cas confirmés TB- MR/RR.
- Etendre le DOTS communautaire dans 15 préfectures/communes non couvertes de sorte qu'au moins 25% des patients présumés tuberculeux soient référés par un agent communautaire et 20% des malades tuberculeux soient suivis par un agent communautaire.

La revue interne conduite en 2019 a évalué les résultats obtenus lors des années 2016-2018 du PSN TB 2016-2020. Le taux de mise en œuvre des activités était de 73%, 321 activités sur 442 planifiées ayant été réalisées. L'insuffisance des ressources financières, le chevauchement des activités (activités réalisées non planifiées) et un personnel en nombre limité sont entre-autres les raisons de la non-réalisation de certaines activités.

Sur les 22 indicateurs définis dans le PSN (Tableau 15), les cibles de 2018 ont été atteintes ou dépassées pour 15 indicateurs; pour 6 indicateurs, les cibles n'ont pas été atteintes; 1 indicateur «nombre et pourcentage de CDT ayant présenté une rupture de stock d'un ou plusieurs médicaments antituberculeux de première ligne (formes combinées)» n'a pas été calculé à cause du manque de complétude et de qualité des données logistiques sur les stocks. Contrairement aux années précédentes, en 2018, aucune rupture de médicament n'a été enregistrée au niveau du stock central.

Des progrès significatifs ont été enregistrés dans les domaines suivants : surveillance (notification, collecte de l'information, supervisions), de la prise en charge (diagnostic, traitement), de la gestion des approvisionnements et stocks de médicaments et de la formation des agents de santé sur la TB.

Cependant, plusieurs défis restent à relever notamment en matière de couverture nationale de la prise en charge. En effet la cible pour 2018 pour le nombre de CDT fonctionnels était de 86 et à ce jour, 58 CDT sont fonctionnels sur 66. Il en est de même pour le renforcement du DOTS communautaire, la mise sous traitement de tous les patients TB-MR/RR, le dépistage du VIH chez tous les patients TB, le dépistage et la notification de la TB chez les prisonniers et le rapportage des données eSIGL.

Tableau 15 Indicateurs du PSN 2016-20 : cibles et résultats réalisés en 2018

INDICATEURS	Niveau de base 2013 ; 2014*	Niveau prévu en 2018	Niveau atteint en 2018	Source
Taux d'exécution financière	28,20%	70%	76%	FM
Nombre et pourcentage de CDT ayant présenté une rupture de stock d'un ou plusieurs médicaments antituberculeux de première ligne (formes combinées)	ND	≤ 4/86 5%	ND	NB : en 2018, 100% de disponibilité (stock central)
Taux de réalisation des activités programmatiques prévues dans le PAO	ND	≥ 75%	151/184 82%	Rapport Trimestriel PNLAT
Nombre et pourcentage de CDT disposant d'au moins un infirmier et un laborantin formés sur la TB, TB-VIH et les mesures de contrôle de l'infection	ND	82/86 95%	58/58 100%	Rapports de formation PNLAT
Nombre et pourcentage de rapports trimestriels des CDT reçus dans les délais et complètement remplis	80%*	310/344 90%	204/232 88%	Base données PNLAT
Nombre et pourcentage des CDT supervisés au moins 2 fois au cours de l'année	25%	65/86 75%	58/58 100%	Rapports de supervision
Nombre d'études opérationnelles réalisées et dont les résultats sont disséminés	ND	1	3	Rapport d'étude
Nombre de nouveaux cas de tuberculose et de rechutes notifiés et mis sous traitement (cet indicateur est directement lié à l'objectif 2)	11.021	11.978 (+2,2%)	14248	Base données PNLAT
Nombre et pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaisantes au contrôle de qualité de la microscopie	20/62 (32%) *	69/86 80%	56/58 96%	Rapports de supervision
Nombre et pourcentage de NC de tuberculose et de rechutes et mis sous traitement dans les prisons.	ND	208 (> 2,5%)	35	Rapport annuel PNLAT
Pourcentage de résultats Xpert MTB/RIF rendus par le LNR au prescripteur endéans les 24 heures et % de résultats de microscopie rendus par le LNR endéans les 48h.	ND	85%	97% (3061/3156) et 94% (5199/5531)	GeneXpert et Base Microscopie
Nombre et % des cas traités avec succès parmi les cas confirmés bactériologiquement (nouveaux cas et rechutes). (cet indicateur est directement lié à l'objectif 2)	5.093/6457 (7 9%)	6.618/7786 (85%)	6444/7703 84%	Base données PNLAT
Nombre et % de perdus de vue et de transférés parmi les cas confirmés bactériologiquement (nouveaux cas et rechutes).	848/6457 (14%)	623/7786 (8%)	635/7703 8%	Base données PNLAT
Nombre de NC de 0 à 14 ans (toutes formes) mis sous traitement antituberculeux	544	642	923	Base données PNLAT
Nombre et pourcentage de malades TB (toutes formes) testés pour le VIH.	8444/ 11313 (75%)	11.622 / 12234 95%	11767/14476 81%	Base données PNLAT
Nombre et proportion de malades TB/VIH sous ARV	1178/ 1959 (60%)	2.371 / 2.789 85%	2733/2886 95%	Base données PNLAT

Nombre et proportion des CDT appliquant les mesures essentielles de contrôle de l'infection	ND	77 / 86 90%	58/58 100%	Rapport de supervision
Nombre et proportion des CDT offrant la prise en charge TB/VIH intégrée	ND	24/86 28%	30/58 52%	Liste CDT/CDV
Nombre et pourcentage de cas de retraitement ayant bénéficié d'un test Xpert MTB/RIF.	158/777 20%	601/751 (80%)	643/643 100%	Rapport LNRM
Nombre et pourcentage de cas confirmés TB-MR/RR mis sous traitement de 2ème ligne	51/135 38%	255/269 (95%)	210/265 79%	Base de données TB-MR/RR
Nombre et pourcentage des patients présumés tuberculeux orientés par les agents communautaires	8%	≥ 25%	1086/14476 8%	Rapport Dots communautaire
Nombre et pourcentage des cas confirmés bactériologiquement suivis par un agent communautaire	10%	≥ 20%	646/8516 8%	Rapport Dots communautaire

Cible atteinte

Cible partiellement atteinte

Cible non atteinte

8. ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES

8.1. Analyse des forces et faiblesses

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

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

8.1.1. Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient

8.1.1.1. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris les tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque

Diagnostic précoce de la tuberculose

Forces	Faiblesses
Existence d'un réseau de laboratoires de microscopie et de GeneXpert (mis en place dans les 8 régions administratives)	Personnel de certaines structures non CDT ne maîtrisant pas les directives en matière de dépistage et de diagnostic
Personnel des CDT formé, y compris les laborantins	Mobilité des prestataires formés
Existence de deux laboratoires de culture (CHRS de Macenta et LNRM)	Insuffisance de motivation du personnel des CDT et d'implication du personnel des structures non CDT
Existence du LPA pour le test de sensibilité des médicaments de 1ere ligne et de 2e ligne et du DST sur milieu solide	Diagnostic de la tuberculose non optimal

Existence d'outils de gestion et de POS au niveau du réseau de laboratoires pour la tuberculose	Insuffisance de connaissances de la communauté sur la tuberculose et les structures de diagnostic et de traitement de la maladie Consultation tardive par les malades à cause de l'automédication, la méconnaissance de la maladie, et le recours aux tradipraticiens
Existence des directives nationales sur les procédures de diagnostic de la tuberculose (intégrés dans les guides du programme)	Insuffisance dans le fonctionnement du système de transport des échantillons de crachat et de couverture du pays par le système
Existence de 64 CDT et de 6 sites TB-MR/RR fonctionnels	Insuffisance du mécanisme de transport des échantillons des sites de la prise en charge de la TB-MR/RR vers le LNRM Difficultés de transport des échantillons de crachat des CS ruraux vers les CDT
Gratuité de la microscopie pour le suivi du traitement, de la culture, du GeneXpert, des tests de sensibilité (LPA et antibiogramme conventionnel)	Insuffisance des structures de diagnostic, des CDT et des sites TB-MR
Existence d'un plan d'extension de la prise en charge de la TB-MR/RR et de la TB-S	Insuffisance de maintenance des équipements du LNRM
Existence d'un système de contrôle de qualité des activités du réseau de laboratoire performant	Non-respect des directives nationales en matière de dépistage de la TB-S et de la TB-MR/RR
Décentralisation de la préparation des réactifs	Biosécurité non garantie à cause des fréquentes interruptions d'électricité entrainant l'arrêt de fonctionnement des hottes
Existence d'un laboratoire national de référence des mycobactéries (LNRM) régissant le réseau de laboratoires de microscopie et de GeneXpert	Sous-utilisation des services de microscopie et de GeneXpert
Existence de convention avec les laboratoires supranationaux de référence d'Anvers et du Benin pour l'appui technique et le contrôle de qualité du LNRM	Insuffisance du dépistage de la TB-MR/RR en raison du fait que l'algorithme GeneXpert est restrictif (n'est pas réalisé chez tous les cas présumés de tuberculose)
Existence de registres des cas présumés de tuberculose	Faible référence des cas présumés aux CDT par les CS en raison d'une faiblesse dans la gestion des cas présumés de tuberculose
Existence de directives pour la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant alignées aux recommandations de l'OMS de 2015	Centres de dépistage situés la plupart du temps au chef-lieu de la préfecture faisant que certains malades ne peuvent pas se déplacer à cause des frais de transport et consultent tardivement
Mise en place d'un système de transport de crachats des CS vers les CDT	RECO/ASC peu motivés pour les activités de lutte contre la tuberculose
Existence d'agents de santé communautaire assurant le dépistage chez les personnes avec symptômes de tuberculose	Niveau intermédiaire du réseau des laboratoires non encore opérationnel
	Examen radiographique payant y compris pour le diagnostic chez les enfants et insuffisance des tests IDR dans le pays

Dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque

Forces	Faiblesses
Existence d'ONG assurant la sensibilisation de la population et le dépistage de la tuberculose	Insuffisance du dépistage actif chez les groupes à risque (miniers, diabétiques, personnes contacts, pêcheurs) et dans les prisons civiles
Existence de mécanismes pour la référence des enfants contacts de moins de 5ans aux structures de diagnostic de la tuberculose de l'enfant	Insuffisance du dépistage de la tuberculose chez les contacts
Réalisation des visites systématiques dans les entreprises pour le diagnostic des pathologies y compris la tuberculose	Insuffisance au niveau de l'investigation des contacts autours des cas TB-MR/RR
Protocole d'accord entre les ministères de la justice et de la santé pour le dépistage systématique de la tuberculose dans les prisons	Absence de dépistage à l'entrée et à la sortie des prisons
Recherche des contacts des cas contagieux réalisée	Investigation parmi les contacts de moins de 5 ans faite de façon passive
Référence des enfants de moins de 5 ans contacts des cas contagieux vers les structures de santé prenant en charge la TB pour des investigations	
Réalisation du dépistage actif de la TB au niveau des 7 prisons régionales du pays et la Maison Centrale de Conakry.	

8.1.1.2.Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes pharmacorésistantes et soutien aux patients

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

Traitement et soutien à toutes les personnes atteintes de tuberculose

Forces	Faiblesses
Disponibilité des médicaments de 1ère et de 2ème lignes à tous les niveaux	Insuffisance de connaissances des malades sur la nécessité de l'adhésion au traitement
Gratuité du traitement de la TB-S et de la TB-MR/RR	Manque de soutien psychosocial aux malades TB-S et TB-MR/RR avant et au cours du traitement
Existence d'un traitement standardisé de la TB-S et de la TB-MR/RR	Difficultés d'accès pour certains malades résidant loin des centres du traitement de la TB-S et la TB-MR/RR
Bon taux de succès du traitement à 88,3% pour les nouveaux cas et rechutes, toutes formes	Insuffisance de l'appui nutritionnel pour les cas de TB-MR/RR et TB/VIH
Adoption du TDO dans la prise en charge des malades TB-S et TB-MR/RR dans la plupart des structures de soins	Taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechutes confirmés bactériologiquement à 84%

Existence de CT, CDT, sites GeneXpert et sites TB-MR/RR	Provision hebdomadaire en médicaments sans garantie de supervision pour les élèves et les employés
Enregistrement des numéros de téléphone des patients et des accompagnants	Absence de flotte téléphonique dans certains centres de santé
Existence des nouvelles formulations pédiatriques des médicaments antituberculeux	Recherche difficile des absents ou irréguliers au traitement au niveau de certains CDT et CT
Existence du traitement directement observé et de pairs éducateurs dans les prisons Agents des prisons formés	
Bonne documentation du transfert des patients et information du centre de destination par téléphone	
Présence d'agents de relance	

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

Forces	Faiblesses
Construction de pavillons d'hospitalisation des malades TB-MR/RR à ID et à Macenta	Insuffisance de matériel (ECG, audiomètre) pour le suivi des malades traités avec les médicaments de 2ème ligne
Existence du comité multidisciplinaire TB-MR/RR	Insuffisance des médicaments pour la gestion des effets secondaires des médicaments de 2ème ligne
Mise en place du système de pharmacovigilance des médicaments de 2ème ligne	Faible maîtrise de la conduite à tenir devant les aDSM par les agents des sites TB-MR/RR
Appui nutritionnel pour certains malades TB-MR/RR hospitalisés et en ambulatoire	Collecte des données sur le dépistage et le suivi des cas de TB-MR/RR non optimale
Existence de pavillons d'hospitalisation des malades TBS et TB-MR/RR dans certaines structures sanitaires (Ignace Deen, CHRS, maison centrale de Conakry)	Absence de réalisation des cultures pour le suivi du traitement dans certains centres
Pas de rupture de stock en médicaments	Non mise immédiate sous traitement de certains malades TB-MR/RR diagnostiqués (notamment des patients qui n'ont pas de parents dans la zone dans laquelle ils sont pris en charge -problème d'hébergement -, des patients qui refusent le traitement, des patients qui vont se faire traiter dans d'autres pays et des patients qui décèdent avant la mise sous traitement)
Traitement directement observé dans la plupart de structures des soins	Absence de système permettant la connectivité entre les sites de traitement de la TB-MR/RR, les sites GeneXpert, le PNLAT et le LNRM.
Existence d'un plan de décentralisation de la prise en charge de la TB-MR/RR	Faiblesse de la recherche des contacts des malades TB-MR/RR
Gratuité du bilan pré thérapeutique et des examens de suivi et appui au transport des patients	Insuffisance de ressources humaines compétentes dans la prise en charge de la TB-MR/RR et VIH au niveau des régions

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

Forces	Faiblesses
Présence de réactifs pour le dépistage du VIH chez les malades tuberculeux	Insuffisance dans la réalisation des examens de la charge virale (CV) et des CD4 dans certaines structures
Approvisionnement régulier en ARV et en antituberculeux	Le nombre de sites de prise en charge des malades coinfectés TB/VIH est encore insuffisant notamment à l'intérieur du pays
Existence d'un cadre de collaboration TB/VIH	Faible documentation du dépistage de la TB chez les PVVIH
Existence de points focaux TB/VIH au niveau des deux programmes TB et VIH	Intégration insuffisante des activités de prise en charge de la coinfection TB/VIH
Adoption du dépistage systématique du VIH chez tous les patients TB	Manque d'algorithmes de diagnostic de la TB-S et de TB-MR/RR dans les sites prise en charge du VIH
Existence de stratégie de prise en charge systématique des patients coinfectés	Non gratuité du bilan pré thérapeutique chez les patients coinfectés TB/VIH
Existence de directives et démarrage du traitement préventif par l'isoniazide (TPI)	Application insuffisante du TPI dans les structures de prise en charge VIH
Existence d'un plan d'intégration des soins TB/VIH	Absence de mécanisme de collaboration des programmes TB et VIH avec les diabétologues
Existence de personnel polyvalent (formé sur la prise en charge de la coinfection TB/VIH) au niveau des CDT	Absence de recherche systématique du diabète chez les malades tuberculeux et vice versa
	Rupture de stock en tests VIH et en ARV dans certaines structures
	Taux de décès élevé chez les patients coinfectés (10 % dans la cohorte de malades TB mis sous traitement en 2017)
	Absence de réalisation du test de dépistage VIH dans certains CDT

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

Forces	Faiblesses
Mise sous chimioprophylaxie des enfants contacts de moins de 5ans qui ne sont pas tuberculeux	Faible application du traitement préventif (prophylaxie) chez les personnes vivant avec le VIH et les enfants de moins de 5 ans qui sont en contact avec des cas de tuberculose contagieuse
Mise en place d'un registre de la chimioprophylaxie par l'isoniazide chez les enfants	Insuffisance de l'équipement de protection individuelle pour le personnel et de masques chirurgicaux pour les patients
Existence d'un plan de contrôle de l'infection TB	faible connaissance du personnel de santé sur les mesures de lutte contre l'infection
Existence d'une cellule pour les malades tuberculeux au niveau des prisons régionales et celle de Conakry	Non application du triage des cas présumés de TB-S et TB-MR/RR dans certaines structures

	Inexistence d'un guide de contrôle de l'infection
	Surpopulation carcérale avec peu de mesures de lutte contre l'infection
	Absence d'incinérateurs au niveau de certains CDT
	Insuffisance dans le suivi des enfants de moins de 5 ans mis sous chimioprophylaxie à l'INH

8.1.2. Politiques audacieuses et système de soutien

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

Engagement politique

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

Gouvernance et coordination

Forces	Faiblesses
Existence d'un organigramme au niveau du PNLAT	Absence d'une plateforme multisectorielle conformément aux recommandations internationales
Existence de documents normatifs : directives sur la prise en charge de la tuberculose, en conformité avec les recommandations de l'OMS	Insuffisance de personnel au niveau du PNLAT et du LNRM
Tenue de réunions de coordination (comité TB-MR/RR, réunions de coordination avec les ONG communautaires…)	Réunions irrégulières
Existence d'une unité de gestion administrative et financière	Siège du PNLAT en location ; insuffisance du matériel informatique, du mobilier et du parc automobile

Existence d'un logiciel intégré de gestion financière TOMPRO (paie, gestion des ressources humaines)	Faible capacité de gestion financière et technique au niveau central
Existence d'une ligne budgétaire pour recruter un responsable administratif et financier et un auditeur interne	Faible collaboration entre les responsables des CS et des CDT
Existence d'un manuel de procédures administratives, financières et comptables (en cours de révision)	Faible collaboration entre le PNLAT avec les services de Santé Maternelle et Infantile et de Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)
Disponibilité d'outils standardisés pour la collecte et l'analyse des données avec un circuit de l'information clairement défini	Plan opérationnel annuel du PNLAT inclut uniquement les activités financées
Existence d'un plan d'extension de la prise en charge de la TB-MR/RR et de la TB-S	Faible implication des autorités sanitaires locales dans la lutte antituberculeuse (DRS, DPS)

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

Forces	Faiblesses
Existence de la Politique Nationale de la Santé Communautaire (2016)	Insuffisance du nombre de relais communautaires pour assurer une couverture adéquate des zones d'intervention
Existence d'un manuel du DOTS communautaire	Insuffisance de la couverture du pays par le DOTS communautaire
Mise en œuvre du DOTS communautaire au niveau de 26 préfectures avec un réseau de relais communautaires (RECO) identifiés et formés sur la tuberculose pour la sensibilisation, les visites à domicile (VAD) et la recherche des PDV	Peu d'organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre la tuberculose. Faible implication des responsables des CS, de la société civile et des leaders d'opinion publique dans la lutte antituberculeuse
Disponibilité d'outils de collecte de données sur les activités communautaires	Faible collaboration entre les CS et les acteurs communautaires dans le dépistage de la tuberculose
Existence d'un réseau de formateurs sur le DOTS communautaire au niveau régional	Insuffisance de motivation financière des relais communautaires
Existence d'ONG partenaires pour l'appui aux relais communautaires (OHFOM, Child Fund, AGIL, AJP, Plan International, OIM)	Manque de collaboration dans la lutte antituberculeuse entre les guérisseurs traditionnels et les structures sanitaires
Implication des masses média (radio rurale et communautaire) dans les actions de lutte antituberculeuse	Absence de charte/loi pour les patients tuberculeux
Existence d'un réseau de la société civile pour la lutte antituberculeuse	Faible traçabilité des cas présumés de tuberculose référés par les relais communautaires dans les registres des CPC des centres de santé

Existence d'activités de causerie et de dépistage au niveau des établissements pénitentiaires (maison centrale de Conakry et 7 prisons régionales)	Faible implication du secteur privé des soins dans la lutte antituberculeuse
Existence de procédures d'investigation chez les enfants contacts menées par les RECO	RECO/ASC peu motivés pour les activités de lutte contre la tuberculose
Existence des plans de développement local (PDL).	
Dépistage et traitement de la tuberculose par des hôpitaux privés liés aux compagnies minières	

8.1.2.3.Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'utilisation rationnelle des médicaments

Politiques de couverture sanitaire universelle

Forces	Faiblesses
Existence de CDT dans tous les districts sanitaires	Insuffisance de personnel de santé en quantité et en qualité
Existence de projets pilotes pour les mutuelles de santé	Inaccessibilité de certaines structures sanitaires (CS/CDT)
Gratuité du traitement et du suivi biologique	Non gratuité du dépistage chez les sujets contacts
	Non gratuité des actes de diagnostic chez les cas présumés de tuberculose y compris la radiographie

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

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

Gestion des médicaments et des intrants

Forces	Faiblesses
Approvisionnement continu en médicaments des maisons de détention par les agents des CDT	Capacité insuffisante des agents impliqués dans la gestion des stocks au niveau des sites Insuffisance de personnel avec capacité adéquate dans la gestion de la chaine d'approvisionnement à tous les niveaux (périphérique, intermédiaire et central)

Existence d'un système logistique intégré des médicaments	Insuffisance d'outils de gestion des stocks au niveau des sites
Intégration du stockage et de la distribution des intrants de lutte contre la TB dans le système de logistique intégré piloté par la pharmacie centrale de Guinée (PCG)	Qualité non optimale des données logistiques rapportées dans eSIGL
Bonne visibilité des achats des intrants financés par les partenaires : FM et Action Damien (en termes de quantité, de délais et d'assurance qualité)	Suivi insuffisant des stocks au niveau des sites
La sélection des médicaments antituberculeux est faite sur la base de la liste actualisée de l'OMS et de la LNME	Conditions inadéquates de stockage et de conservation des intrants au niveau des sites
Les intrants de laboratoire (réactifs, équipements) sont compatibles avec les tests de diagnostic recommandés par l'OMS	Faible application du mécanisme de gestion des produits périmés
Existence d'une instance de coordination (PNLAT et partenaires) des activités de gestion des approvisionnements et des stocks appelée « Groupe Technique – Gestion des Approvisionnements et Stocks » (GT GAS)	Non-respect de la procédure d'approvisionnement des sites par réquisition
Meilleure maîtrise du processus de quantification des médicaments antituberculeux	Retard dans la mise à jour de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels
Existence d'une unité de pharmacie au PNLAT avec deux pharmaciens qui collaborent étroitement avec les pharmaciens des parties prenantes	Faible intégration des intrants de lutte contre la TB dans le stock global des CS qui abritent les CDT/CT
Aucune rupture de stock des médicaments antituberculeux enregistrée depuis 2018 au niveau central	Insuffisance dans l'enregistrement des médicaments antituberculeux
Intégration des données logistiques des intrants TB dans le système de rapportage eSIGL pour l'amélioration de la promptitude, la complétude et la qualité des données de gestion et de consommation des intrants	Insuffisance d'intégration des données de pharmacovigilance des antituberculeux dans le système national de pharmacovigilance
Existence d'une ligne dans le budget de l'état pour l'achat des intrants de lutte contre la TB	Non transmission des données relatives aux effets secondaires des antituberculeux au niveau central
Existence d'une section logistique (UGL) au niveau de la DNPM chargée de coordonner la gestion des données logistiques	Faible visibilité des achats des intrants financés par l'Etat en termes de quantité, de délais de livraison et d'assurance de qualité
Existence d'un système national de pharmacovigilance avec formation d'un pool de formateurs sur l'aDSM	Retards de distribution des intrants de lutte contre la TB par la PCG Retards dans la livraison des commandes du FM par l'agent d'approvisionnement GDF et des commandes de l'état
Existence d'une autorité de règlementation pharmaceutique (DNPM) avec des documents normatifs (loi pharmaceutique, politique pharmaceutique nationale, plan directeur	Faiblesse du contrôle de qualité des médicaments notamment le contrôle post-marketing

pharmaceutique, manuel de procédures de gestion logistique intégrée des produits pharmaceutiques, etc.)	
Existence d'une autorité de réglementions de la biologie médicale (DNL) avec des documents normatifs (politique nationale de biologie médicale, plan directeur de la biologie médicale etc.)	Utilisation de certains médicaments sans garantie suffisante sur la qualité
Tenue régulière de séances de quantification avec le GT-GAS/TB	Faible analyse des données logistiques au niveau du district
Existence de procédure allégée pour l'enregistrement des médicaments pré-qualifiés par l'OMS. Possibilité d'avoir une « dérogation » à l'enregistrement (procédure d'exemption)	Persistance de manière occasionnelle de lourdeur dans le processus de dédouanement des médicaments et des produits de laboratoire
Gestion informatisée des intrants au niveau de la PCG	
Appui des partenaires au renforcement du système de gestion des médicaments et des intrants (GDF, WARN-TB)	

Suivi et évaluation

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

Le rapport est partagé par email à tous les partenaires	Absence de paramétrage des données du réseau de laboratoires de microscopie/ GeneXpert dans le DHIS2
	Irrégularité de la supervision du niveau district vers les CS, y compris les supervisions conjointes intégrées
	Absence d'un bulletin d'information pour la TB
	Absence d'un site web au niveau du PNLAT

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

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

8.1.3. Intensification de la recherche et de l'innovation

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

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

	Faible implication du MASPFE (Direction de la promotion nationale du genre et BSD…) et de leurs partenaires (société civile, ONG, autres ministères etc.) dans la mise en œuvre des activités du programme

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

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

8.2. Opportunités et menaces

Opportunités	Menaces
Existence de structures sanitaires dans les entreprises, les sociétés minières et les services de santé de l'armée	Recours des patients aux tradipraticiens

Existence des sociétés téléphoniques et média pour la sensibilisation	Troubles sociopolitiques
Existence des femmes leaders, de réseaux de femmes pour la sensibilisation, de groupement (sèrè).	Crise financière mondiale Dépendance accrue du PNLAT vis-à-vis des ressources financières extérieures ou exogènes
Existence d'un Plan de développement économique	Possibilité de survenue des flambées épidémiques (Choléra, Ebola, Rougeole, Polio)
Engagement politique du gouvernement guinéen d'augmenter les ressources nationales destinées à la lutte contre tuberculose à l'occasion de la réunion de haut niveau des chefs d'état à New York en 2018	Existence de barrières socioculturelles limitant la participation et la prise de décision des femmes y compris pour les consultations
Existence d'ONG partenaires pour l'appui aux relais communautaires	Inaccessibilité de certaines zones géographique
Existence d'une agence de financement de la collectivité (ANAFIC)	Instabilité de l'électricité dans les structures sanitaires et défis dans la disponibilité de l'électricité dans certaines zones géographiques
Existence d'organisations de la société civile (OSC)	Faible participation des femmes aux prises de décision dans les ménages pour le Bien Être Familial
Existence d'un comité d'Hygiène et santé	Faible niveau d'éducation de la population plus particulièrement les femmes et les filles
Existence de mobilisateurs sociaux	Existence de tabous, mœurs, coutumes et croyances erronées en lien avec la tuberculose
Volonté politique du gouvernement guinéen pour la prise en compte du genre	
Existence de points focaux genre dans tous les départements ministériels	
Engagement de la Commission santé de l'Assemblée à voter des lois en faveur de la lutte antituberculeuse.	
Existence d'un code de collectivité (Loi L/2017/040/AN du 24 février 2017/ Edition 2018)	
Existence d'une direction de la promotion du genre au Ministère de l'action sociale de la promotion féminine et Enfance	

9. ANALYSE DES LACUNES DU PROGRAMME

9.1. Insuffisance du diagnostic de la tuberculose

- Le pourcentage des cas notifiés par rapport aux cas existants estimés par l'OMS pour la Guinée est de 65% seulement en 2018 en raison d'un sous diagnostic des cas existants et/ou d'une sous notification des cas détectés. Ce problème est surtout accentué dans la région de Kankan. Le grand gap pourrait s'attribuer au fait que plusieurs personnes affectées par la Tuberculose ne sont pas dépistés (cas manquants)

  Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de choses

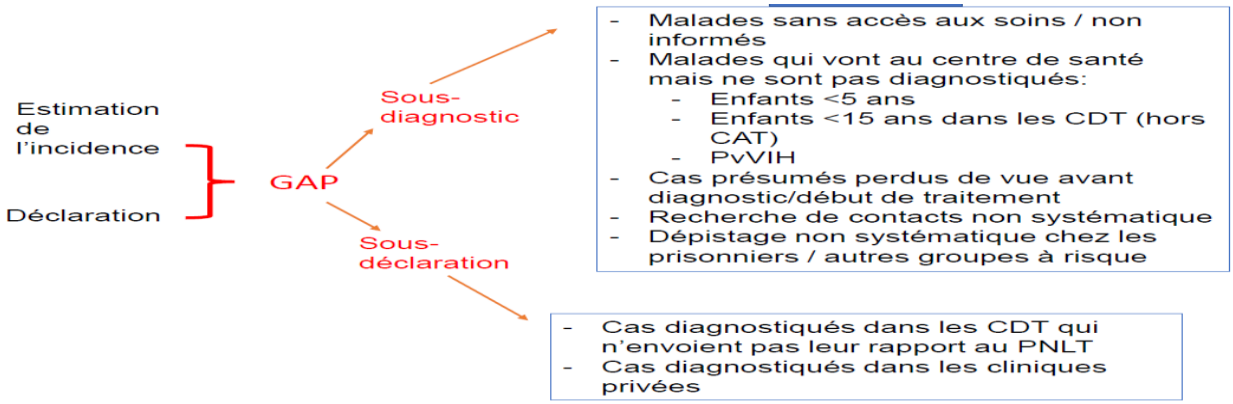


Figure 19 : présentation schématique des causes du sous-diagnostic et de la sous-notification

- Les nouveaux personnels des CS ne sont pas formés sur la TB et la formation de ceux des structures qui ne sont pas des CDT est insuffisante. Des défaillances dans l'identification des cas présumés de TB peuvent en résulter ; le taux de positivité des cas présumés de tuberculose est élevé (20% en 2018), témoignant d'un biais de sélection en faveur des cas avec les symptômes les plus marqués.
- Couverture et offre de services insuffisantes dans le pays :

- Insuffisance des structures pour faire le dépistage et le diagnostic : il y avait à la fin de l'année 2018 un total de 58 CDT. Les structures du secteur privé ne sont pas suffisamment intégrées dans les activités de lutte contre la tuberculose (orientation, détection, prise en charge, supervision, formation etc…).

-Absence de plan de développement des laboratoires.

Il existe seulement 0,5 laboratoire de microscopie par 100.000 habitants. Il n'y a pas eu d'actions pour faire face à l'insuffisance du nombre de techniciens de laboratoire et au manque d'équipements dans certains laboratoires. En l'absence de couverture nationale par le GeneXpert, le niveau périphérique continue à utiliser la microscopie pour le diagnostic. Cette situation se complique davantage par les insuffisances du système de transport des échantillons qui sont en rapport avec l'insuffisance de ressources.

- Maintenance et entretien des équipements de laboratoire et autres insuffisants
- Les groupes vulnérables à haut risque de TB ne sont pas suffisamment pris en compte pour un dépistage par des stratégies appropriées : PVVIH, enfants de moins de 5 ans, contacts des cas index TB, pêcheurs, prisonniers, mineurs artisanaux et industriels, populations des bidonvilles, services IRA, diabétiques, etc. Par ailleurs, le dépistage de la TB dans les prisons n'a pas été optimal avec seulement 35 cas détectés sur les 208 attendus en 2018. Il n'y a pas eu d'actions tangibles pour établir des mécanismes de collaboration entre les programmes TB et le programme en charge du diabète en vue d'assurer la prise en charge de la comorbidité TB/diabète notamment le dépistage systématique de la TB chez les diabétiques. Peu d'actions ont été entreprises pour améliorer l'application du dépistage de la TB chez les sujets contacts et les autres groupes à risque identifiés ainsi que les populations vulnérables.
- Il existe certaines zones enclavées et des îles qui ne sont pas suffisamment couvertes par les actions de lutte contre la TB, y compris le dépistage actif.
- Le contrôle de qualité de la microscopie n'est pas assez décentralisé à cause de l'insuffisance d'amélioration de la capacité du niveau intermédiaire.

- En dehors du système WhatsApp entre les sites GeneXpert et les médecins des sites TB/MR, Il n'existe pas de système électronique de transmission des résultats de laboratoire aux prestataires et aux malades.
- La Radiographie n'est pas toujours disponible, Les appareils de radiographie dans les hôpitaux sont en nombre insuffisant pour assurer un diagnostic optimal de la TB notamment chez l'enfant ; et quand elle est possible, elle est de faible qualité (analogique) et coûte également cher au présumé
- Les actions de sensibilisation de la communauté sur la TB sont insuffisantes.
- La culture en milieu liquide (MGIT) pour assurer un diagnostic plus précoce de la TB et de la résistance aux antituberculeux n'est pas encore introduite. Par ailleurs, l'algorithme du GeneXpert est restrictif, ne couvrant pas toutes les patientes et tous les patients présumés tuberculeux.
- Il existe une insuffisance du dépistage chez les enfants. Bien qu'en constante amélioration, la proportion d'enfants parmi les cas dépistés est située dans la limite inférieure des pourcentages attendus. En outre, il existe un sous-dépistage et ou une sous-notification chez les enfants de moins de 5 ans. Il n'y a pas eu de solutions au problème de la non-gratuité de l'examen radiographique, de l'IDR et du tubage gastrique et au problème de disponibilité des tests. En outre, le personnel n'a pas été suffisamment formé sur la réalisation de ces procédures et l'interprétation des résultats. La formation et l'implication des pédiatres dans le diagnostic de la TB sont insuffisantes. Des mécanismes de coordination avec les structures de prise en charge de la malnutrition et la PCIME ne sont pas établis.
- Les actions éducatives n'ont pas eu l'efficacité escomptée pour faire face aux facteurs culturels entravant la demande des soins par les femmes. Au vu de l'analyse par âge et par sexe, il n'est pas écarté que le pourcentage inférieur à celui des hommes des femmes avec TB reflète plutôt un sous dépistage. Peu d'actions ont été entreprises pour aider les malades nécessiteux dans le transport. Par ailleurs, la stratégie du PNLAT ne prévoit pas le dépistage chez les contacts de 4 ans. Il n'existe pas de guide sur le dépistage de la TB chez les contacts. En outre, la communauté n'a pas été impliquée dans l'investigation des contacts.

9.2. Traitement et suivi des malades non optimaux

Bien que satisfaisant, le taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechutes, toutes formes confondues (88% pour la cohorte de 2017) n'a pas atteint la cible mondiale de 90% alors que le taux de succès du traitement chez les nouveaux cas et rechutes de TB pulmonaire confirmés bactériologiquement est de 84% pour une cible du PSN TB de 85% en 2018. La dispensation des soins de qualité aux malades tuberculeux n'est pas optimale et présente d'importantes disparités régionales.

- Des régions telles que Faranah et de Kankan enregistrent des faibles taux de succès du traitement.
- L'éducation des malades qui sont sous traitement par les prestataires de soins est insuffisante. Il en est de même des moyens de recherche précoce des absents au traitement (échéancier, crédit téléphonique, moto et agents de relance). Les efforts de décentralisation du traitement de la TB-S et de la TB-MR/RR ne sont pas encore suffisants. Par ailleurs, il existe une faible application du TDO, y compris dans les sites TB-MR/RR et des efforts d'information et de sensibilisation du personnel sont encore nécessaires. A cela s'ajoute le peu d'appui fourni aux malades pour le transport. Ce facteur, tout comme les actions éducatives limitées de la population générale sur la nécessité de consulter de manière précoce en cas de symptômes de TB, est aussi probablement en cause dans le diagnostic tardif. Il est à noter que le taux de décès était à 5% dans la cohorte de 2017 alors qu'il doit être inférieur à 2%.

- L'insuffisance d'appui nutritionnel pour les cas TB-MR/RR entrave la prise en charge.

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

- La mise sous traitement des malades TB-MR/RR n'est pas optimale (79% en 2018). Il existe, en effet, une insuffisance de formation sur la prise en charge de la TB-MR/RR.
- Concernant le retard du traitement des malades TB-MR/RR, les actions sociales pour résoudre le problème de logement et les actions éducatives pour sensibiliser les malades sur la nécessité du traitement sont insuffisantes.
- La gestion et le suivi des effets indésirables des médicaments (pharmacovigilance) est timide car seulement certains agents des sites TB-MR/RR ont été formés sur l'aDSM
- Il n'y a pas eu assez de ressources pour l'acquisition de matériel de suivi des malades traités par les médicaments de deuxième ligne (ECG, audiomètre) et de médicaments pour la prise en charge des effets secondaires des médicaments.
- Les ressources permettant d'assurer la connectivité entre les sites de traitement de la TB-MR/RR, les sites GeneXpert, le PNLAT et le LNRM ont aussi fait défaut.
- Malgré son importance, l'investigation des contacts des cas de TB-MR/RR n'est pas suffisamment appliquée.
- L'utilisation de la microscopie en première intention pour le diagnostic de la TB n'est pas appropriée dans le contexte actuel marqué par le problème de la TB multirésistante pour lequel il est nécessaire d'utiliser un test permettant le diagnostic rapide à la fois de la TB et de la résistance à la rifampicine. D'après l'OMS, le nombre de cas de TB-RR estimés parmi les cas de TB pulmonaire confirmés bactériologiquement notifiés est de 281 en 2018 alors que le PNLAT n'a détecté que 270 cas.

9.4. Activités de collaboration entre les programmes TB et VIH insuffisantes

- Les efforts entrepris par les responsables des programmes TB et VIH n'ont pas abouti à la mise en place de mécanismes de collaboration solides et d'une coordination adéquate entre les services de PEC des deux infections. Les deux programmes n'ont pas établi de mécanisme de suivi conjoint du stock des kits de dépistage du VIH et de validation des données entre les deux programmes. Les machines GeneXpert n'ont pas été utilisées de manière intégrée pour permettre la mesure de la charge virale et le diagnostic précoce de l'infection VIH chez les nouveau-nés. Par ailleurs, Il n'y a pas eu des mesures pour permettre l'accès des patients coinfectés à la mesure des CD4.
- Des efforts sont encore nécessaires pour décentraliser davantage la prise en charge de la coinfection. En outre, l'intégration de la prise en charge du VIH dans les services de traitement de la TB n'est opérationnelle que dans 33 CDT sur 58, en raison, entre autres, du manque de formation du personnel.
- L'application du dépistage de la TB chez les PVVIH et de la mise sous TPI de celles qui sont éligibles n'a pas atteint un niveau satisfaisant en raison, entre autres, de l'insuffisance de la formation du personnel des CDV et de la sensibilisation du PNLSH. Une stratégie de mise en œuvre nécessite d'être élaborée conjointement par les deux programmes pour remédier à ces lacunes. Par ailleurs, peu d'importance a été accordée à la documentation de ces activités.

Le dépistage du VIH chez les malades TB n'est pas encore optimal.
Faible recherche active de la TB chez les PVVIH,
Les issues thérapeutiques des patients Co infectés TB/VIH montrent un taux de décès élevé soit 10%.

9.5. Insuffisance dans la mise en œuvre des actions préventives

- Le contrôle de l'infection n'a pas bénéficié de la priorité requise dans la politique du PNLAT. Le plan de contrôle de l'infection n'a pas été vulgarisé et le financement est insuffisant pour sa mise en œuvre.
- Les actions de planification et le financement sont insuffisants pour assurer la disponibilité optimale de masques chirurgicaux et du matériel de protection individuelle.
- Quoique 100% des CDT disposent d'au moins un infirmier formé sur le contrôle de l'infection, la formation n'a pas permis de renforcer de manière adéquate la capacité du personnel.
- L'identification de la stratégie d'investigation des contacts n'a pas été appropriée pour permettre une couverture adéquate des enfants en contact avec des cas de TB par la chimioprophylaxie à l'INH.
- La politique du programme ne prévoit pas le traitement préventif chez les enfants de 5 ans et plus. Par ailleurs, des études n'ont pas été réalisées pour déterminer l'ampleur du problème de la TB et la silicose chez les miniers.
- Le suivi des enfants contacts mis sous traitement préventif n'est pas suffisamment efficace pour permettre la rétention des enfants sous traitement.

9.6. Capacité insuffisante dans la gestion et dans la mobilisation des ressources

- Les stratégies de mobilisation des fonds identifiées par le PNLAT ne sont pas assez efficaces. Il n'y a pas de plan de mobilisation de ressources.
- La Dépendance financière importante vis-à-vis des partenaires extérieurs, avec un faible engagement financier du Gouvernement dans la lutte contre la TB
- Bien que le taux d'exécution des activités du plan opérationnel ait atteint le niveau prévu en 2018, il est encore à 76%. Les mécanismes pour faire face à l'insuffisance de ressources humaines ne sont pas optimaux. Il n'y a pas de mécanismes de motivation pour la fidélisation du personnel à leur poste.
- Le PNLAT n'a pas identifié de stratégie de coordination multisectorielle.
- En raison de l'absence de financement, il n'a pas été possible de rénover les anciens locaux du PNLAT.
- Le renforcement des capacités des agents chargés de la gestion de la chaine d'approvisionnement est insuffisant. En outre il n'y a pas eu d'actions efficaces pour prévenir la mobilité du personnel formé.
- Le système de détermination des besoins, de commande et de livraison des outils de gestion des stocks n'est pas optimal.
- L'amélioration de la capacité du niveau district n'a pas été assez efficace pour permettre l'analyse des données logistiques de manière satisfaisante à ce niveau.
- La supervision des activités GAS n'est pas assez régulière pour permettre le suivi adéquat des stocks dans les sites.
- Les mécanismes visant l'assurance de la qualité des médicaments anti-TB ne sont pas optimaux. Il en est de même pour la gestion des produits périmés et le renforcement du système d'enregistrement.
- Il y a eu peu d'actions pour améliorer les conditions de stockage et de conservation des médicaments et des intrants au niveau périphérique.
- Des mécanismes de coordination n'ont pas été mis en place pour améliorer la communication sur les délais de livraison des commandes de l'état et sur la distribution par la PCG.
- Les outils de collecte des données logistiques GAS (stock, consommation, péremption) n'ont pas été élaborés pour les anti-TB de 2ème ligne et les intrants de laboratoire (en dehors du dossier patient).
- La formation du personnel des CDT sur le calcul des besoins trimestriels en médicaments et intrants de laboratoire n'est pas optimale.

- Les prestataires n'ont pas été formés sur le circuit de la remontée des fiches de notification, des sites vers la section de pharmacovigilance. Le manuel sur la pharmacovigilance n'a pas été diffusé.
- L'analyse épidémiologique et l'évaluation de l'impact des interventions ne sont pas prises en compte dans les formations en suivi et évaluation et analyse des données épidémiologiques.
- L'absence de mise en place du GT S&E TB a entrainé des difficultés de coordination des acteurs du suivi et évaluation intervenant dans la lutte antituberculeuse.
- La conception des outils de rapportage n'a pas prévu la désagrégation pour certaines cibles.
- Il n'existe pas de systèmes de validation des données aux différents niveaux infranationaux et de revue des données au niveau régional. Il n'y a pas eu d'action de sensibilisation des acteurs sur le respect du circuit des données. La sensibilisation et la supervision des agents de saisie des districts sont insuffisantes.
- L'incorporation d'un module tracker TB-MR/RR dans le système DHIS2 n'a pas encore été prévue. Des actions n'ont pas été entreprises pour l'incorporation des données de laboratoire dans le DHIS2.
- La formation des statisticiens aux niveaux régional et préfectoral sur la TB n'est pas suffisante pour assurer la qualité des données et la maîtrise de certaines rubriques des outils de collecte.
- L'organisation et la planification de la supervision n'ont pas été adéquates pour permettre la supervision régulière du niveau périphérique par le niveau district.
- L'absence de financement a constitué une barrière pour la mise en place d'un site web du PNLAT.

9.7. Insuffisance de mise en œuvre du DOTS communautaire

- Les résultats de la mise en œuvre du DOTS communautaire ne sont pas satisfaisants. Les cibles fixées pour 2018 n'ont pas été atteintes ; en effet, le pourcentage des patients présumés tuberculeux orientés par les agents communautaires et le pourcentage des cas confirmés bactériologiquement suivis par un agent communautaire n'ont été que de 8 et 10% respectivement.
- Le DOTS communautaire couvre 26 préfectures sur 38 et de manière partielle. Il n'y a pas eu d'actions de mobilisation sociale soutenues pour engager les leaders d'opinion et les OBC dans la mise en œuvre.
- La motivation des relais communautaires (RECO) n'est pas harmonisée, ce qui entraîne un déséquilibre en faveur des programmes les plus attractifs en termes de motivation. Par ailleurs, les insuffisances dans la planification du déploiement des RECO sont telles que ces derniers sont surchargés de tâches.
- Il n'existe pas de normes tenant compte du genre dans le recrutement des RECO.
- Il n'existe pas de système de transport des échantillons de crachats entre la communauté et les CDT car la politique du programme n'habilite pas les RECO à faire le recueil des crachats.

9.8. Insuffisance d'engagement du secteur parapublic et privé

- PPM faible : peu de structures privées drainant beaucoup de patients sont intégrés au système de santé et dans la lutte contre la TB.
- Peu d'efforts ont été entrepris pour établir un partenariat avec les structures publiques dépendant des autres ministères, les structures de santé des entreprises et le secteur privé. Il n'existe pas de protocole d'accord sur la détection des cas de TB entre le PNLAT et les secteurs parapublic et privé.
- Il n'y a pas eu d'activités de formation soutenues du personnel du secteur parapublic et privé.
- Des efforts restent nécessaires pour l'implication des tradipraticiens dans l'identification des cas présumés de TB et la référence de ces derniers aux structures du PNLAT.

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

De nombreux obstacles liés aux droits de l'homme (stigmatisation et discrimination) et genre pour accéder aux soins existent encore.

- l'existence de tabous et de facteurs socioculturels néfastes à la santé, la stigmatisation et la discrimination constituent encore de nos jours des freins aux soins des patients TB. La communauté n'a pas encore totalement pris en charge ses aspects négatifs qui peuvent constituer un frein à l'adhérence des patients au traitement

Il n'y a pas de directives nationales formelles sur les aspects genre, droits humains face à la TB.

Il n'existe pas d'unité en charge de Genre et Droits humains au PNLAT pour assurer la planification des interventions dans ce domaine.

- Le PNLAT n'a pas entrepris d'actions de plaidoyer en faveur du renforcement de la sécurité sociale et pour établir des mécanismes de collaboration avec le Fonds de Solidarité Sociale.
- Des actions de plaidoyer nécessitent d'être conçues pour assurer la gratuité des actes de diagnostic de la TB et du bilan pré thérapeutique chez les patients coinfectés par le TB et VIH et pour le développement de la couverture sanitaire universelle.

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

Le PNLAT n'a pas entrepris d'action pour que la TB fasse partie des maladies à déclaration obligatoire et pour qu'un système de notification des décès soit mis en place. Par ailleurs, il n'y a pas eu de saisine de l'Assemblée Nationale pour l'élaboration d'une loi sur le traitement obligatoire des malades TB. De même la charte des patients TB, n'a pas encore été suffisamment diffusée à travers le pays.

- Des actions sont nécessaires pour veiller à l'application du principe de la gratuité du traitement.

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

- L'élaboration du PSN 2016-2020 n'a pas été faite en tenant compte du genre et des droits humains.
- Il n'y a pas eu de renforcement des connaissances sur les aspects genre et droits humains des autorités sanitaires, du personnel de santé et des partenaires, y compris la société civile. Des actions de sensibilisation sur le genre en faveur des responsables des autres secteurs n'ont pas été entreprises.
- Il n'y a pas eu d'actions de sensibilisation contre la stigmatisation des femmes et des enfants ainsi que sur les pesanteurs socioculturelles et d'actions pour la promotion de la charte des malades TB. Par ailleurs, Il n'existe pas de recherche sur les causes de la stigmatisation des personnes vulnérables infectées par la TB.
- Le PNLAT n'a pas établi de mécanismes de collaboration avec les OSC des personnes vulnérables et le MASPE.
- L'absence d'une analyse Genre et TB par le PNLAT

9.12. Insuffisances dans la conduite de la recherche

- Il n'existe pas de système structuré d'élaboration des protocoles de recherche et de collaboration avec des centres de recherche sur les projets. Aucun mécanisme de coordination des activités de recherche entre le PNLAT et les différentes structures/partenaires techniques n'a été mis en place.
- Le renforcement des ressources humaines reste insuffisant pour répondre à des appels à projets plus fréquents et pour mener simultanément plusieurs projets de recherche.
- Des moyens efficaces n'ont pas encore été mis en place pour la vulgarisation des résultats des études.
- Le PNLAT n'a pas encore mis en place une base de données sur les études réalisées ou à réaliser.

- il n'y a pas eu d'enquête sur le genre et l'inclusion pour la TB.
- Plusieurs problèmes détectés par le système de suivi et évaluation n'ont pas fait l'objet d'études de recherche opérationnelle en l'absence d'actions d'amélioration de la capacité.
- Aucune enquête sur la résistance aux antituberculeux n'a été conduite récemment.

VISION

Notre vision est « une Guinée sans tuberculose : Zéro décès, Zéro morbidité et Zéro souffrance dus à la tuberculose à l'horizon 2025

BUTS ET OBJECTIFS

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

1. BUTS

- Réduire de façon significative le poids de la tuberculose dans la population guinéenne en vue d'atteindre les cibles de la stratégie mondiale de lutte antituberculeuse après 2020 à savoir :
    - Réduire le taux de mortalité due à la tuberculose à 8 décès pour 100.000 habitants d'ici 2025
    - Réduire le taux d'incidence de la tuberculose à 140 pour 100.000 habitants d'ici 2025.
    - Faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à la TB en 2025

2. OBJECTIFS

- **Objectif stratégique 1** : Améliorer la détection des cas de tuberculose toutes formes et atteindre un taux de notification des cas de tuberculose toutes formes confondues, nouveaux et rechutes de 140 pour 100.000 habitants en 2025.
- **Objectif stratégique 2**. Maintenir le taux de succès du traitement à au moins 90% de 2021 à 2025.
- **Objectif stratégique 3 :** Dépister le VIH chez au moins 95% de malades tuberculeux et maintenir la couverture du traitement par les ARV à au moins 95% et la couverture du traitement par le cotrimoxazole à au moins 97% chez les patients coinfectés TB/VIH d'ici 2025 de l'An 1 à l'An 5.
- **Objectif stratégique 4** : Assurer un traitement préventif à 50% des personnes à haut risque identifiées qui sont éligibles d'ici 2025.
- **Objectif stratégique 5** : Atteindre 80% de taux de succès thérapeutique chez les malades multirésistants mis sous traitement de deuxième ligne d'ici 2025
- **Objectif stratégique 6** : Renforcer les capacités de gestion, de coordination du programme et de mobilisation des ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose à tous les niveaux dans un cadre multisectoriel.

- **Objectif stratégique 7** : Etendre et renforcer le DOTS communautaire de sorte qu'au moins 9% des cas de tuberculose notifiés proviennent d'une référence par un relai communautaire.
- **Objectif stratégique 8** : Promouvoir la recherche.
- **Objectif stratégique 9** : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de promotion de l'approche d'égalité des sexes et de droits humains dans la prévention, les soins et le soutien aux malades TB et aux personnes affectées par la TB.

IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS ET ACTIVITES STRATEGIQUES A METTRE EN ŒUVRE

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

1. DESCRIPTION DES INTERVENTIONS STRATEGIQUES

Axe stratégique 1.1. Renforcement de la capacité et de la qualité du diagnostic de la tuberculose et intensification du dépistage parmi les populations vulnérables et les groupes à risque de façon à accroitre de 7.6% par an le nombre de cas de tuberculose détectés et mis en traitement

- **Amélioration du dépistage de la TB pour le rendre accessible dans tout le pays**
- **Dépistage de la tuberculose parmi les populations vulnérables et groupes à risque**
- **Renforcement des capacités du réseau de Laboratoire pour qu'au moins 95% des résultats de microscopie et des tests rapides Xpert MTB/RIF soient rendus dans un délai de 48h au maximum au prescripteur**
- **Intensification du dépistage et amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les enfants afin que le nombre de cas de tuberculose dépistés et traités parmi les enfants de 0-14 ans augmente d'au moins 2% par an**

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

- **Prestation de soins de qualité aux malades TB de sorte que le taux de perdus de vue et de transférés soit réduit à moins de 4% en 2025**

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

- **Intégration de la prise en charge de la TB et du VIH dans 150 sites CDT de 2021 à 2025**
- **Prise en charge de la tuberculose chez les diabétiques**

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

- **Mise sous traitement préventif des personnes éligibles des groupes à risque identifiés avec suivi de l'adhésion au traitement et utilisation de registres et d'autres outils de gestion de l'information**

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

- **Intégration de mesures de prévention de l'infection dans les 150 sites CDT, les laboratoires et toutes les autres structures de soins de la tuberculose**

Axe stratégique 5.1 : Traitement de tous les malades de la tuberculose pharmacorésistante avec soutien

Amélioration de la couverture par le traitement afin qu'au moins 90% des malades TB-MR/RR diagnostiqués en 2021 et 2022 et 100% de ceux qui sont diagnostiqués à partir de 2023 reçoivent un traitement de deuxième ligne et un suivi de qualité

Axe stratégique 6.1 : Renforcement des capacités de gestion de l'unité centrale

- **Renforcement du fonctionnement des services du programme et de l'assistance technique nationale et internationale de sorte qu'au moins 85% du budget disponible soit exécuté en 2025**
- **Renforcement du système de gestion des médicaments antituberculeux de première ligne et de deuxième ligne et des réactifs et consommables de laboratoire, de sorte que moins de 5% des CDT présentent une rupture de stock de l'an1 à l'an5**
- **Mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines de sorte qu'au moins 80% des activités programmatiques planifiées dans le PAO soient réalisées d'ici 2025**
- **Renforcement du système de suivi-évaluation de sorte qu'au moins 95% des rapports attendus soient reçus dans les délais, 95% des CDT et sites GeneXpert soient supervisés trimestriellement par le niveau régional et des recherches opérationnelles soient réalisées**
- **Développement de partenariats avec des structures de prise en charge de la malnutrition, des structures parapubliques (Ministère de la Défense, de la Justice…) et des structures privées à but lucratif et non lucratif**
- **Renforcement de la communication du PNLAT pour une meilleure visibilité des activités**

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

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

Axe stratégique 6.3 : Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention

- **Mise en place de mécanisme de financements innovants.**

Axe stratégique 7.1 : Extension géographique du DOTS communautaire aux 12 districts sanitaires

- **Extension du DOTS communautaire aux 12 préfectures restantes de l'An 1 à l'An 5**

Axe stratégique 7.2 : Renforcement des activités du DOTS communautaire

- **Cadre institutionnel pour les interventions communautaires**
- **Plaidoyer pour les interventions communautaires**
- **Communication pour le changement de comportement /proximité pour les interventions communautaires**

- **Communication pour le changement de comportement /mass média pour les interventions communautaires qui sensibilise aussi les familles et communautés aux enjeux de genre et droits humains dans la lutte contre la TB**
- **Mobilisation sociale pour les interventions communautaires**
- **Amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les fumoirs**
- **Amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les prisons avec une approche intégrée TB/VIH**
- **Amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les écoles, lycées et collèges dans les 14 préfectures enclavées**
- **Implication des tradipraticiens dans les activités de lutte antituberculeuse par le référencement des cas présumés de tuberculose (stratégie échelonnée avec phase pilote en Haute Guinée)**

Axe stratégique 8.1 : Renforcement de la recherche afin de maintenir le nombre d'études de recherche opérationnelle à au moins 3 par an

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

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

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

ACTIVITES A METTRE EN ŒUVRE PAR INTERVENTION STRATEGIQUE

1. **Objectif stratégique 1 : Améliorer la détection des cas de tuberculose toutes formes et atteindre un taux de notification des cas toutes formes confondues, nouveaux et rechutes de 140 pour 100000 habitants en 2025**
1.1. Axe stratégique 1.1. Renforcement de la capacité et de la qualité du diagnostic de la tuberculose et intensification du dépistage parmi les populations vulnérables et les groupes à risque de façon à accroitre de 7.6% par an le nombre de cas de tuberculose détectés et mis en traitement
1.1.1. Amélioration du dépistage de la TB pour le rendre accessible dans tout le pays.
1.1.1.1. Mettre à l'échelle d'ici 2025 le système de transport des échantillons des cas présumés de TB de 315 structures de santé à partir de la communauté vers les centres de santé, des centres de santé vers les laboratoires des CDT, des CDT vers les sites GeneXpert, puis vers les labos de culture et du LNRM vers le labo supra national de l'An1 à l'An 5.
1.1.1.2. Acheter 100 microscopes optiques pour les CDT (An 1 :30, An 2 :20, An 3 : 25). An 4 :25 ;
1.1.1.3. Acheter 100 caisses chauffantes de conservation des microscopes.
1.1.1.4. Acheter les pièces de rechange pour les 15 microscopes LED de l'An1 à l'An5 ainsi que des boites de conservation des lames pour le contrôle de qualité.
1.1.1.5. Acheter les pièces de rechange pour les 150 microscopes Optiques de l'An1 à l'An5 ainsi que des boites de conservation des lames pour le contrôle de qualité.
1.1.1.6. Achat de consommables et réactifs de laboratoire pour la microscopie Ziehl-Neelsen et Auramine, avec la constitution d'un stock de réserve, de l'An 1 à l'An 5.
1.1.1.7. Réaliser trimestriellement le contrôle de qualité de la microscopie des CDT par le LNRM en collaboration avec le niveau régional de l'An 1 à l'An 5
1.1.1.8. Assurer un stage pratique de 5 jours au LNRM/laboratoire régional pour les techniciens de laboratoire présentant des erreurs majeures au CQE :
1.1.1.9. Réaliser 8 sessions de formation de formateurs en CQE et en maintenance pour 10 jours (5 jours pour le CQE, 5 jours pour la maintenance) dans chacune des régions administratives ; avec un participant formateur par site GeneXpert. Un participant par site GeneXpert (72) +02 participants du LNRM
1.1.1.10. Réaliser 15 sessions de formation des agents des CDT en CQE et en maintenance pour 10 jours (5 jours pour Les techniques de laboratoires et QC, 5 jours pour la maintenance). Session de 20 participants dont 02 par CDT (11 sessions en l'an1, 02 sessions en l'an 2, 01 session en l'an 3 et 01 session en l'an 4
1.1.1.11. Former/recycler 589 techniciens de laboratoire en bacilloscopie, biosécurité, gestion de déchets et maintenance pendant 5 jours de l'An1 118 ; l'an 2 : 40 ; l'an3 : 168 ; l'an 4 : 70 ; l'an 5 :193
1.1.1.12. Renforcer le fonctionnement de l'unité de préparation des réactifs au niveau central et régional (achat de mobilier de bureau (8 tables, 8 chaises) et d'équipements (8 balances Roberval et 8 balances de précision) en l'An 1.
1.1.1.13. Acheter 92 kits de démarrage de laboratoire pour les nouveaux laboratoires de microscopie de l'An 1 à l'An 5.
1.1.1.14. Equiper 40 nouveaux sites en appareil GeneXpert MTB/RIF, (onduleurs et assurer le calibrage annuel) de l'An 1 à l'An 5
1.1.1.15. Acheter 40 kits panneaux solaires pour alimenter le GeneXpert MTB/RIF des 8 régions en l'An1.
1.1.1.16. Acheter les cartouches Xpert MTB/RIF pour les cas présumés TB c'est-à-dire tous les cas présumés. Le GeneXpert devient le premier test de dépistage TB de l'An1 à l'An5.

1.1.1.17. Former et recycler 80 techniciens de laboratoire des nouveaux sites GeneXpert sur la technique d'utilisation de l'appareil GeneXpert et le calibrage annuel de l'An 1 à l'An 5.
1.1.1.18. Acheter 5 unités de radiographie numérique (2 à l'an 1, 2 à l'an 2 et 1 à l'an 3)
1.1.1.19. Acheter des réactifs pour les cultures et tests de sensibilité des médicaments de première et deuxième ligne pour les laboratoires de culture de l'An 01 et l'An 5 (pour le milieu solide)
1.1.1.20. Acheter des réactifs pour les cultures et tests de sensibilité des médicaments de première et deuxième ligne pour le LNRM de l'An 1 à l'An 5 (pour le milieu liquide) ;
1.1.1.21. Acheter un appareil M GIT pour les cultures en milieu liquide pour le LNRM en l'An 1
1.1.1.22. Acheter les Kits LPA première et deuxième ligne et consommables pour le LNRM tous les Ans de l'An 1 à l'An 5
1.1.1.23. Elever le niveau de biosécurité du LNRM en P3 en An 1
1.1.1.24. Subventionner les tests Hémato-Biochimiques, culture, LPA et DST pour les patients TB-MR de l'An1 à l'An5.
1.1.1.25. Acheter 40 climatiseurs pour les sites GeneXpert anciens et nouveaux en fonction de l'ouverture des sites.
1.1.2. Dépistage de la tuberculose parmi les populations vulnérables et groupes à risque
1.1.2.1. Elaborer en l'An1, les stratégies pour la recherche active de la tuberculose parmi les contacts de tous les cas y compris les PVVIH, les prisonniers, les diabétiques, miniers, pêcheurs, industrie de ciments, de farine, personnes en uniforme. (atelier de 5 jours, 20 participants à Kindia)
1.1.2.2. Valider en l'An1, les stratégies pour la recherche active de la tuberculose parmi les contacts de tous les cas y compris les PVVIH, les prisonniers, les diabétiques, miniers, pêcheurs, industrie de ciments, de farine, personnes en uniforme. (atelier de 3 jours, 20 participants à Kindia)
1.1.2.3. Editer et diffuser en 480 exemplaires la stratégie de gestion des cas contacts aux 407 centres de santé, aux 38 DPS, aux 8 DRS, PNLAT et partenaires.
1.1.2.4. Editer et mettre à la disposition des relais communautaires 5000 algorithmes de recherche des cas contacts TB en l'An 1 et l'An 4
1.1.2.5. Réviser, éditer et diffuser 250,000 la fiche sociale pour prendre en compte le poids et les signes de présomption de TB parmi les contacts examinés (édition incluse en 1.4.2) en l'an 1
1.1.2.6. Former 30 médecins des 7 hôpitaux régionaux, des 5 hôpitaux de communes et des 3 hôpitaux nationaux et 46 MCM préfectoraux et régionaux en quatre (4) sessions de 20 participants pendant 3 jours sur les stratégies de dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque et les populations vulnérables en l'An 1 à Kindia.
1.1.2.7. Former 60 infirmiers des 14 hôpitaux régionaux, des 10 hôpitaux de communes et des 6 hôpitaux nationaux en quatre (4) sessions de 15 participants pendant 3 jours sur les algorithmes de dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque et les populations vulnérables en l'An 2 à Mamou.et N'zérékoré.
1.1.2.8. Former 300 infirmiers des CDT soit 02 par CDT y compris les nouveaux sur les algorithmes de dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque et les populations vulnérables en onze sessions de 20 participants en l'An 1, deux sessions de 16 participants chacune en An 2, 01 sessions de 20 participants chacune en l'An 3 et 01 session de 22 participants chacune en l'an 3 dans les chefs-lieux des régions naturelles.
1.1.2.9. Organiser un atelier de formation de 25 formateurs agents des centres de santé (CS et CSA) au niveau régional pendant 5 jours en une session.

1.1.2.10. Former 417 agents des centres de santé (CS et CSA) au niveau régional pendant 5 jours sur la prise en charge de la tuberculose, en l'An1 : 200 en raison de 8 sessions de 25 participants et en l'An2 : 217 en raison de 9 sessions de 25 participants
1.1.2.11. Former 16 agents de santé des infirmeries de prisons (maisons centrales de Conakry et des régions administratives) sur les stratégies sur la prise en charge de la TB pendant 3 jours en l'An 2 et les recycler en l'An 4 à Kindia.
1.1.2.12. Former 100 pairs éducateurs dans les prisons régionales (maisons centrales) pendant 3 jour en l'An1 et l'An 2 : Conakry, Kindia, Boké, Kankan en An 1 et l'an 2 : N'zérékoré, Mamou ; Faranah, et Labé).
1.1.2.13. Doter les infirmeries des 7 prisons régionales, les maisons d'arrêt de Siguiri, Coyah, Macenta et la maison centrale de Conakry des équipements de protection individuelle Masque facial N95 de l'An1 à l'An 5.
1.1.2.14. Doter les infirmeries de 7 prisons régionales, les maisons d'arrêt de Siguiri, Coyah, Macenta et la maison centrale de Conakry de masques chirurgicaux de l'An1 à l'An 5.
1.1.2.15. Organiser trimestriellement un dépistage actif de la tuberculose dans 32 établissements pénitentiaires de Conakry et des régions (An 1 à An 5)
1.1.2.16. Acheter en l'An 1 un appareil de radiographie digitale mobile pour le dépistage actif de la TB à la maison centrale de Conakry.
1.1.2.17. Mettre en place dans les autres prisons régionales un système de transport de matériels (crachat, glacière, bulletin etc.)
1.1.2.18. Rendre opérationnel l'algorithme de diagnostic de la TB chez les diabétiques issues de l'étude RAFA screen.
1.1.2.19. Intégrer le dépistage et le suivi du traitement dirigé aux miniers/orpailleurs dans les paquets d'activité des SR communautaires des différentes zones d'intervention. de l'An 2 à l'An 5.
1.1.2.20. Organiser trimestriellement une sortie de trois jours pour le dépistage de la tuberculose dans les cités de solidarité (handicapé physique et mental) et orphelinats à Conakry et dans la région de Kankan. de l'An 1 à l'An 5
1.1.2.21. Organiser trimestriellement une sortie de six jours par région pour le dépistage de la tuberculose dans les zones de forts regroupements humains (Conakry, Kankan, N'zérékoré, Boké et Labé) en de l'An 1 à l'An 5
1.1.2.22. Acheter des tests TB LAM pour le dépistage de la tuberculose chez les patients VIH+ dont le taux de CD4 est inférieur à 100 de l'An 1 à l'an 5
1.1.2.23. Mettre à l'échelle le projet de dépistage de la TB durant les campagnes de chimio prophylaxie du paludisme saisonnier (CPS) dans les 13 sites couverts par la CPS : 3 préfectures AN1, 4 AN2, 6 AN3,
1.1.2.24. Mettre à l'échelle le dépistage de la tuberculose chez les femmes enceintes dans les sites PTME de l'An 1 à l'an 5.
1.1.2.25. Mettre à l'échelle le projet de dépistage de la TB à dans les pharmacies : Région de Conakry AN1, Régions de Kindia et Mamou AN2, Région de Kankan AN3 de l'An 1 à l'an 5
1.1.2.26. Organiser des campagnes de dépistage actif de la TB dans les zones minières (de l'An 1 à l'an 5)
1.1.2.27. Faire un plaidoyer auprès du ministère de la justice pour le dépistage systématique de la TB à l'entrée des prisons de l'An 1 à l'an 5
1.1.3. Renforcement des capacités du réseau de laboratoires pour qu'au moins 95% des résultats de microscopie et des tests rapides Xpert MTB/RIF soient rendus dans les 48 heures au prescripteur

1.1.3.1. Réaliser la maintenance du laboratoire P3 du LNRM, chaque année de l'An 1 à l'An 5
1.1.3.2. Assurer la maintenance des équipements de LNRM de Macenta et Pita de l'An 1 à l'an 5
1.1.3.3. Réaliser la maintenance des équipements du réseau de laboratoire de microscopie des CDT de l'An 1 à l'An 5
1.1.3.4. Réaliser la maintenance et l'assurance des appareils GeneXpert des différents sites GeneXpert de l'An 1 à l'An 5
1.1.3.5. Fournir des équipements complémentaires/renouveler les équipements du LNRM : une centrifugeuse réfrigérée, deux agitateurs de type Vortex, cinq (05) ordinateurs avec accessoires (imprimante, photocopieuse), 05 Laptop pour les cadres du LNRM, 01 Laptop pour Macenta, 2 autoclaves, 2 onduleurs pour hottes, un distillateur, un coagulateur pour le milieu de Löwenstein Jensen, 2 poupinels, un lecteur pour culture sur MGIT en l'An 1, une balance analytique et une balance de précision
1.1.3.6. Créer un nouveau laboratoire régional de culture à l'image de celui de Macenta à Pita en l'An 4
1.1.3.7. Former 2 techniciens du LNRM à Cotonou à la maintenance primaire des équipements en l'An 1.
1.1.3.8. Former 2 biologistes et 2 techniciens supérieurs du LNRM en Biologie moléculaire, 2 biologistes en immunologie à Cotonou en l'An 2.
1.1.3.9. Formation de 10 biologistes sur la culture de Macenta, Pita et LNRM
1.1.3.10. Réaliser une session de recyclage pour 9 techniciens en culture et test de sensibilité (Conakry) 5 jours en l'An 1, l'an 3 et l'an 5.
1.1.3.11. Former 2 cadres du LNRM des mycobactéries sur le test de sensibilité des médicaments de 2ème ligne, tests moléculaires et biosécurité à Anvers/Cotonou en l'An 2
1.1.3.12. Faire participer 4 biologistes dont 2 du LNRM, 1 de chaque laboratoire de culture des sites des mycobactéries au cours IATA sur le transport des échantillons biologiques pour 2 semaines à Cotonou de l'An 1 à l'an 5
1.1.3.13. Assurer le transport des souches des malades TB-MR présumés XDR au Laboratoire supranational d'Anvers ou Cotonou (4 envois par an), de l'An 1 à l'an 5
1.1.3.14. Organiser une supervision du LNRM par an par le laboratoire supranational pendant 5 jours. L'An 1 à l'An 5.
1.1.3.15. Équiper le laboratoire régional de culture de Pita (en l'an 4)
1.1.4. Intensification du dépistage et amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les enfants afin que le nombre de cas de tuberculose dépistés et traités parmi les enfants de 0-14 ans augmente d'au moins 2% par an
1.1.4.1. Former 20 infirmiers/es des services de pédiatrie des hôpitaux nationaux et régionaux sur le dépistage de la TB, la réalisation et lecture de l'IDR, le tubage pendant 3 jours en l'An 2 et l'An 4.
1.1.4.2. Acheter la tuberculine et les seringues à tuberculine pour approvisionner les HN, HR et les hôpitaux des zones minières. (30 flacons de 10 doses par hôpital par an soit 3000 doses par an), de l'An 1 à l'an 5
1.1.4.3. Rendre disponible la sonde nasogastrique et les seringues (50CC) pour le Tubage gastrique. de l'An 1 à l'an 5.
1.1.4.4. Créer un comité technique TB pédiatrie (AN1)
1.1.4.5. Organiser une réunion nationale d'une journée sur la prise en charge de la TB infantile impliquant les acteurs du PNLAT, les pédiatres et les Partenaires 1 fois par an (L'an1 a L'an 5)
1.1.4.6. Organiser une réunion semestrielle du comité technique en un 1 jour à Conakry de l'An 1 à l'an 5

2. Objectif stratégique 2. Maintenir le taux de succès du traitement à au moins 90% de 2021 à 2025.
2.1. Axe stratégique 2.1 : Traitement de tous les malades de la tuberculose accompagné de soutien psychosocial et nutritionnel, sans discrimination
2.1.1. Prestation de soins de qualité aux malades TB de sorte que le taux de perdus de vue et de transférés soit réduit à moins de 4% en 2025
2.1.1.1. Editer et diffuser 1000 exemplaires le guide technique de prise en charge de la tuberculose du de l'An 1.
2.1.1.2. Acheter les médicaments antituberculeux de première ligne, pour 15952 malades TB en l'An1 ; 16377 malades TB en l'An2 ; 16810 malades TB en l'An3 ; 17251 malades TB en l'An4 ; 17702 malades TB en l'An5 ; avec un stock de sécurité d'une année en l'An1.
2.1.1.3. Acheter les médicaments antituberculeux pédiatriques de première ligne pour 1327 enfants en l'An 1 ; 1421 enfants en l'An 2 ; 1522 enfants en l'An 3 ; 1630 enfants en l'An 4 et 1746 enfants en l'An 5 avec constitution d'un stock de sécurité d'une année en l'An 1.
2.1.1.4. Apporter un appui nutritionnel et prime de transport aux malades TB-MR de l'An 1 à l'an 5

3. Objectif stratégique 3. Dépister le VIH chez au moins 95% de malades tuberculeux et maintenir la couverture du traitement par les ARV à au moins 95% et la couverture du traitement par le cotrimoxazole à au moins 97% chez les patients coinfectés TB/VIH d'ici 2025 de l'An 1 à l'An 5
3.1. Axe stratégique 3.1 : Prise en charge de la coinfection TB/VIH, de la tuberculose associée au diabète et des autres comorbidités
3.1.1. Intégration de la prise en charge de la TB et du VIH dans 150 sites CDT de 2021 à 2025
3.1.1.1. Former un pool de 20 formateurs sur les nouvelles directives de la prise en charge ARV des malades TB/VIH, pendant 5 jours à Kindia en l'An 1 (14 participants des régions et 6 pour Conakry) et les recycler en l'An 4.
3.1.1.2. Former 300 agents de santé des 150 sites CDT sur les nouvelles directives de la prise en charge ARV des malades TB/VIH (2 par CDT) en 15 sessions de 20 personnes pendant 3 jours 5 sessions en l'An1 ; 3 sessions en l'An 2 ; 3 sessions en l'An 3 et 4 sessions en l'An 4 dans les 8 régions administratives.
3.1.1.3. Assurer l'approvisionnement des 150 sites CDT intégrés en tests VIH par le PNLSH pour tous les malades TB et les cas présumés TB (progressivement).
3.1.1.4. Assurer l'approvisionnement des 150 sites CDT intégrés en CTX par le PNLSH pour les malades TB/VIH (An 1 : 3525 An 2 : 3831 An 3 : 4162 An 4 : 4519 An 5 : 4905).
3.1.1.5. Assurer l'approvisionnement des 150 sites CDT intégrés en ARV par le PNLSH pour les malades TB/VIH (An 1 : 3420 An 2 : 3730 An 3 : 4065 An 4 : 4429 An 5 : 4823).
3.1.1.6. Former les agents des 150 sites CDT sur le guide national de prise en charge nutritionnelle des coinfectés TB/VIH (2 par CDT) en 15 sessions de 20 personnes pendant 3 jours 5 sessions en l'An1 ; 3 sessions en l'An 2 ; 3 sessions en l'An 3 et 4 sessions en l'An 4 dans les 8 régions administratives.
3.1.1.7. Tenue d'une rencontre annuelle du comité national de coordination TB/VIH (48 participants à Conakry) de l'An 1 à l'An 5.
3.1.1.8. Création de la cellule de coordination TB/VIH au niveau opérationnel et élaboration des termes de référence définissant ses missions et attributions.

3.1.1.9. Tenue de réunions trimestrielles de la cellule de coordination TB/VIH (14 personnes, 1 journée à Conakry) de l'An 1 à l'An 5.
3.1.1.10. Elaboration et diffusion du plan d'action annuel par la cellule de coordination TB/VIH.
3.1.1.11. En l'An 1 intégration des directives de prise en charge de la coïnfection TB/VIH et mise à jour du guide technique TB et les outils de gestion par la cellule de coordination TB/VIH.
3.1.1.12. Tenue de réunions trimestrielles entre les CDT et les sites ARV (niveau district) pour la coordination des activités et la gestion des malades TB/VIH (1 journée, 5 participants) de l'An 2 à l'An 5.
3.1.1.13. Acheter le CTMX 480 mg pour personnes Co infectées TB/VIH pendants 5 ans pour (3525 malades en l'An1 ; 3831 malades en l'An2 ; 4162 malades en l'An3 ; 4519 malades en l'An4 et 4905 malades en l'An5)
3.1.1.14. Acheter l'INH pour le traitement préventif des PVVIH.
3.1.2. Prise en charge de la tuberculose chez les diabétiques
3.1.2.1. Elaborer et éditer l'algorithme de diagnostic de la TB chez les diabétiques, en l'an 1.
3.1.2.2. Former le personnel des CDT et le personnel des services de diabétologie, l'an 1 et recycler en l'an 4
3.1.2.3. Organiser des séances de sensibilisation et de dépistage actif de la tuberculose lors des journées mondiales de la lutte contre le diabète
3.1.2.4. Acheter et Assurer l'approvisionnement en bandelette et glucomètre pour les 150 CDT pour le nombre de cas attendus de 2021 à 2025.

4. Objectif stratégique 4. Assurer le traitement préventif à 50% des personnes à haut risque identifiées qui sont éligibles d'ici 2025
4.1. Axe stratégique 4.1 : Traitement préventif (chimioprophylaxie) des personnes éligibles parmi les groupes à risque identifiés
4.1.1. Mise sous traitement préventif des personnes éligibles des groupes à risque identifiés avec suivi de l'adhésion au traitement et utilisation de registres et d'autres outils de gestion de l'information
4.1.1.1. Acheter l'INH 100 mg pour la chimio prophylaxie des enfants contacts de 0 à 14 ans pour (21017 enfants en l'An1 ; 23539 enfants en l'An2 ; 26375 enfants en l'An3 ; 29527 enfants en l'An4 et 33071 enfants en l'An5)
4.2. Axe stratégique 4.2 : Mesures de prévention de l'infection dans les structures de prise en charge et de diagnostic de la tuberculose
4.2.1. Intégration de mesures de prévention de l'infection dans les 150 sites CDT, les laboratoires et toutes les autres structures de soins de la tuberculose
4.2.1.1. Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration du guide et du plan de contrôle de l'infection et mise en place de mesures de biosécurité dans les laboratoires (15 J/ par personne x 2 personnes) l'An 2.
4.2.1.2. Organiser un atelier pour l'élaboration du guide et du plan de prévention de l'infection pendant 5 jours pour 15 personnes en l'An 2.
4.2.1.3. Organiser une réunion de 20 personnes pendant 2 jours pour valider le guide et le plan de prévention de l'infection TB en l'An 2.
4.2.1.4. Editer et diffuser 500 exemplaires du guide et plan de prévention de l'infection TB et TB-MR pour les structures de soins en l'An 2 et en l'An 4.

4.2.1.5. Editer et diffuser 500 affiches sur la prévention de l'infection TB et TB-MR pour les structures de soins en l'An 2 et en l'An 4.
4.2.1.6. Acheter 26000 masques respirateurs N95 pour 500 personnels soignant (un masque par semaine) de l'An 1 à l'An 5
4.2.1.7. Acheter les masques chirurgicaux pour les malades TB-MR (un par semaine pendant la phase intensive pour 459 malades TB-MR à l'An1 ; 484 malades TB-MR l'An2 ; 511 malades TB-MR l'An3 ; 540 malades TB-MR l'An4 ; 571 malades TB-MR l'An5
4.2.1.8. Acheter 150 ventilateurs l'An 1 et l'An 3 et créer des fenêtres (extracteurs) pour les salles de prise en charge et les laboratoires où la ventilation naturelle est insuffisante (en l'An 2).

5. Objectif stratégique 5. Atteindre 80% de taux de succès thérapeutique chez les malades multirésistants mis sous traitement de deuxième ligne d'ici 2025
5.1. Axe stratégique 5.1 : Traitement de tous les malades de la tuberculose pharmacorésistantes avec soutien
5.1.1. Amélioration de la couverture par le traitement afin qu'au moins 90% des malades TB-MR/RR diagnostiqués en 2021 et 2022 et 100% de ceux qui sont diagnostiqués à partir de 2023 reçoivent un traitement de deuxième ligne et un suivi de qualité
5.1.1.1. Former 20 agents des sites TB-MR pour l'appui nutritionnel (4 du niveau central et 16 dans les sites de prise en charge fonctionnel) en l'An 1
5.1.1.2. Assurer une prise en charge nutritionnelle et subventionner les frais de transport de (341 malades TB-MR à l'An1 ; 399 malades TB-MR l'An2 ; 464 malades TB-MR l'An3 ; 516 malades TB-MR l'An4 ; 572 malades TB-MR l'An5) pendant toute la durée du traitement.
5.1.1.3. Subventionner les frais de certains examens préalables et en cours de traitement des patients XDR/Pré XDR (Tests auditifs, ECG, Bilan hémato-biochimique, culture, LPA, DST etc.) 17 malades XDR/Pré XDR à l'An1 ; 20 malades XDR/Pré XDR l'An2 ; 23 malades XDR/Pré XDR l'An3 ; 26 malades XDR/Pré XDR l'An4 ; 29 malades XDR/Pré XDR l'An5). (prise en compte par le laboratoire)
5.1.1.4. Faire l'extension du pavillon TB-MR du service Pneumophtisiologie de l'hôpital Ignace Deen et le pavillon de Macenta en l'An 1.
5.1.1.5. Augmenter le nombre de sites TB-MR/RR de 3 à 6 pour Conakry (Wanindara, Sonfonia et Simbaya gare), 1 à Siguiri ,1 à Faranah, 1 N'zérékoré et 1 Mamou en l'An 1.
5.1.1.6. Recruter 1 consultant national pour la révision des documents techniques TB-MR/RR pendant 15 jours en l'An 3
5.1.1.7. Organiser 1 atelier de révision des documents techniques de TB-MR/RR pendant 5 jours pour 25 personnes en l'An 3.
5.1.1.8. Organiser un atelier de validation des documents techniques de TB-MR/RR pendant 1 jour pour 30 personnes à Conakry en l'An3
5.1.1.9. Editer et diffuser 200 exemplaires du Guide TB-MR en l'An 3.
5.1.1.10. Former 2 médecins et 3 infirmiers dans chaque région administrative pour la prise en charge des malades TB-MR en l'An 2 et en l'An 4 pendant 5 jours (40 participants).
5.1.1.11. Acheter les médicaments de deuxième ligne, régime court de 9 mois pour les malades TB-MR/RR qui n'ont jamais été traités avec les médicaments de deuxième ligne : 2341 malades TB-MR/RR à l'An1 ; 399 malades TB-MR l'An2 ; 464 malades TB-MR l'An3 ; 516 malades TB-MR l'An4 ; 572 malades TB-MR l'An5)

5.1.1.12. Acheter les médicaments de deuxième ligne, schémas longs pour les malades rechutes TB-MR/RR (5% des cas) et régimes individuels pour les malades TB-XDR (17 malades XDR/Pré XDR à l'An1 ; 20 malades XDR/Pré XDR l'An2 ; 23 malades XDR/Pré XDR l'An3 ; 26 malades XDR/Pré XDR l'An4 ; 29 malades XDR/Pré XDR l'An5)
5.1.1.13. Acheter les médicaments des effets secondaires du traitement de deuxième ligne (schéma long, schéma court) 341 en 2021, 399 en 2022, 464 en 2023, 516 en 2024 et 572 en 2025.
5.1.1.14. Mettre en place une cellule TB-MR dans chaque région (point focal TB/VIH, médecin et infirmier chargés des cas TB-MR et technicien de laboratoire) en l'An 1.
5.1.1.15. Assurer une réunion mensuelle de la cellule TB-MR régionale (collation et fournitures de bureau) de l'An 1 à l'An 5.
5.1.1.16. Organiser des réunions tournantes bimensuelles du comité TB-MR national de 30 participants venant de Conakry, Boké, Kindia, Mamou, Labé, Kankan, Siguiri, Faranah, Macenta et N'zérékoré pendant 4 jours (collation et fournitures de bureau) à chaque 4mois de l'An 2 à l'An 5.
5.1.1.17. Acheter les gants jetables pour l'administration des antituberculeux injectables (2ème ligne) au cours de 5 ans.
5.1.1.18. Equiper les services de prise en charge de la TB-MR : 40 concentrateurs d'oxygène, 30 oxymètres et 20 électrocardiographes et accessoires (14 ordinateurs, imprimante et consommable)
5.1.1.19. Acheter Pour les sites TB-MR, 20 audiomètres et 2 fibroscopes bronchiques (pour le service de pneumophtisiologie de l'hôpital Ignace Deen).
5.1.1.20. Assurer la formation de 3 médecins sur la fibroscopie bronchique en Côte d'Ivoire à l'An1, l'An 2 et l'An3
5.1.1.21. Renforcer les capacités des points focaux TB/VIH-TB-MR/RR et TB pédiatrique au Maroc en Santé publique En l'an 1
5.1.1.22. Former/recycler 300 agents des CDT sur la prise en charge de la TB-MR/RR et les mesures de contrôle de l'infection (2 par CDT) en 15 sessions de 20 personnes pendant 6 jours 5 sessions en l'An1 ; 3 sessions en l'An 2 ; 3 sessions en l'An 3 et 4 sessions en l'An 4 dans les 8 régions administratives.
5.1.1.23. Superviser trimestriellement les activités TB-MR/RR dans les 14 sites TB-MR/RR

6.	**Renforcer les capacités de gestion, de coordination du programme et de mobilisation des ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose à tous les niveaux dans un cadre multisectoriel**
6.1.	**Axe stratégique 6.1 : Renforcement des capacités de gestion de l'unité centrale**
6.1.1.	**Renforcement du fonctionnement des services du programme et de l'assistance technique nationale et internationale de sorte qu'au moins 85% du budget disponible soit exécuté en 2025**
6.1.1.1.	Editer et diffuser le PSN TB 2021-2025 en l'An 1 (600 exemplaires).
6.1.1.2.	Editer et diffuser le document de plaidoyer de mobilisation de ressources en l'An 1 et l'an 3 (100 exemplaires/an) pour la lutte contre la TB
6.1.1.3.	Organiser une séance de plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte antituberculeuse (une séance/an à Conakry : 45 participants). De l'an 1 à l'an 5.
6.1.1.4.	Réhabiliter/construire le siège du PNLAT en l'an 1

6.1.1.5. Acheter le mobilier pour la coordination du PNLAT, LNRM, CAT de la Carrière, CDT régionaux et préfectoraux, soit 286 bureaux, 286 fauteuils, 286 armoires, 400 chaises, 12 tables (répartis sur l'An 1 et l'An 2).
6.1.1.6. Acheter 35 ordinateurs (25 portables et 10 bureautiques) et accessoires (onduleurs, stabilisateurs, disques de sauvegarde et imprimantes) pour la coordination du PNLAT (20), LNRM (10), CAT de la Carrière (5), en l'An 1.
6.1.1.7. Acheter 5 véhicules 4*4 pour la coordination du PNLAT pour la supervision (3 en l'An 1) et 2 pour l'an 2
6.1.1.8. Acheter 1 véhicule 4*4 pour le LNRM en l'An 1.
6.1.1.9. Acquérir 2 Véhicules équipés de matériel de diagnostic (radiographie numérique, GeneXpert MT/RIF, microscope) en vue de réaliser le dépistage actif dans les zones enclavées ou dans les zones avec beaucoup de cas manquants (1 l'an 1 et 1 l'an 2)
6.1.1.10. Acheter 5 vidéos projecteurs (3 pour la Coordination, 1 pour le LNRM, 1 pour le CHRS), 3 appareils photo-numériques pour le PNLAT, 5 scanneurs l'an1 (3 pour la Coordination, 1 pour le LNRM, 1 pour le CHRS), 3 photocopieuses dont une en couleur (2 PNLAT et 1 LNRM) en l'An 2.
6.1.1.11. Acheter une moto AG pour chaque CDT et les agents de relance de Conakry (155 motos, soit 48 en l'An 1, 64 en l'An 2 et 43 en l'an 3.
6.1.1.12. Construire 150 incinérateurs pour 68 CDT existants et 82 nouveaux (30 par an).
6.1.1.13. Elaborer/Actualiser un plan d'assistance technique pour le PNLAT de l'an 1 à l'an 5
6.1.1.14. Recruter une assistance technique à long terme (1 programmatique et 1 labo) en l'an 1
6.1.1.15. Solliciter une assistance technique du GDF et GLC une fois par an de l'An 1 à l'An 5 respectivement pour l'évaluation de la gestion pharmaceutique et la TB-MR.
6.1.1.16. Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration de la note conceptuelle (30J/par personne x 4 personnes) en l'An 3
6.1.1.17. Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour évaluer l'efficacité de la mise en œuvre des activités DOTS Communautaire (15 J/ par personne x 1 consultant international et 1 national) l'An 1.
6.1.1.18. Solliciter une assistance technique internationale pour l'élaboration de la base de données (data to care) du LNRM (15 jours, 1 consultant international) en l'An 1.
6.1.1.19. Réaliser 5 voyages d'échanges d'expériences auprès des pays présentant de bons résultats (1 par an pour 5 personnes)
6.1.1.20. Assurer la maintenance et l'assurance des véhicules et motos du PNLAT et LNRM de l'An 1 à l'An 5.
6.1.1.21. Assurer la maintenance des équipements informatiques du PNLAT et LNRM, CHRS/Macenta, des sites TBMR et GeneXpert de l'An 1 à l'An 5
6.1.1.22. Assurer le fonctionnement de la coordination du PNLAT (fournitures de bureau, produits lessiviers, carburant groupe électrogène et véhicules, assurance maladie) de l'An 1 à l'An 5.
6.1.1.23. Acheter trois groupes électrogènes de 100 kVa pour la coordination du PNLAT, pour le CDT de Macenta, le LNRM, en assurer la maintenance et le fonctionnement
6.1.1.24. Réhabiliter/Construire 82 CDT avec 17 par an de l'an 1 à l'an 4 et 14 en l'an 5
6.1.1.25. Mettre en place une flotte téléphonique ''Android'' entre le PNLAT, le LNRM, les coordinateurs régionaux, les CDT et site GeneXpert (achat de 372 téléphones en l'An 1.

6.1.1.26. Fournir du crédit téléphonique pour 372 téléphones pour le PNLAT, le LNRM (50000FGN/mois), les coordinateurs régionaux, les CDT et site Xpert (20000 FGN) de l'An 1 à l'an 5
6.1.1.27. Assurer le paiement des frais de connexion internet pour le siège du PNLAT de l'an 1 à l'an 5
6.1.1.28. Mener un plaidoyer auprès du Parlement pour l'élaboration des lois et la mobilisation ressources en faveur de la lutte anti-TB. (de l'an 1 à l'an 5)
6.1.1.29. Renforcer le staff du PNLAT : Affecter/recruter de nouveau personnel (1 logisticien, 1 auditeur interne, 1 assistant comptable, 1 chargé TB/VIH, 1 spécialiste genre/droits humains, 1 RAF, 1 informaticien NTIC, 1 Epidémiologiste/chercheur, 1 assistant de direction, 1 chargé de laboratoire, 1 chargé de communication) l'an 1.
6.1.1.30. Renforcer le staff du LRNM (Affecter 15 laborantins, 1 gestionnaire de données, 1 agent de saisie, 1 ingénieur informaticien) l'an 1
6.1.1.31. Payer les salaires des 5 agents de relance intervenant à Conakry, de l'an1 à l'an 5.
6.1.1.32. Assurer un complément de salaire pour le personnel fonctionnaire de l'Etat travaillant à la coordination du PNLAT (20 fonctionnaires) de l'An 1 à l'An 5.
6.1.1.33. Assurer un complément de salaire pour le personnel impliqué dans la prise en charge des cas de TB-MR (2 agents par structure). An 1 et 2 : 12 agents, An 3 : 14 agents An 4 et 5 : 16 agents.
6.1.1.34. Octroyer des primes basées sur la performance au personnel de LNRM, CHRS/Macenta, site GeneXpert (l'an 1 à an 5)
6.1.1.35. Assurer le fonctionnement du LNRM (fournitures de bureau, produits lessiviers, carburant groupe électrogène et véhicules, assurance maladie), de l'An 1 à l'An 5.
6.1.1.36. Assurer le paiement mensuel du salaire des contractuels anciens et nouveaux, du PNLAT et du LNRM de l'an 1 à l'an 5.
6.1.1.37. Doter et équiper la salle de conférence du PNLAT en mobilier, matériels audio-visuels et autres équipements de technologie moderne (l'an 1)
6.1.2. Renforcement du système de gestion des médicaments antituberculeux de première ligne et de deuxième ligne et des réactifs et consommables de laboratoire, de sorte que moins de 5% des CDT présentent une rupture de stock de l'an1 à l'an5
6.1.2.1. Assurer le stockage, la distribution trimestrielle et autres coûts GAS des médicaments antituberculeux, réactifs et consommables de laboratoire aux CDT, sites GeneXpert, LNRM et CHRS/Macenta par la PCG, de l'An 1 à l'An 5 et obtenir un inventaire trimestriel des stocks du PNLAT.
6.1.2.2. Organiser une fois par an, un atelier de quantification des produits (médicaments et intrants de laboratoire y compris les équipements) de lutte contre la TB, (20 participants pour 5 jours à Kindia) l'An 1 à l'An 5.
6.1.2.3. Organiser des rencontres trimestrielles de la plateforme du GT-GAS (PNLAT, LNRM les partenaires) pour coordonner la gestion des médicaments, réactifs et consommables de laboratoire (1 journée de 35 personnes à Conakry), de l'An 1 à l'An 5.
6.1.2.4. Organiser 12 sessions de formations au niveau des chefs lieu des régions pour 25 personnes/session, pendant 3 jours, pour la formation des 300 responsables des CDT sur les procédures de gestion des médicaments, réactifs et consommables de laboratoire, en l'An 1 et en l'An 3.
6.1.2.5. Organiser 12 sessions de 25 personnes par session, pendant 3 jours dans les chefs-lieux des régions, pour la formation des 300 responsables des CDT sur le rapportage des données logistiques dans E-SIGL, en l'An 1 et en l'An 3.

6.1.2.6. Organiser des supervisions semestrielles axées sur la gestion des approvisionnements et des stocks pour renforcer le suivi des stocks et la capacité des gestionnaires des CDT, 2 superviseurs par axe pour 15 jours, de l'An 1 à l'An 5
6.1.2.7. Organiser deux fois par an, le contrôle post-marketing pour contribuer à garantir la qualité des médicaments au niveau des sites, de l'An 1 à l'An 5.
6.1.2.8. Organiser régulièrement des contrôles qualités des médicaments et intrants de laboratoire à leur réception dans le pays, de l'An 1 à l'An 5.
6.1.2.9. Payer annuellement la cotisation au GLC de l'An 1 à l'An 5.
6.1.2.10. Organiser 12 sessions de 25 personnes/session pendant 3 jours au niveau des chefs-lieux des régions pour la formation des 300 responsables des CDT sur la pharmacovigilance (notification et transmission des données relatives aux effets secondaires des médicaments) en l'An 1 et en l'An 3
6.1.2.11. Appuyer l'organisation d'une journée de concertation sur les questions liées à la tuberculose, lors des réunions des DPS. (30 participants pour 1 jour) de l'An 1 à l'An 5.
6.1.2.12. Former les cadres des DPS sur l'analyse et la validation des rapports SIGL et les bons de commande des CDT pour la migration vers le système de réquisition. En deux sessions de 19 participants chacune, en l'An 1 en l'an4 aux chefs-lieux des régions
6.1.2.13. Reprographier les outils de gestion des stocks, les canevas de rapportage des données SIGL et de pharmacovigilance de l'an 1 à l'an 5.
6.1.2.14. Former les pharmaciens du PNLAT en gestion de la chaine d'approvisionnement en Afrique (l'an 2)
6.1.2.15. Doter les espaces de stockage des 150 CDT en équipements pour une gestion efficiente des médicaments (thermomètre mural, palette, armoire, étagère, hygromètre) en l'an 1 et l'an 4.
6.1.3. Mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines de sorte qu'au moins 80% des activités programmatiques planifiées dans le PAO soient réalisées d'ici 2025
6.1.3.1. Organiser des réunions de concertations avec la direction nationale des Labo et Pharmacies avant tous travaux de construction/rénovation des CDT et laboratoires (l'an 1 à l'an 5)
6.1.3.2. Former quatre cadres du PNLAT en compétences de formation et en suivi des plans de formation pendant 2 semaines en Afrique, 2 en l'An 2 et 2 en l'An 3.
6.1.3.3. Former 10 cadres du PNLAT, en gestion de programme/projet, 3 semaines à en Afrique, 2 par an de l'an 1 à l'an 5.
6.1.3.4. Former 4 cadres de l'équipe de gestion financière et comptable du PNLAT sur les nouvelles dispositions du SYSCOHADA révisé, Préparation/passation et exécution des marchés publics à Casablanca, l'an 1
6.1.3.5. Assurer la participation de 6 cadres du PNLAT et 2 cadres du LNRM au cours portant sur les indicateurs de performance et l'implantation des systèmes de suivi-évaluation, 3 semaines en Afrique, 2 par an de l'an 1 à l'an 4.
6.1.3.6. Assurer la participation de 30 cadres au cours international de l'OMS sur la gestion de la coinfection TB/VIH, 6 semaines à Cotonou à raison de 6 cadres par an de l'An 1 à l'An 5.
6.1.3.7. Assurer la participation de 20 cadres au cours international de l'Union sur la gestion de la TB-MR, 6 semaines au Niger, à raison de 4 cadres par an de l'An 1 à l'An 5.
6.1.3.8. Assurer la participation de 6 infirmiers travaillant dans les CDT TB-MR au cours régional sur l'hygiène hospitalière et les infections nosocomiales, 6 semaines en Afrique, à raison de 2 infirmiers par an à partir de l'An 2.

6.1.3.9. Renforcer la compétence de 2cadres du PNLAT en épidémiologie en Afrique sur 8 semaines en l'An 2.
6.1.3.10. Former 3 cadres du PNLAT en gestion des partenariats publics privés (PPP) 2 semaines en Afrique, 2 en l'An 2 et 1 en l'An 3.
6.1.3.11. Former 3 cadres du PNLAT sur le Leadership, Rôle et Responsabilité du gestionnaire pendant 3 semaines en Afrique, 2 en l'An 2 et 1 en l'An 3.
6.1.3.12. Assurer la participation annuelle de 8 cadres du PNLAT aux réunions et conférences internationales sur la TB et les maladies respiratoires, de l'An 1 à l'An 5.
6.1.3.13. Organiser 10 ateliers de restitution des formations internationales reçues (25 participants par atelier) à raison d'un atelier par semestre. De l'an 1 à l'an 5
6.1.4. Renforcement du système de suivi-évaluation de sorte qu'au moins 95% des rapports attendus soient reçus dans les délais, 95% des CDT et sites GeneXpert soient supervisés trimestriellement par le niveau régional et des recherches opérationnelles soient réalisées
6.1.4.1. Renforcer les capacités de 3 cadres de l'unité de suivi et évaluation en l'an 1 et l'an 2 en trois semaines sur le suivi et évaluation des programmes de santé au niveau district au CESAC à. 1 en 2021 et 2 en 2022.
6.1.4.2. Former deux cadres du PNLAT en évaluation d'impact des projet/programmes en Afrique en 2023
6.1.4.3. Assurer la participation de 2cadres de l'unité de suivi et évaluation à l'académie DHIS2 pendant deux semaines au Togo en 2021 et 2022
6.1.4.4. Organiser semestriellement une réunion du GT de suivi et évaluation en 1 jour, 10 participants.
6.1.4.5. Organiser chaque année un atelier d'élaboration du plan opérationnel annuel, 20 participants en 2 jours
6.1.4.6. Appuyer chaque année l'atelier d'élaboration du plan opérationnel des 8 régions sanitaires pendant 3 jours par région avec 30 participants.
6.1.4.7. Organiser une revue à mi-parcours du PSN du PNLAT en 2023 (revue épidémiologique, revue programmatique).
6.1.4.8. Elaborer en 2025 le Nouveau plan stratégique du PNLAT 2026 -2030(Revue finale, Assistance technique, atelier de planification, atelier de validation)
6.1.4.9. Former les MCM Régionaux/préfectoraux et communaux (46 personnes) sur les outils révisés, les indicateurs TB, les outils de supervision en 2021 et 2022 (en 2 sessions de 23 participants 5 jours à Mamou et à Kindia
6.1.4.10. Former les chargés de statistique des districts sur le module DHIS2 TB en l'an1 en 1 session de 3 jours
6.1.4.11. Reproduire et distribuer les outils de gestion du programme : guide de supervision (30), guide de remplissage (160), registres (traitement des sujets contacts de chimioprophylaxie laboratoire,) et les outils TB-MR 200 en l'An 1, l'An 3 et l'An 5 (Central)
6.1.4.12. Reproduire les registres des cas de TB Registre des cas présumés, Registre de chimioprophylaxie ; registre de laboratoire microscopie/GeneXpert, registres de suivi des consommations des médicaments Registre de culture Registre LPA
6.1.4.13. Reproduire les fiches de traitement, carte d'identité du patient ; fiche sociale, de transferts/ Références, de transports des crachats en l'An 1, l'An 3 et l'An 5
6.1.4.14. Reproduire les rapports trimestriels d'enregistrement des cas, résultats de traitement et de la microscopie, Rapports E-SIGL en l'An 1 et l'An 3

6.1.4.15. Solliciter une assistance technique internationale pour l'élaboration du Tracker TB-MR en l'An 1 pendant 30 jours
6.1.4.16. Former les agents des sites TB-MR (2 personnes par site TB-MR) et les cadres du niveau central sur l'utilisation du module tracker en l'An1 avec 20 personnes.
6.1.4.17. Equiper les sites TB-MR (14) en Laptop et assurer la connexion.
6.1.4.18. Réaliser une supervision Semestrielle des CDT par le niveau central (4 superviseurs y compris le MCM régional et le chauffeur 15 jours) de l'An 1 à l'an 5 dans les 4 régions naturelle et à Conakry.
6.1.4.19. Réaliser 4 supervisions des districts sanitaires par le niveau régional (4 visites/an de l'an 1 à l'an5) en 7 jours. (MCM régional, chargé labo régional, chargé de statistique, MCM préfectoral et le chauffeur)
6.1.4.20. Réaliser un atelier de rétro information semestriel /région regroupant les MCM préfectoraux/Agents des CDT par le niveau central (3jours)
6.1.4.21. Organiser des réunions de validation et de rétro information trimestrielle au niveau régional pendant 3 jours. (équipe de supervision, les CDT, MCM préfectoral, chargé de statistique de la préfecture)
6.1.4.22. Intégrer progressivement à partir de l'An 3 les grands CDT (moyenne de 150 malades/ trimestre) et les sites de prise en charge de TB-MR dans le cadre de la gestion de données par SMS/Web (achat des outils : smart phones et payement de frais de fonctionnement, formation du personnel pendant 1 journée).
6.1.4.23. Editer le bulletin trimestriel d'information des activités du PNLAT
6.1.4.24. Développer un système d'information en connexion avec le DHIS2 et de transmission électronique des données de laboratoire vers les cliniciens, le LNRM, le PNLAT et les sites GeneXpert (Data to care)
6.1.4.25. Organiser chaque fin d'année un atelier de 2 jours pour le partage des résultats du PNLAT (y compris les résultats des enquêtes réalisées)
6.1.4.26. Organiser chaque année 2 revues semestrielles conjointes à Coyah TB ; VIH ; diabète ; les infirmiers des établissements pénitenciers (prison civile et maison centrale) et les infirmiers des camps militaires (50 participants en 4 jours)
6.1.4.27. Créer en l'an 1 et assurer la maintenance du site web du PNLAT de l'An 1 à l'An 5
6.1.5. Développement de partenariats avec des structures de prise en charge de la malnutrition, des structures parapubliques (Ministère de la Défense, de la Justice…) et des structures privées à but lucratif et non lucratif
6.1.5.1. Signer un contrat de collaboration entre le PNLAT et les structures sanitaires privées identifiées dans le cadre de la recherche pour leur implication dans la lutte antituberculeuse de l'An1 à l'an 5.
6.1.5.2. Former 100 agents de santé des structures privées dans la référence des cas présumés de tuberculose et dans la prise en charge, 3 jours à Conakry, 4 sessions par an de l'An 1 à l'an 5
6.1.5.3. Organiser une réunion de concertation annuelle entre le PNLAT, PNLSH, les Ministères de la Défense, de la Justice, les représentants des 3 hôpitaux nationaux, des 6 infirmeries régionales de l'Armée et des huit infirmeries des maisons centrales des régions administratives, les représentants des structures sanitaires privées, sur la mise en œuvre des activités de la lutte antituberculeuse (30 personnes, 2 jours à Conakry) de l'An1 à l'An5

6.1.5.4. Doter les 5 infirmeries régionales de l'Armée et les 8 infirmeries de l'administration pénitentiaire en outils de gestion de la tuberculose, crachoirs et glacières pour le transport des crachats et en médicaments antituberculeux, de l'an 1 à l'an 5.
6.1.5.5. Assurer le transport des crachats des centres de santé de l'Armée et des infirmeries de l'administration pénitentiaire vers les laboratoires (sites GeneXpert) de l'An1 à l'An5
6.1.5.6. Organiser des missions ou rencontres semestrielles de concertation/plaidoyer entre le PNLAT et les Sociétés Minières (SAG, SMD, SBK, CBG, RUSAL, Global Alumina…) de l'an1 à l'an5
6.1.5.7. Doter les infirmeries des Sociétés Minières en outils de gestion de la tuberculose, crachoirs et glacières pour le transport des crachats et en médicaments antituberculeux, de l'An1 à l'An 5.
6.1.5.8. Organiser des rencontres semestrielles de concertation entre le PNLAT et la Direction Nationale de la médecine traditionnelle, la médecine du travail et les tradipraticiens, de l'An 1 à l'An 5 (30 personnes par session, 2 jours à Conakry et chefs lieu de région).
6.1.5.9. Intégrer les services TB dans les postes de santé des ports de pêche de l'An 1 à l'An 5
6.1.6. Renforcement de la communication du PNLAT pour une meilleure visibilité des activités
6.1.6.1. Renforcer l'équipe du PNLAT par un spécialiste en communication en L'An 1
6.1.6.2. Élaborer un plan national de communication pour la TB intégrant les aspects de l'Egalite des genres, inclusion et droits humains (y compris l'assistance technique) en L'An 1
6.1.6.3. Appui au plan national de communication de l'An 1 à l'An 5
6.2. Axe stratégique 6.2 : Protection sociale, lutte contre la pauvreté et actions sur les déterminants non médicaux de la tuberculose
6.2.1. Mise en place de mécanismes de protection sociale pour les personnes infectées et affectées par la TB
6.2.1.1. Faire un plaidoyer en vue de mettre en place des mesures de protection sociale pour les malades tuberculeux tels que l'accès à des AGR et au micro-crédit de l'An 1 à l'An 5
6.2.1.2. Mettre en place d'un numéro vert spécifiquement pour les personnes affectées et infectées par la TB en l'An 1
6.2.1.3. Faire le plaidoyer auprès du ministère de la santé pour la gratuité du dépistage des cas contacts TB de l'An 1 à l'An 5
6.2.1.4. Fournir des cartes de dépistage gratuitement aux cas contacts TB de l'An 1 à l'An 5
6.2.1.5. Vulgariser les lois du code de travail concernant la loi : No L/2014/072/CNT DU 10 janvier 2014 et les articles 231.2 et 232.1 avec l'implication de la médecine du travail ; et adopter la charte des malades TB de l'An 1 à l'An 5
6.2.1.6. Faire le plaidoyer pour la mise en place des mutuelles pour les malades y compris les TBS et TB-MR/RR de l'An 1 à l'An 5
6.3. Axe stratégique 6.3 : Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention
6.3.1. Mise en place de mécanisme de financements innovants
6.3.1.1. Développer un partenariat public et privé avec les banques et assurances, institutions d'enseignement supérieur et professionnel, sociétés minières, sociétés de téléphonie mobile, agro-industriels, les médias…) de l'An 1 à l'an 5
6.3.1.2. Réaliser des tables rondes, forum avec les partenaires publics privés pour les sensibiliser sur la lutte antituberculeuse. (l'an 1)

6.3.1.3. Plaidoyer auprès des structures privées pour leur implication financière dans la lutte contre la TB (de l'an 1 à l'An 5

7. Objectif stratégique 7. Etendre et renforcer le DOTS communautaire de sorte qu'au moins 9% des cas de tuberculose notifiés proviennent d'une référence par un relai communautaire
7.1. Axe stratégique 7.1 : Extension géographique du DOTS communautaire aux 12 districts sanitaires
7.1.1. Extension du DOTS communautaire aux 12 préfectures restantes de l'An 1 à l'An 5
7.1.1.1. Élargir le paquet de services communautaire à la gestion des cas contacts, prélèvement et transport des crachats, et accompagnement psychosocial.
7.1.1.2. Former 990 nouveaux RECO dans les 12 districts sanitaires sur la stratégie DOTS, IEC/CCC **Y compris sur les thématiques du genre et de l'inclusion** de l'An 1 à l'An 2 pendant 5 jours en 40 sessions.
7.1.1.3. Équiper 990 nouveaux RECO en kit (glacière, casquettes, gilet, vélos, sacs, imperméable, bottes, cahiers, bics, torche, piles etc.) en l'an 2.
7.1.1.4. Former 48 nouveaux superviseurs (2 superviseurs SR, 1CDT et 1 SBC par préfecture) des RECO sur la stratégie DOTS communautaire de l'an 1 à l'an 2 en une session par an pendant 5 jours
7.1.1.5. Former 3 cadres du PNLAT en santé communautaire au Burkina en 12 semaines de l'An1 à l'An3.
7.2. Axe stratégique 7.2 : Renforcement des activités du DOTS communautaire
7.2.1. Cadre institutionnel pour les interventions communautaires
7.2.1.1. Organiser un atelier d'élaboration du guide et manuel de plaidoyer, de communication, et de mobilisation sociale sur la TB prenant en compte les aspects genre, droits humains et inclusion, 20 personnes pendant 5 jours à Kindia, en l'An 1.
7.2.1.2. Renforcer la capacité de 5 personnels des SR en Santé publique à Cotonou soit un par SR communautaire.
7.2.1.3. Organiser un atelier de validation du guide et manuel de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale, 15 personnes pendant 3 jours à Kindia, en l'An 1.
7.2.1.4. Editer et diffuser 1330 guides de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale, 814 CS +76 DPS + 16DRS + 300CDT + 24 PNLAT + 100 ONG communautaires et partenaires, l'An 1.
7.2.1.5. Editer et diffuser 5400 manuels de formation des agents 4070 RECO, 814CS+ 76 DPS + 16 DRS+ 300 CDT +24 PNLAT +100 ONG communautaires et partenaires de plaidoyer de communication et mobilisation sociale en l'An1 et An3
7.2.1.6. Recycler/former 3348 RECO dans les 26 districts sanitaires déjà couverts y compris Elargissement du paquet de services communautaire à la gestion des cas contacts, les aspects genre et droits humains, le prélèvement et transport des crachats, et l'accompagnement psychosocial en l'An2
7.2.1.7. Former un pool national de 20 formateurs en plaidoyer, communication et mobilisation sociale en faveur de la lutte antituberculeuse à l'An 1
7.2.1.8. Former 150 anciens malades et membres d'associations de lutte contre la tuberculose à la prise en charge des malades en traitement et la recherche de perdus de vue dans les 8 régions administratives en raison de 15 par régions pendant 3 jours à Kindia en l'An2.
7.2.1.9. Organiser une réunion de coordination mensuelle à l'échelle de la DPS entre les ONG représentant pairs Educateurs, RECO et prestataires des centres de santé de l'An1 à l'An5.

7.2.1.10. Organiser une réunion mensuelle de concertation autour du centre de santé entre les relais communautaires et les agents de santé, de l'An 1 à l'An 5 (collation et transport) Participants : 10 RECO + 2personnel du centre de santé, 2 leaders communautaires plus le superviseur x 407 centres de santé = 6105 (10 RECO + 2CCS+ Superviseur communautaire+2 leaders communautaires.
7.2.1.11. Appuyer les CTRS pendant une journée supplémentaire (location salle, restauration et perdiem) pour renforcer le suivi des activités TB de l'An1 à l'An5.
7.2.1.12. Former/recycler 175 membres des ONG/Associations en plaidoyer, communication et mobilisation sociale et aspects genre et droits humains en faveur de la lutte antituberculeuse à Kindia pendant 3 jours en l'An 2 et l'An 5
7.2.1.13. Former 350 leaders communautaires (chefs des villages et associations/groupement des femmes/jeunes) en plaidoyer, communication et mobilisation sociale en raison de 25 participants/Préfecture des zones enclavées en l'An2
7.2.1.14. Acheter 3348 Kits (glacière, casquettes, gilet, vélos, sacs, imperméable, bottes, cahiers, bics, torche, piles etc.) pour les RECO des Préfectures anciennement couvertes de l'An1 à l'An2.
7.2.1.15. Editer et diffuser les outils de gestion communautaire pour couvrir les besoins de l'An 1 à l'an 5.
7.2.1.16. Appuyer la supervision communautaire trimestrielle par les CS membre des ONG association et agents SBC de l'An1 à l'An5.
7.2.1.17. Renforcer les capacités organisationnelles, institutionnelles et managériales du réseau des organisations de société civile contre la tuberculose de l'An1 à l'An5.
7.2.2. Plaidoyer pour les interventions communautaires
7.2.2.1. Organiser 60 séances d'information/sensibilisation sur la tuberculose auprès des élus locaux et leaders d'opinion de l'An 1 à l'An 5, soit 12 séances /an
7.2.2.2. Organiser 280 séances d'information/sensibilisation en direction du secteur informel (groupement des femmes, des jeunes, ateliers de coiffure, de couture, etc…) de l'An 1 à l'an 5
7.2.2.3. Organiser 280 séances d'information/ sensibilisation des leaders religieux des zones enclavées des 14 préfectures pour leur implication dans la lutte antituberculeuse, de l'An 1 à l'An 5, soit une séance par trimestre sur 5 ans (4 séances/an x 14 Préfectures enclavées x 5 ans).
7.2.2.4. Organiser une table ronde par trimestre dans les 34 radios rurales/ communautaires et à la radio nationale de l'An 1 à l'An5, soit 680 tables rondes pour 5 ans (4 tables rondes x 34 radios x 5 ans).
7.2.2.5. Organiser 280 séances d'information sur la tuberculose auprès des syndicats de transporteurs et piroguiers pour les impliquer dans le transport des crachats de l'An 1 à l'An 5, soit une séance par trimestre x 4/ an x 14 Préfectures x 5 ans.
7.2.2.6. Organiser 240 séances d'information sur la TB auprès des pêcheurs et mareyeuses de l'An1 à l'An5 (4 séances x 12 mois x 5 ans
7.2.2.7. Organiser 120 séances d'information sur la TB auprès des miniers/orpailleurs en raison de 24 séances/an (2 séances x 12 mois x 5 ans) de l'An 1 à l'An 5.
7.2.2.8. Faire un plaidoyer au niveau des comités de gestion des mines pour leur implication effective dans la lutte antituberculeuse de l'An1 à l'An5
7.2.2.9. Former et impliquer 15 comités de gestion des mines dans l'orientation des tousseurs et dans la recherche des perdus de vue de l'An1 à l'An5
7.2.2.10. Célébrer la Journée Mondiale de lutte antituberculeuse (JMT) dans les 8 régions administratives et les 25 Préfectures de l'An 1 à l'An 5.

7.2.2.11. Organiser 160 séances de sensibilisation/information auprès des patients diabétiques et tuberculeux sur la tuberculose dans les 2 centres de diabétologie et 4 CDT de Conakry de l'An1 à l'An5 (4 séances/an x 4CDT x 2 centres de diabétologie x 5 ans)
7.2.2.12. Organiser 40 séances de campagnes de dépistage auprès des patients diabétiques de Conakry et les hôpitaux des quatre régions naturelles de l'An1 à l'An5 (4 séances/an x 2 centres de diabétologie x 5 ans).
7.2.3. Communication pour le changement de comportement /proximité pour les interventions communautaires Tenant compte des aspects genre et inclusion de la lutte contre la TB
7.2.3.1. Editer et diffuser 5400 manuels de formation des agents 4070 RECO, 814CS+ 76 DPS + 16 DRS+ 300 CDT +24 PNLAT +100 ONG communautaires et partenaires, l'An 1.
7.2.3.2. Editer et diffuser 1330 guides de formation des relais communautaires : 814 CS 76 DPS x 16DRS x 2, 300CDT x 24 PNLAT et 1008 ONG et autres partenaires en l'An1 et l'An3
7.2.3.3. Editer et diffuser 4100 boites à images : 4456 reco+300 CDT+20PNLAT +38 DPS+_ DRS+ 20 ONG et partenaires. 100en l'An1
7.2.3.4. Editer et diffuser 18 592 affiches Dots Communautaire soit 4648 par an, An 1 à An4
7.2.3.5. Editer et diffuser 20 000 dépliants Dots Communautaire soit 5000 par an, An 1 à An4
7.2.3.6. Editer et diffuser 7730 calendriers Dots Communautaire, soit 1546 par an, An 1 à An 5
7.2.3.7. Confectionner et distribuer 9166 gilets, 9166 tee-shirts et 9166 casquettes pour les activités du DOTS communautaire (4338 RECO ; 406 CS x 2 ; 38 DPS x 5 ; 8 DRS x 2 ; 86 CDT x 5 ; PNLAT : 100 ; ONG communautaires 40 ; Hôpitaux nationaux : 6 ; MSP : 10 ; Partenaires : 60 en l'An2
7.2.4. Communication pour le changement de comportement /mass médias pour les interventions communautaires Tenant compte des aspects genre et inclusion de la lutte contre la TB
7.2.4.1. Produire un spot pour la radio et un spot audio-visuel pour la télévision nationale et chaines privées sur la tuberculose et les traduire dans 6 langues nationales de l'An 1 à l'an 5
7.2.4.2. Contracter les 24 radios rurales/ communautaires et 5 radios privées pour diffuser 7680 fois le spot de sensibilisation sur la TB, de l'An 1 à l'an 5
7.2.4.3. Organiser 768 émissions interactives et les diffuser sur les 24 radios rurales/ communautaires et 6 radios privées, de l'An 1 à l'an 5.
7.2.4.4. Contracter les 6 chaines de télévision pour diffuser 2400 fois le spot audio-visuel sur la TB, de l'An 2 à l'An 5
7.2.4.5. Produire un film de 30 minutes sur la tuberculose dans 6 langues nationales et en français avec les groupes théâtraux en l'An 2
7.2.4.6. Reproduire, 1000 copies du film sur DVD pour les 16 ONG contractualisées et les distribuer lors de la célébration de la journée mondiale TB en l'An 2 à l'An 5
7.2.4.7. Contractualiser avec un opérateur téléphonique pour la diffusion de message de sensibilisation sur la TB à l'endroit des adolescents et jeunes à travers les nouvelles technologies, de l'An1 à l'An5.
7.2.5. Mobilisation sociale pour les interventions communautaires
7.2.5.1. Organiser les 23 journées de la tuberculose (journée mondiale de la tuberculose) au niveau des jeunes et femmes dans la lutte antituberculeuse (stigmatisation) dans les 8 régions administratives et les 25 Préfectures de l'An 1 à l'An 5
7.2.5.2. Contractualiser avec 407 OCB préfectoraux et sous préfectoraux pour l'identification des relais communautaires et la mise en œuvre des activités de communication et de suivi des malades de l'An1 à l'An5

7.2.6. Amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les fumoirs
7.2.6.1. Identifier les différents fumoirs et bistrots (sites de consommation des excitants) à Conakry et à l'intérieur du pays de l'An1 à l'An5.
7.2.6.2. Former 38x4 pairs éducateurs (PE) des membres des fumoirs et bistrots sur la TB afin de contribuer au screening verbal de la Tuberculose et à la référence des cas présumés vers les CDT de l'An1 à l'An5
7.2.6.3. Organiser 2 séancesx12moisx5ansx38prefectx4 PE de sensibilisation sur la tuberculose dans les fumoirs et les bistrots de l'An1 à l'An5.
7.2.7. Amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les prisons avec une approche intégrée TB/VIH
7.2.7.1. Organiser 1920 séances d'information sur la tuberculose auprès des prisonniers en raison d'1séancex32 prisons x12 moisx5ans) de l'An1 à l'An5.
7.2.7.2. Mettre en place un réseau de 40 champions (anciens détenus) pour la sensibilisation contre la tuberculose dans les prisons et le suivi des cas de tuberculose à la sortie des prisons en raison de 16 champions pour les 7 prisons régionales, la Maison centrale de Conakry et 24 pour les prisons civiles (2/ prison régionale et 1 /prison civile) de l'An1 à l'An5.
7.2.7.3. Former 40 champions dans les 32 établissements pénitentiaires sur la stratégie DOTS Communautaire IEC/CCC à Kindia et à Mamou pendant 3 jours en l'An1.
7.2.7.4. Former 72 personnels pénitentiaires (18 Educateurs, 41 agents de santé et 13 gardes pénitentiaires sur le DOTS communautaire IEC/CCC pendant trois jours à Kindia et à Labé (Prisons civiles 48 ; prisons régionales 24) de L'An 2 et l'An 3.
7.2.7.5. Faire un plaidoyer auprès de 37 magistrats, 32 régisseurs et 32 greffiers des prisons pour leur adhésion à la lutte antituberculeuse de l'An1 à l'An5.
7.2.7.6. Organiser 6400 séances de sensibilisation sur la tuberculose pour l'observance et la recherche de perdus de vue des prisonniers libérés en raison 40 champions x 32 prisonsx5ans. Soit 1280 séances par an, de l'An1 à l'An5.
7.2.7.7. Doter 6400 litres de carburants aux établissements pénitentiaires pour assurer le transport des crachats des infirmeries pénitentiaire vers les laboratoires. (32 structures pénitentiaires x10Lx4 x5) de l'An 1 à l'An5.
7.2.8. Amélioration des activités de lutte antituberculeuse dans les écoles, lycées et collèges dans les 14 préfectures enclavées
7.2.8.1. Créer 28 clubs de santé dans les établissements scolaires pour la lutte antituberculeuse en raison de 2 clubs par Préfecture en l'An1 et An2.
7.2.8.2. Former 28 enseignants et 168 membres des clubs santé des lycées et collèges pour la référence des cas présumés de TB vers les CDT ainsi que la prise en charge en l'An1 et An2.
7.2.8.3. Organiser 120 séances d'information sur la TB dans les écoles primaires, secondaires, et professionnelles, à raison de 30 écoles par an, de l'An 2 à l'An 5.
7.2.8.4. Former 15 enseignants des écoles des personnes vivants avec un handicap sur la tuberculose sur la stratégie, DOTS communautaire /IEC/CCC pendant 3 jours à Mamou en l'An2.
7.2.8.5. Organiser 2400 séances de sensibilisation/information auprès personnes vivants avec un handicap sur la tuberculose à Conakry (4 séances/an x 8 sites x 15 enseignants x 5 ans) en raison de 200 séances/an de l'An1 à l'An5

7.2.9. Implication des tradipraticiens dans les activités de lutte antituberculeuse par le référencement des cas présumés de tuberculose (stratégie échelonnée avec phase pilote en Haute Guinée)
7.2.9.1. Organiser 20 ateliers de plaidoyer qui regrouperont chacun 30 tradipraticiens en collaboration avec la Direction nationale de la santé communautaire et la Médecine traditionnelle de l'An1 à l'An5
7.2.9.2. Faire un plaidoyer auprès de 850 tradipraticiens pour une meilleure intégration dans l'orientation et la prise en charge des cas présumés de tuberculose de l'an 1 à l'an 5
7.2.9.3. Assurer la motivation des tradipraticiens basée sur la performance de l'An1 à l'An5

8. Objectif stratégique 8. Promouvoir la recherche
8.1. Axe stratégique 8.1 : Renforcement de la recherche afin de maintenir le nombre d'études de recherche opérationnelle à au moins 3 par an
8.1.1. Conduite d'études pour résoudre les problèmes identifiés dans la lutte antituberculeuse
8.1.1.1. Organiser des réunions trimestrielles de la Task force pour la recherche opérationnelle. sur la tuberculose pour discuter des projets en suspens, des projets futurs ou des projets terminés pour publication ; 4 réunions par an de l'An1 à l'An5 en 1 jour.
8.1.1.2. Organiser un atelier d'information et de partage avec les partenaires techniques et financiers sur les résultats obtenus dans le cadre de la recherche 1 atelier par an de l'An1 à l'An5 avec 30 participants en 1 jour
8.1.1.3. Réaliser une étude sur les coûts catastrophiques liés à la tuberculose en 2025 pour l'évaluation des actions (La situation de base aura été évaluée en 2020)
8.1.1.4. Réaliser une étude sur les effets secondaires des médicaments antituberculeux dans les centres de TB-MR/RR en l'An2
8.1.1.5. Réaliser une étude sur la tuberculose chez les travailleurs et les animaux des Parc/zoos, An3
8.1.1.6. Réaliser une étude rétrospective pour évaluer l'impact de l'intégration des soins TB/VIH sur la morbidité et la mortalité chez les patients TB/VIH, An3
8.1.1.7. Appuyer la réalisation de 10 thèses de mémoire des étudiants en médecine sur la tuberculose chaque année en raison de 2 thèses par an de l'An1 à l'An5.
8.1.1.8. Organiser en collaboration avec le ministère de l'enseignement supérieure une formation sur les directives nationales du PNLAT aux étudiants de la 7^{e} année de médecine avant la soutenance de leurs thèses et aux élèves infirmiers en fin de cycle de l'An1 à l'An5.
8.1.1.9. Réaliser une enquête CAP de la TB en l'An 1
8.1.1.10. Réaliser une étude sur les causes de mortalité élevée en moyenne Guinée en l'An 1.
8.1.1.11. Réaliser une étude d'analyse du rapport cout-efficacité des différentes alternatives de transport des crachats des CS vers les laboratoires de microscopie et GeneXpert en l'An 2
8.1.1.12. Réaliser l'enquête sur la résistance aux antituberculeux en Guinée en l'An 4
8.1.1.13. Réaliser une enquête de satisfaction des patients TB de l'offre de service en l'An 2
8.1.1.14. Réaliser une recherche opérationnelle sur l'implication des tradipraticiens dans la lutte antituberculeuse à l'an1.
8.1.1.15. Réaliser une étude sur le schéma court sans injectables des malades de la TB-MR en l'An2.
8.1.1.16. Créer une base de données des recherches

9. Objectif stratégique 9 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de promotion de l'approche d'égalité des sexes et de droits humains dans la prévention, les soins et le soutien aux malades TB et aux personnes affectées par la TB.
9.1. Axe stratégique 9.1 : Intégration du genre/inclusion et des droits humains dans la lutte contre la TB
9.1.1. Introduction de l'analyse genre/inclusion et droits humains dans la lutte contre la TB
9.1.1.1. Recruter des personnes ressources compétentes sur l'égalité des genres pour mener une analyse à l'échelle nationale dans la lutte contre la TB (Cabinet/consultant international avec équipe nationale) – à l'an 1 + l'an 4 (étude d'évaluation des indicateurs d'égalité de sexes et droits humains)
9.1.1.2. Réaliser une étude genres et droits humains en lien avec la TB (l'an 1) à l'échelle nationale
9.1.1.3. Organiser un atelier de restitution des résultats de l'analyse genre et droits humains/TB (l'an 1)
9.1.2. Renforcement des capacités du PNLAT, du personnel de santé et des autres acteurs impliqués dans la lutte contre la TB, sur le genre/inclusion et les droits humains
9.1.2.1. Recruter un Spécialiste sur l'égalité de sexes et droits humains en santé pour le PNLAT – l'an 1
9.1.2.2. Former le staff du programme PNLAT, DRS/SBC, DPS, CDT sur l'égalité sexes et les services de santé sensibles au genre et fondées sur les droits humains (l'an 1 + recyclage l'an 3 pour un total de 165 personnes)
9.1.2.3. Organiser une journée de plaidoyer auprès des législateurs, hommes de tenues hauts gradés et de la magistrature sur les signes, les modes de transmission, la prévention et le traitement de la TB/VIH selon l'approche d'égalité des genres et les droits humains (l'an 2 - /une fois dans chaque régions)
9.1.2.4. Campagne de sensibilisation en cascade auprès des forces de l'ordre, agents pénitenciers et autres sur les modes de transmission, la prévention et le traitement de la TB tout en tenant compte l'égalité des genres et les droits humains (l'an 2 - /une fois dans chaque régions)
9.1.2.5. Renforcer les capacités des comités de santé et d'hygiène à la qualité des services liés à la TB basés sur l'égalité des sexes/droits humains et pour réduire les barrières à l'accès aux soins des femmes et jeunes filles et autres personnes vulnérables (à partir de l'an 2 ; An 2 : Kankan L'an 3 : Labé)
9.1.2.6. Renforcement de la collaboration avec les observatoires communautaires à l'accès des soins de (l'an 2)
9.1.2.7. Développer des outils de communication et de suivi & évaluation sensible à l'égalité des sexes, inclusion et droits humains (l'an 2)
9.1.2.8. Assurer le plaidoyer pour promouvoir le recrutement de femmes au niveau du PNLAT à tous les niveaux
9.1.3. Mobilisation des patients et des OBC pour une meilleure autonomisation aussi formation sur l'égalité de genre des personnes impliquées
9.1.3.1. Organiser des journées de plaidoyer pour reformer les politiques, règlements et lois entravant l'accès aux services de lutte contre la TB/VIH et pour l'intégration d'une approche d'égalité des genres et respect des droits humains (10 jours de plaidoyer (1/région - l'an 1 & 2)
9.1.3.2. Réaliser des émissions radio (radio nationale et radio rurales) la TB/VIH et l'égalité des genres et droits humains en direction des populations (une émission par mois x 34 radio – à partir de l'an 1)
9.1.3.3. Réaliser des émissions télévisées (télévision nationale et chaines privées) en format de tables rondes sur la TB/VIH et l'égalité des genres et droits humains en direction des populations (6 ou 7 émissions par an – à partir de l'an 1)

9.1.3.4. Réaliser des foras avec les partenaires de la société civil sur la TB/VIH et l'égalité des genres et droits humains en direction des populations (68 forums communautaires par année – à partir de l'an 1)
9.1.3.5. Plaidoyer pour mobiliser les ressources additionnelles en faveur des associations féminines évoluant dans la lutte contre la TB pour leur autonomisation et accroitre leur rôle dans la gouvernance de la lutte contre la TB (l'an 2 à l'an 5 : 8 plaidoyers par an)
9.1.3.6. Organiser des séances de plaidoyer pour que les partenaires de la société civile, y compris les associations féminines professionnelles de la santé, jouent un rôle accru dans la gestion et gouvernance de la lutte contre la TB. (dès l'an 2 à 5 pour 8 séances par années)
9.1.3.7. Assurer le suivi pour maintenir la parité hommes/femmes dans le recrutement des RECO (dès l'an 1 et jusqu'à l'an 5)
9.1.4. Renforcement de la participation des hommes et des femmes, y compris les jeunes filles, qui sont affectés et infectés par la TB/VIH dans la gestion et la gouvernance de la lutte contre de la TB
9.1.4.1. Faciliter la création d'associations communautaires de personnes affectées et infectées par la TB/VIH au niveau des DPS de l'An 2 à l'an 5
9.1.4.2. Faciliter la mise en relation des associations communautaires dans le but de créer un réseau national de l'An 3 à l'An 5
9.1.4.3. Faciliter la participation du réseau dans la gouvernance et gestion des programmes de lutte contre la TB (de l'An 3 à l'An 5
9.1.4.4. Faciliter la participation des associations du réseau dans des activités d'échanges d'expérience et de connaissances au sein des foras internationaux (de l'An 3 à l'an 5)
9.1.4.5. Former 25 agents de santé des hôpitaux et infirmeries régionales de l'Armée, de la sécurité et de l'administration pénitentiaire sur la tuberculose, genre et droits humains (3 jours à Mamou) en l'An2.

CADRE DES INDICATEURS

Indicateurs de performance	Données de base	Cibles par année				
		2021	2022	2023	2024	2025
INDICATEURS D'IMPACT						
Taux d'Incidence de la tuberculose (nouveaux patients et rechutes toutes formes) pour 100000 habitants	176 (2018)	168	161	154	147	140
Taux de mortalité par tuberculose pour 100000 habitants	22 (2018)	16	14	12	10	8
INDICATEURS D'EFFET						
Taux de déclaration des cas de tuberculose, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, pour 100 000 habitants, cas nouveaux et récidives	118 (2018)	124	127	131	136	140
Nombre de cas déclarés de tuberculose, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, nouveaux cas et récidives	14248 (2018)	15965	16906	17903	18959	20078
Nombre de cas de tuberculose (toutes formes) dépistés parmi les enfants de 0-14 ans par an	923 (2018)	1009	1039	1070	1102	1135
TCP-2(M) : Pourcentage de cas de tuberculose, toutes formes, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi tous les cas enregistrés pour le traitement, nouveaux cas et rechutes	88.4% (cohorte 2017)	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
Nbre de cas de tuberculose, toutes les formes, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi tous les cas enregistrés pour le traitement, nouveaux cas et récidives	12257 (cohorte 2017)	13604	14368	15215	16112	17063
Pourcentage des cas traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les cas confirmés bactériologiquement (nouveaux cas et rechutes).	84% (cohorte 2017)	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

Nombre des cas traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi les cas confirmés bactériologiquement (nouveaux cas et rechutes).	6444 (cohorte 2017)	8012	8557	9056	9585	10145
Taux de succès chez les cas confirmés TB-RR/MR mis sous traitement de 2ème ligne (schéma court et schéma long).	76% (2018)	80%	80%	80%	80%	80%
INDICATEURS DE COUVERTURE						
Nbre de CDT fonctionnels par an	58 (2018)	84	100	116	132	150
Pourcentage de cas de tuberculose (toutes formes) dépistés parmi les enfants de 0-14 ans parmi les cas déclarés de tuberculose, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, nouveaux cas et récidives	6.5% (2018)	6.3%	6.1%	6.0%	5.8%	5.7%
Nombre de cas de tuberculose (toutes formes) dépistés parmi les enfants de 0-14 ans par an	923 (2018)	1009	1039	1070	1102	1135
Nombre de CDT offrant la PEC TB/VIH intégrée. TB et VIH	30 (2018)	55	70	78	97	116
TB/HIV-5 : Pourcentage de nouveaux patients TB et de rechute enregistrés dont le statut VIH est documenté	82.6% (2018)	89.0%	91.0%	93.0%	95.0%	97.0%
TB/HIV-3 : Pourcentage de patients séropositifs au VIH qui ont fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose dans des structures de soins ou de prise en charge du VIH						
TB/HIV-6(M) : Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au VIH, sous TARV au cours du traitement de la tuberculose	94.7% (2018)	95.7%	96.0%	96.3%	96.6%	97.0%
Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au VIH ayant reçu un traitement prophylactique au Cotrimoxazole	98.6% (2018)	98.6%	98.6%	98.6%	98.6%	98.6%
TCP-5 : Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans en contact avec des patients tuberculeux qui ont commencé un traitement préventif à l'isoniazide	5855 (2018)	7935	8887	9953	11148	12485

Nombre d'enfants âgés de 5 à 14 ans en contact avec des patients tuberculeux qui ont commencé un traitement préventif à l'isoniazide	Non disponible	21017	23539	26364	29527	33071
Nombre d'appareils Xpert fonctionnels	20 (2018)	24	28	32	36	40
MDR TB-1 : Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux soumis à des tests de sensibilité aux médicaments (cas bactériologiquement positifs uniquement)	14% (2018)	60%	70%	80%	85%	90%
Pourcentage de cas de retraitement ayant bénéficié d'un test Xpert MTB/RIF.	100% (2018)	86%	87%	88%	89%	90%
Nombre de nouveaux patients tuberculeux déjà traités soumis à des tests de sensibilité aux médicaments (cas bactériologiquement positifs uniquement)	1111 (2018)	5431	6715	8133	9158	10277
Nombre de cas de retraitement ayant bénéficié d'un test Xpert MTB/RIF.	643 (2018)	604	630	656	683	712
Pourcentage de cas confirmés TB-RR/MR (résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multirésistante) qui ont commencé un traitement de deuxième intention	79% (2018)	90%	91%	92%	93%	95%
MDR TB-3(M) : Nombre de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multirésistante (cas confirmés TB-RR/MR) qui ont commencé un traitement de deuxième intention	210 (2018)	300	344	394	474	514
Nombre total de cas confirmés TB-RR/MR mis sous traitement de 2ème ligne (schéma court et schéma long) et qui sont traités avec succès (Guérison et traitement terminé).	197 (2018)	190	220	253	289	381
Taux d'exécution du budget mobilisé	76% (2018)	80%	85%	85%	90%	90%
pourcentage de CDT ayant présenté une rupture de stock d'un ou plusieurs médicaments antituberculeux de première ligne (formes combinées)	Non disponible	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%
Pourcentage des CDT supervisés au moins 2 fois au cours de l'année	100% (2018)	100%	100%	100%	100%	100%
MDR TB-5 : Pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaisantes	97% (2018)	98%	98%	98%	98%	98%

d'assurance qualité externe pour les analyses par microscopie de frottis						
Pourcentage de rapports trimestriels des CDT reçus dans les délais et complètement remplis	88% (2018)	90%	95%	95%	95%	95%
Nombre de Préfectures couvertes par le DOTS communautaire	20 (2018)	33	33	33	33	33
Nombre des patients présumés tuberculeux orientés par les agents communautaires	1800 (2018)	8643	8902	9507	10062	10650
Pourcentage des cas de Tuberculose confirmés (NC B+ & Rechutes) orientés par les agents communautaires	2.1% (2018)	9%	9%	9%	9%	9%
Nombre de cas de Tuberculose confirmés (NC B+ & Rechutes) orientés par les agents communautaires	180 (2018)	864	890	951	1006	1065

PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE

Objectif stratégique 4. Assurer l'adhésion au traitement préventif à 50% des personnes à haut risque identifiées qui sont éligibles d'ici 2025						
Axe stratégique 4.2 : Mesures de prévention de l'infection dans les structures de prise en charge et de diagnostic de la tuberculose						
Activité du PSN	**TDR**	**Profil requis**	**Période**	**Durée**	**Coût USD**	**Source de financement**
Intégration de mesures de prévention de l'infection dans les 150 sites CDT, les laboratoires et toutes les autres structures de soins de la tuberculose						
Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour : l'élaboration du guide et du plan de contrôle de l'infection et mise en place de mesures de biosécurité dans les laboratoires (15 J/ par personne x 2 personnes) l'An 2.Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration du Plan d'extension des moyens diagnostics microscopes et Xpert Et le Plan de formation pour toute celles qui sont prévues durant les 5 ans	Assister techniquement le PNLAT dans l'élaboration du guide et du plan de contrôle de l'infection en détaillant les mesures correspondantes : mesures administratives, mesures environnementales et protection individuelle.	Expert dans la lutte contre la tuberculose avec compétence et expérience dans la lutte contre l'infection	2022	15 jours	34712	FM

Objectif stratégique 5. Traiter avec succès au moins 80% des malades TB-MR/RR						
Axe stratégique 5.1 : Traitement de tous les malades de la tuberculose pharmacorésistantes avec soutien						
Activité du PSN	**TDR**	**Profil requis**	**Période**	**Durée**	**Coût USD**	**Source de financement**
Amélioration de la couverture par le traitement afin qu'au moins 90% des malades TB-MR/RR diagnostiqués en 2021 et 2022 et 100% de ceux qui sont diagnostiqués à partir de 2023 reçoivent un traitement de deuxième ligne et un suivi de qualité						
Recruter 1 consultant national pour la révision des documents techniques TB-MR/RR pendant 15 jours en l'An 3	Mettre à jour le guide technique de prise en charge de la tuberculose résistante en fonction des recommandations de l'OMS dans le cadre de la stratégie End TB, des standards internationaux de soins antituberculeux, de la politique du PNLAT, du contexte épidémiologique du pays ainsi que celui du système de santé, des ressources disponibles et de la capacité du PNLAT et du système de santé.	Expert programmatique TB, avec compétence dans la prise en charge programmatique de la tuberculose résistante	2023	15 jours	11881	FM

Objectif stratégique 6. Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLAT et de mobilisation des ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose dans un cadre multisectoriel						
Axe stratégique 6.1 : Renforcement des capacités de gestion de l'unité centrale						
Activité du PSN	**TDR**	**Profil requis**	**Période**	**Durée**	**Coût USD**	**Source de financement**
Renforcement du fonctionnement des services du programme et de l'assistance technique nationale et internationale de sorte qu'au moins 85% du budget disponible soit exécuté en 2025						
Elaborer/Actualiser un plan d'assistance technique pour le PNLAT de l'an 1 à l'an 5	Elaborer le plan d'assistance technique avec pour chaque activité d'assistance technique planifiée, les termes de référence, le profil de consultant requis, la période de mise en œuvre, la durée de l'assistance technique, le coût et la source de financement.	Expert programmatique TB	2021-2025	15 jours par plan	33465	
Recruter une assistance technique à long terme (1 programmatique et 1 labo) en l'an 1	1. Assurer une assistance technique au PNLAT en conformité avec la stratégie Mettre Fin à la Tuberculose notamment en	1.Expert programmatique	2021-2025	5 ans	960000	FM

	améliorant la capacité de l'équipe centrale et des équipes régionales; en assistant le PNLAT et les partenaires techniques dans l'élaboration des stratégies, des interventions et des directives techniques nationales et dans les actions de suivi, évaluation et recherche opérationnelle; et en assistant le PNLAT, les partenaires techniques et le FM dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des subventions. 2. Assister le PNLAT et le LNRM dans l'organisation du réseau de laboratoires, le processus d'assurance de la qualité, la gestion de la biosécurité, la formation du personnel, l'introduction de nouveaux outils de diagnostic recommandés par l'OMS, l'élaboration de directives techniques, la surveillance de la pharmacorésistance et la gestion de la relation avec les LSNR.	dans la lutte antituberculeuse. 2. Expert en laboratoires pour la tuberculose				
Solliciter une assistance technique du GDF et GLC une fois par an de l'An 1 à l'An 5 respectivement pour l'évaluation de la gestion pharmaceutique et la TB-MR.	1. (GLC) Assister le PNLAT et les centres de prise en charge de la TB- MR/RR dans la mise en place de procédures de prise en charge de qualité en matière de prévention (y compris la lutte contre l'infection), de diagnostic, de traitement et de soins en particulier le choix de régimes thérapeutiques adéquats, de suivi du traitement et de gestion des effets indésirables des médicaments; dans la gestion des contacts des malades TB MR; dans la gestion des médicaments de deuxième ligne notamment en matière de quantification des besoins; et dans le suivi du plan d'extension de la prise en charge de la TB-MR/RR. 2. (GDF) Evaluer la gestion des médicaments antituberculeux à travers tout le cycle de gestion depuis les prévisions des quantités de médicaments nécessaires à leur utilisation sur le terrain ; aider le PNLAT à déterminer les besoins en médicaments adultes, médicaments pédiatriques, médicaments nécessaires au traitement préventif et médicaments requis en formes séparées à utiliser en cas de survenue d'effets secondaires avec les formes combinées.	1. Expert dans la prise en charge programmatique de la tuberculose multirésistante 2.Expert dans la gestion des médicaments antituberculeux	2021-2025	9 jours par mission	13267	FM, GDF
Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration de la note conceptuelle (30J/par personne x 4 personnes) en l'An 3	Assister le PNLAT et le CCM dans l'élaboration de la note conceptuelle (facilitation du dialogue pays, facilitation des ateliers d'élaboration de la note conceptuelle, rédaction de la partie narrative de la note conceptuelle avec analyse de la situation et de la réponse, analyse des lacunes programmatiques et financières, description des capacités de mise en œuvre et du paysage financier du pays, description des stratégies de mise en œuvre et des activité), du budget et du cadre modulaire.	- Expert programmatique TB - Expert programmatique VIH - Expert GAS	2023	30 jours	64653	FM
Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour	Evaluer le DOTS communautaire dans sa conception, la politique suivie, la stratégie	Expert programmatique	2021	15 jours	16040	FM

évaluer l'efficacité de la mise en œuvre des activités DOTS Communautaire (15 J/ par personne x 1 consultant international et 1 national) l'An 1.	adoptée, la mise en œuvre, les résultats obtenus avec analyse des indicateurs pertinents et les mécanismes de suivi et évaluation.	TB avec compétence et expérience dans la mise en œuvre du DOTS communautaire				
Solliciter une assistance technique internationale pour l'élaboration de la base de données (data to care) du LNRM (15 jours, 1 consultant international) en l'An 1.	Elaborer la base de données « data to care » du LNRM en collaboration avec l'unité de suivi et évaluation du PNLAT en intégrant toutes les variables nécessaires à la gestion du LNRM et au calcul des indicateurs nécessaires au suivi et évaluation des activités du réseau de laboratoires	Expert en système d'information avec compétence en informatique et connaissance de la lutte antituberculeuse	2021	15 jours	13366	FM
Renforcement du système de suivi-évaluation de sorte qu'au moins 95% des rapports attendus soient reçus dans les délais, 95% des CDT et sites GeneXpert soient supervisés trimestriellement par le niveau régional et des recherches opérationnelles soient réalisées						
Elaborer en 2025 le Nouveau plan stratégique du PNLAT 2026 - 2030(Revue finale, Assistance technique,)	Elaborer le plan stratégique national TB (plan principal, plan de suivi et évaluation, plan d'assistance technique, budget) ; élaborer la feuille de route pour l'élaboration du PSN ; faciliter les ateliers d'élaboration du PSN TB en fournissant un appui technique sur la méthodologie et sur les différentes étapes d'élaboration du PSN TB.	-Expert programmatique TB -Expert en budget - Expert en suivi et évaluation	2025		95842	FM
Solliciter une assistance technique internationale pour l'élaboration du Tracker TB-MR en l'An 1 pendant 30 jours	Introduire dans le système DHIS2 un module de suivi pour les patients atteints de tuberculose MR/RR afin de suivre les patients tout au long de leur traitement et d'être en mesure d'informer les indicateurs en utilisant des données longitudinales. Le système doit permettre d'enregistrer les attributs et les éléments de données et les différentes étapes du programme: inscription; traitements antérieurs; phase de traitement; tests de sensibilité; suivi mensuel; résultats du traitement; transfert du patient. Le système doit générer à partir de données longitudinales des patients les indicateurs de détection, d'enrôlement, de résultats intermédiaires et de résultats finaux.	Expert en système d'information avec compétence en informatique et connaissance de la lutte antituberculeuse	2021	30 jours	51980	FM
Développer un système d'information en connexion avec le DHIS2 et de transmission électronique des données de laboratoire vers les cliniciens, LNRM, le PNLAT et les sites GeneXpert (Data to care)	Développer un système d'information avec interopérabilité permettant d'une part la connexion avec le DHIS2 (connexion du LNRM, le PNLAT, les cliniciens et les sites GeneXpert) et d'autre part la transmission électronique des résultats de laboratoire aux prescripteurs, au PNLAT et aux malades.	Expert en système d'information avec compétence en informatique et connaissance de la lutte antituberculeuse			49505	FM
Renforcement de la communication du PNLAT pour une meilleure visibilité des activités						
Elaborer un plan national de communication pour la TB (y compris l'assistance technique) L'An 1	Elaborer un plan national de communication en se basant sur l'analyse de la situation de la tuberculose et de la réponse à la maladie et sur l'analyse des lacunes programmatiques. Le plan doit comporter une analyse de la situation, les buts, les objectifs, les interventions, les activités et les mécanismes de suivi et évaluation y compris les indicateurs, et le budget.	Expert en communication avec connaissances sur la lutte antituberculeuse	2021		6337	FM

Objectif stratégique 9 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de promotion de l'approche d'égalité des sexes et de droits humains dans la prévention, les soins et le soutien aux malades TB et aux personnes affectées par la TB.						
Axe stratégique 9.1 : Intégration du genre/inclusion et des droits humains dans la lutte contre la TB						
Activité du PSN	**TDR**	**Profil requis**	**Période**	**Durée**	**Coût USD**	**Source de financement**
Introduction de l'analyse genre/inclusion et droits humains dans la lutte contre la TB						
Recruter des personnes ressources compétentes sur l'égalité des genres pour mener une analyse à l'échelle nationale dans la lutte contre la TB (Cabinet/consultant international avec équipe nationale) – à l'an 1 + l'an 4 (étude d'évaluation des indicateurs d'égalité de sexes et droits humains)	Mener dans le cadre de la lutte contre la TB une évaluation de la situation avec analyse à l'échelle nationale des indicateurs d'égalité de sexes et droits humains	Personnes ressources expertes en matière d'égalité des genres	2021 et 2024		64653	FM

RESUME DU BUDGET

Résumé du budget	2021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total en USD	%
Pilier 1: Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient	5 247 600	3 721 323	3 543 314	3 618 860	3 834 858	19 965 956	**62,36%**
Objectif stratégique 1 :Améliorer la détection des cas de tuberculose toutes formes et atteindre un taux de notification des cas toutes formes confondues	3 630 890	2 122 867	1 961 861	1 923 149	2 159 602	11 798 370	**36,85%**
Axe stratégique 1.1: Renforcement de la capacité et de la qualité du diagnostic de la tuberculose et intensifier le dépistage parmi les populations vulnérables et les groupes à risque	3 615 604	2 122 433	1 961 427	1 922 715	2 159 167	11 781 345	**36,80%**
Intervention stratégique 1.1.1 : Amélioration du dépistage de la TB pour le rendre accessible dans tout le pays	2 790 187	1 665 516	1 627 085	1 277 712	1 838 940	9 199 439	**28,74%**
Intervention stratégique 1.1.2: Dépistage de la tuberculose parmi les populations vulnérables et groupes à risque	512 501	225 269	121 614	128 746	109 743	1 097 873	**3,43%**
Intervention stratégique 1.1.3: Renforcement des capacités du réseau de laboratoires pour qu'au moins 95% des résultats de microscopie et des tests rapides Xpert MTB/RIF soient rendus dans les 48 heures au prescripteur	290 153	201 630	189 047	485 293	185 829	1 351 953	**4,22%**
Intervention stratégique 1.1.4: Intensification du dépistage et amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les enfants afin que le nombre de cas de tuberculose dépistés et traités parmi les enfants de 0-14 ans augmente d'au moins 2% par an	23 197	30 452	24 116	31 398	25 090	134 253	**0,42%**
Objectif stratégique 2 . Maintenir le taux de succès du traitement à au moins 90% de 2021 à 2025	724 660	768 391	815 223	865 386	919 109	4 092 770	**12,78%**
Axe stratégique 2.1 : Traitement de tous les malades de la tuberculose sans discrimination avec soutien	739 512	768 391	815 223	865 386	919 109	4 107 621	**12,83%**

Résumé du budget	2021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total en USD	%
Intervention stratégique 2.1.1 : les malades tuberculeux reçoivent des soins de qualité de sorte que le taux de perdus de vue et de transférés est réduit à 6% en 2020	739 512	768 391	815 223	865 386	919 109	4 107 621	**12,83%**
Objectif stratégique 3: Maintenir la couverture du traitement par les ARV à au moins 95% et la couverture du traitement par le cotrimoxazole à au moins 97% chez les patients coinfectés TB/VIH	126 878	63 482	63 661	96 543	23 246	373 810	**1,17%**
Axe stratégique 3.1 : Coïnfection TB/VIH et diabète et prise en charge des comorbidités	126 878	63 482	63 661	96 543	23 246	373 810	**1,17%**
Intervention stratégique 3.1.1 : la prise en charge de la TB et du VIH est intégrée dans 200 sites CDT de 2012 en 2025	96 587	60 036	60 215	83 519	19 801	320 158	**1,00%**
Intervention stratégique 3.1.2 : Prise en charge de la tuberculose chez les diabétiques	30 291	3 446	3 446	13 024	3 446	53 652	**0,17%**
Objectif stratégique 4: Assurer l'adhésion au traitement préventif à 50% des personnes à haut risque identifiées éligibles d'ici 2025	62 121	113 216	71 263	76 725	83 133	406 457	**1,27%**
Axe stratégique 4.1. Traitement préventif (chimioprophylaxie) des personnes éligibles parmi les groupes à risque identifiés	36 333	40 600	45 470	50 929	57 037	230 367	**0,72%**
Intervention stratégique 4.1.1 : Mise sous traitement préventif des personnes éligibles des groupes à risque identifiés avec suivi de l'adhésion au traitement et utilisation de registres et d'autres outils de gestion de l'information	36 333	40 600	45 470	50 929	57 037	230 367	**0,72%**
Axe stratégique 4.2. Mesures de prévention de l'infection dans les structures de prise en charge et de diagnostic de la tuberculose	25 788	72 617	25 793	25 796	26 096	176 090	**0,55%**
Intervention stratégique 4.2.1 : Intégration de mesures de prévention de l'infection dans les 150 sites CDT, les laboratoires et toutes les autres structures de soins de la tuberculose	25 788	72 617	25 793	25 796	26 096	176 090	**0,55%**

Résumé du budget	2021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total en USD	%
Objectif stratégique 5 : Traiter avec succès au moins 80% des malades TB-MR/RR	703 052	653 366	631 306	657 057	649 768	3 294 549	**10,29%**
Axe stratégique 5.1 : Traitement de tous les malades de la tuberculose pharmacorésistante avec soutien	703 052	653 366	631 306	657 057	649 768	3 294 549	**10,29%**
Intervention stratégique 5.1.1 : au moins 90% des malades TB-RR/MR diagnostiqués en 2021/2022 et 100% à partir de 2023 reçoivent un traitement de deuxième ligne et un suivi de qualité	703 052	653 366	631 306	657 057	649 768	3 294 549	**10,29%**
Pilier 2: Politiques audacieuses et systèmes de soutien	2 875 328	3 300 799	2 055 027	1 643 607	1 619 129	11 493 890	**35,90%**
Objectif stratégique 6 : Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLAT et de mobilisation des ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose dans un cadre multisectoriel	2 263 222	1 924 828	1 619 236	1 253 801	1 232 084	8 293 171	**25,90%**
Axe stratégique: 6.1. Renforcement des capacités de gestion de l'unité centrale	2 253 935	1 920 204	1 614 612	1 249 178	1 227 461	8 265 389	**25,82%**
Intervention stratégique 6.1.1 : Le fonctionnement des services du programme et l'assistance technique nationale et internationale sont garantis de sorte qu'au moins 85% du budget disponible est exécuté en 2025	1 233 688	1 106 115	806 185	673 073	555 944	4 375 004	**13,67%**
Intervention stratégique : 6.1.2. Le système de gestion des médicaments antituberculeux est renforcé et moins de 5% des CDT présentent une rupture de stock	288 239	180 255	174 413	108 864	102 403	854 174	**2,67%**
Intervention stratégique 6.1.3. Le plan de développement des ressources humaines est mis en œuvre de sorte qu'au moins 80% des activités programmatiques planifiées dans le PAO sont réalisées à partir de 2024.	95 867	164 520	161 550	97 451	74 778	594 166	**1,86%**
Intervention stratégique 6.1.4: Le système de suivi-évaluation est renforcé, et des recherches opérationnelles sont réalisées	576 364	443 905	443 351	342 954	468 253	2 274 827	**7,11%**

Résumé du budget	2021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total en USD	%
Intervention stratégique 6.1.5: Des partenariats sont développés avec des structures de prise en charge de la malnutrition, des structures parapubliques (Ministère de la Défense, la Justice…) et structures privées à but lucratif et non lucratif.	16 717	18 142	21 846	19 568	18 816	95 089	**0,30%**
Intervention stratégique 6.1.6: Renforcement de la communication du PNLAT pour une meilleure visibilité des activités	43 061	7 267	7 267	7 267	7 267	72 130	**0,23%**
Axe stratégique: 6.2. Protection sociale, lutte contre la pauvreté et actions sur les déterminants non médicaux de la tuberculose	5 683	3 564	3 564	3 564	3 564	19 941	**0,06%**
Intervention stratégique 6.2.1. Mise en place des lois de protection sociale pour les malades tuberculeux, pharmaco sensibles démunis y compris l'assistance nutritionnelle et rendre fonctionnelle la flotte telephonique	5 683	3 564	3 564	3 564	3 564	19 941	**0,06%**
Axe stratégique: 6.3. Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention	3 604	1 059	1 059	1 059	1 059	7 842	**0,02%**
Intervention stratégique 6.3.1. Mise en place de mécanismes de financement innovants	3 604	1 059	1 059	1 059	1 059	7 842	**0,02%**
Objectif stratégique 7: Etendre et renforcer le DOTS communautaire de sorte qu'au moins 15% des cas de tuberculose notifiés proviennent d'une référence par un relai communautaire	612 105	1 375 971	435 792	389 806	387 045	3 200 719	**10,00%**
Axe stratégique : 7.1. Extension géographique du DOTS communautaire aux 12 districts sanitaires	168 371	553 624	43 416	0	0	765 410	**2,39%**
Intervention stratégique 7.1.1 Etendre le DOTS communautaire aux 12 Préfectures restantes de l'An 1 à l'An 5	168 371	553 624	43 416	0	0	765 410	**2,39%**

Résumé du budget	2021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total en USD	%
Axe stratégique : 7.2. Renforcement des activités du DOTS communautaire	443 735	822 348	392 376	389 806	387 045	2 435 309	**7,61%**
Intervention stratégique 7.2.1. Cadre institutionnel pour les interventions communautaires	126 045	463 775	120 840	120 840	120 840	952 341	**2,97%**
Intervention stratégique 7.2.2. Plaidoyer pour les interventions communautaires	21 140	16 961	16 961	16 961	16 961	88 983	**0,28%**
Intervention stratégique 7.2.3. Communication pour le changement de comportement /proximité pour les interventions communautaires	56 560	75 268	7 946	7 946	5 185	152 905	**0,48%**
Intervention stratégique 7.2.4. Communication pour le changement de comportement /mass média pour les interventions communautaires	495	21 138	18 761	18 761	18 761	77 915	**0,24%**
Intervention stratégique 7.2.5. Mobilisation sociale pour les interventions communautaires	85 446	85 446	85 446	85 446	85 446	427 228	**1,33%**
Intervention stratégique 7.2.6. Amélioration des activités de lutte contre la tuberculose dans les fumoirs	25 079	25 079	25 079	25 079	25 079	125 393	**0,39%**
Intervention stratégique 7.2.7. Amélioration des activités de lutte contre la tuberculose dans les Prisons avec une approche intégrée TB/VIH	10 580	10 580	8 010	5 441	5 441	40 052	**0,13%**
Intervention stratégique 7.2.8. Amélioration des activités de lutte contre la tuberculose dans les écoles, lycées et collèges dans les 14 Préfectures enclavées.	14 107	19 818	5 050	5 050	5 050	49 074	**0,15%**
Intervention stratégique 7.2.9. Implication des tradipraticiens dans les activités de lutte contre la tuberculose par le référencement des cas présumés de tuberculose (stratégie échelonnée avec phase pilote en Haute Guinée).	104 283	104 283	104 283	104 283	104 283	521 417	**1,63%**
Pilier 3: Intensification de la recherche et de l'innovation	204 749	136 158	87 565	82 764	45 437	556 673	**1,74%**
Objectif stratégique 8 : Promouvoir la recherche	96 711	96 711	66 711	36 711	31 711	328 554	**1,03%**

Résumé du budget	2021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total en USD	%
Axe stratégique 8.1 : Renforcement de la recherche afin de maintenir le nombre d'études de recherche opérationnelle à au moins 3 par an	96 711	96 711	66 711	36 711	31 711	328 554	**1,03%**
Intervention stratégique 8.1.1: Conduite d'études pour résoudre les problèmes identifiés dans la lutte contre la tuberculose	96 711	96 711	66 711	36 711	31 711	328 554	**1,03%**
Objectif stratégique 9 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention, de soins et de soutien antituberculeux ciblant les besoins spécifiques des personnes vulnérables à cause de leur genre	108 038	39 447	20 854	46 053	13 726	228 118	**0,71%**
Axe stratégique: 9.1. Intégration du genre/inclusion et les droits humains dans la lutte contre la TB	108 038	39 447	20 854	46 053	13 726	228 118	**0,71%**
Intervention stratégique 9.1.1 : Analyse genre/inclusion et les droits humains dans la lutte contre la TB.	49 768	0	0	32 327	0	82 095	**0,26%**
Intervention stratégique 9.1.2 : Renforcement des capacités du PNLAT, personnel de santé et autres acteurs impliqués dans la lutte contre la TB, sur le genre/inclusion et les droits humains	53 794	28 290	14 242	7 114	7 114	110 554	**0,35%**
Intervention stratégique 9.1.3 . Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires	4 476	4 098	385	385	385	9 728	**0,03%**
Intervention stratégique 9.1.4. Renforcement de la participation des hommes et les femmes, y compris les jeunes filles, qui sont affectés et infectés par la TB/VIH dans une gestion et la gouvernance de la lutte contre de la TB	0	7 059	6 228	6 228	6 228	25 742	**0,08%**
Total en USD	**8 327 243**	**7 157 845**	**5 685 472**	**5 344 796**	**5 498 990**	**32 014 346**	**100,00%**

ANNEXES

1. Annexe 1 Feuille de route

Activité	2019	Nov 19	Dec 19	2020	Responsable	Détails
Analyse épidémiologique	10/2-30/4				PNLAT, OMS	
Revue interne	Mai					
Téléconférence skype		13			Expertise FR	Experts, PNLAT
Revue des documents de base		14-			PNLAT	
Prise de contact; briefing des experts ; calendrier/programme		19			MS partenaires	
Analyse de la situation						
• Caractéristiques du pays ; contexte sanitaire ; analyse de la charge de la tuberculose ; situation en matière de VIHA SIDA ; tuberculose pharmacorésistante ; organisation du programme national de lutte contre la tuberculose ; résultats des politiques de lutte contre la tuberculose mises en œuvre à ce jour		20-			Comité de rédaction ; experts internationaux	A partir des documents de base et entretiens avec responsables du PNLAT et du ministère
• Analyse des forces et faiblesses, opportunités et menaces		21	10		Equipes + Experts internationaux	Atelier d'élaboration du Draft1 du PSN 21-30/11 Travail à distance des consultants (revue et consolidation) 2-10/12
• Analyse des lacunes du programme		21	10			
But et objectifs		21	20		Equipes + Experts internationaux Séance de lecture par ministère de la santé publique et partenaires	Atelier d'élaboration du Draft1 du PSN 21-30/11 Travail à distance des consultants (revue et consolidation) 2-10/12 Séances de relecture du Draft1 du PSN 11-13/12 Atelier d'élaboration du Draft2 du PSN 15-20/12
Identification des interventions et activités stratégiques à mettre en œuvre		21	20			
Plan opérationnel		21	20			
Plan GAS		21	20			
Plan de suivi évaluation		21	20			
Budget		21	20			
Atelier de validation du PSN				26/2	MS partenaires	
Edition et diffusion du PSN				Mars		

2. Annexe 2 participants au processus du développement du PSN TB