



## Adaptation des stratégies de l'organisation mondiale de la santé pour la lutte contre la tuberculose en République Démocratique du Congo : une revue narrative de 1990 à 2024

[Adjustment of the WHO orientations of the fighting against tuberculosis strategies by the Democratic Republic of Congo: narrative review in 1990 to 2024]

Catherine Marie Nomopuane<sup>1\*</sup>, Félicien Tshimungu Kandolo<sup>1</sup>, Félicien Ilunga Ilunga<sup>1,3</sup> & Gerard Eloko Eya<sup>2</sup>, Armand Bongongo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kisangani, République Démocratique du Congo

<sup>2</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo

<sup>3</sup>Université Officielle de Mbuji Mayi, République Démocratique du Congo

<sup>4</sup>Université de Kisangani, République Démocratique du Congo

### Résumé

La tuberculose est une maladie infectieuse à transmission interhumaine qui a touché 10,8 millions de personnes en 2023 dont 1,25 million de décès. Etant curable et évitable, l'Organisation Mondiale de la Santé s'est lancée dans son contrôle depuis 1990 après le constat de l'augmentation de son incidence sous l'influence du virus immunodéficience humaine. En 1993, elle la déclare « urgence mondiale de santé publique ». Elle va ensuite lancer successivement les stratégies Directly Observed Treatment Short course en 1994, Halte à la tuberculose de 2001 à 2015 et Mettre fin à la tuberculose à 2014 pour la période après 2015. Chaque pays est appelé à adapter les orientations de l'Organisation Mondiale de la Santé selon son contexte. Dans l'objectif d'examiner l'adaptation de ces orientations par la République Démocratique du Congo, qui est l'un des pays à forte incidence de Tuberculose Pharmaco sensible et résistante avec une prévalence élevée du Virus Immunodéficience humaine, cette revue documentaire est réalisée et a trouvé que le pays a adapté ces orientations dans son contexte d'insécurité et de pauvreté en organisant la lutte depuis 1981. Elle a mis en œuvre toutes les stratégies en temps mais a déclaré la tuberculose « grande urgence nationale de santé publique » seulement en 2006. Le contrôle de la maladie est pourtant défié par le manque de ressources et l'écart élevé entre l'incidence estimée pour le pays et celle notifiée.

**Mots-clés** : Tuberculose, Stratégies de l'OMS, République Démocratique du Congo, PNLT, Adaptation des politiques de santé.

### Abstract

Tuberculosis (TB) remains a major global public health challenge, with 10.8 million cases and 1.25 million deaths reported in 2023. Since declaring TB a global public health emergency in 1993, the World Health Organization (WHO) has implemented successive control strategies, including DOTS, the stop TB strategy, and the End TB strategy. Each country is expected to adapt these frameworks to its specific context. This narrative review analyzes how the DRC, a high TB and HIV burden country, has adapted WHO TB control strategies overtime. A documentary review of WHO reports, national TB program documents, and scientific literature was conducted. Findings show that DRC progressively integrated who strategies into its national tuberculosis control program despite prolonged insecurity, limited domestic funding, and health system weaknesses. However, significant gaps remain, particularly regarding sustainable financing, laboratory capacity, and the discrepancy between estimated and notified incidence. Strengthening political commitment, domestic resource mobilization, and community-based approaches is essential for accelerating progress toward End TB target in the DRC.

**Keywords**: Tuberculosis, WHO strategies, End TB, Democratic Republic of Congo, National TB program, health policy adaptation.

\*Auteur correspondant : Catherine Marie Nomopuane, ([catherinenomopwa@gmail.com](mailto:catherinenomopwa@gmail.com)). Tél. : (+243) 998681140

<https://orcid.org/0009-0003-5567-9882> Reçu le 11/02/2026 ; Révisé le 06/03/2026 ; Accepté le 30/03/2026

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.026.v5.i1.253>

Copyright: ©2026 Nomopuane et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

## 1. Introduction

La tuberculose (TB) demeure un problème préoccupant en santé publique dans le monde, et en République Démocratique du Congo (RDC), eu égard à son incidence et à sa mortalité toujours élevées (OMS Afro, 2016). Un nouveau rapport de l'OMS sur la tuberculose indique : « qu'environ 8,2 millions de nouveaux cas de tuberculose ont été diagnostiqués en 2023 ; soit le nombre le plus élevé jamais enregistré depuis que l'OMS a commencé son suivi de la tuberculose dans le monde en 1995. Il s'agit d'une augmentation notable par rapport aux 7,5 millions de cas signalés en 2022 » (OMS, 2024). En 2023, plus de 260000 cas de tuberculose ont été recensés en RDC, sans pourtant refléter la réalité selon le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). La stigmatisation, le diagnostic tardif et l'éloignement des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) constituent des défis à la lutte dans le pays (OMS Afro, 2024). Pourtant, l'OMS est encouragée par les caractéristiques de guérissable et d'évitable de la maladie (découverte des antituberculeux et Vaccin BCG) (Stoptbpartnership & OMS, 2010), et a évolué à travers étapes, stratégies et plans depuis la déclaration de la tuberculose « urgence mondiale de santé publique » jusqu'à la proposition de son élimination d'ici 2035. A travers différents jalons et cibles, elle examine et évalue l'avancement de la stratégie. Au regard de cette augmentation de l'incidence et de la mortalité de la tuberculose à 10 ans avant la cible de la stratégie de l'OMS, mettre fin à la tuberculose d'ici 2035, d'aucun ne se demande sur la certitude de l'atteinte de cette cible. L'OMS et ses partenaires donnent des orientations et des recommandations à l'échelle mondiale pour être adaptées par les régions et les Etats membres en fonctions de leurs contextes respectifs (OMS Afro, 2016).

A la différence d'Agbota et al. (2022) qui ont fait une revue générale de la littérature sur les perspectives d'élimination de la tuberculose : la stratégie OMS à l'épreuve de la pandémie de covid-19, nous présentons une revue générale de l'évolution du contrôle de la tuberculose depuis sa déclaration comme urgence mondiale en santé publique jusqu'à nos jours sur base de la littérature riche de l'OMS et ses partenaires afin d'y associer les différentes adaptations que la RDC en a faites à travers son PLNT, selon l'esprit du cadre pour la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS soutenant l'adoption de celle-ci dans les pays de la Région, en fonction de leurs contexte particuliers

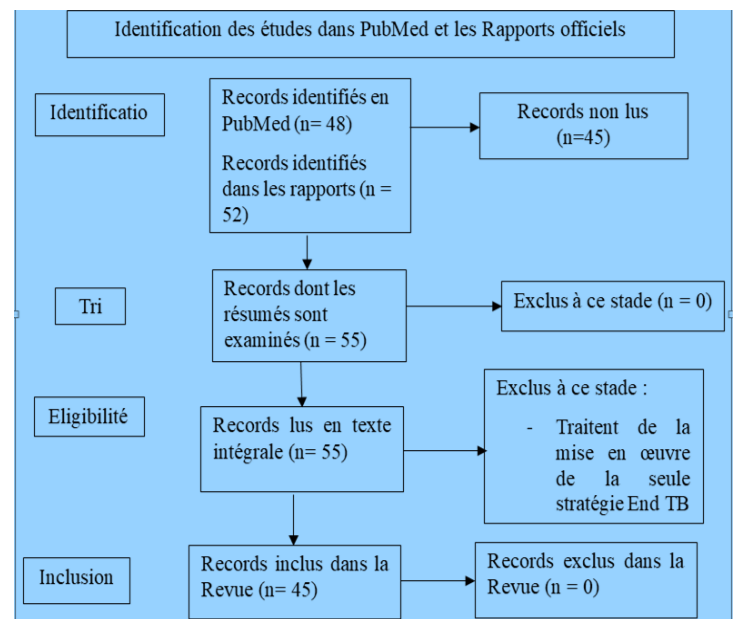
(OMS Afro, 2016). de l'OMS, quant elle, a évolué dans la lutte de la TB depuis 1993, lorsque l'OMS l'a déclarée « urgence mondiale de santé publique » (OMS Afro, 2016).

En 1993, L'OMS déclare la tuberculose « Urgence mondiale de la santé publique » et met fin à une longue période d'indifférence planétaire (OMS Afro, 2010). La Région Africaine de l'OMS l'a reconnue à la même année et en a fait le début du lancement des activités de lutte.

## 2. Matériel et méthodes

### 2.1.1. Matériels

Nous avons consulté les articles dans la base de données PubMed, les rapports officiels de l'OMS, de son bureau de l'Afrique, des organisations œuvrant dans le secteur de la santé, les différents plans de développement sanitaire de la RDC, les 6 guides de prise en charge de la tuberculose (PATI) du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose (PNLT/RDC). Nous avons exclu de la revue, les documents traitants des adaptations des stratégies de l'OMS pour d'autres maladies que la tuberculose et le VIH ainsi ceux traitant de la mise en œuvre de la stratégie End TB comme présenté à la figure 1.



### 2.2. Méthodes

#### 2.2.1. Evolution des stratégies de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte contre la tuberculose

Cette partie porte sur une évolution historique des étapes de la lutte contre la tuberculose (TB) de 1990 à nos jours. (Moser & Kalton, 2017).

### 2.2.2. Tuberculose, urgence mondiale de santé publique

L'impact de l'épidémie du VIH sur la recrudescence de cas de la TB en 1990 a motivé l'action de l'OMS sur la TB ([stoptbpartnership & OMS, 2010](#)). La Région Africaine de l'OMS, quant elle, a évolué dans la lutte de la TB depuis 1993, lorsque l'OMS l'a déclarée « urgence mondiale de santé publique » ([OMS Afro, 2016](#)).

En 1993, L'OMS déclare la tuberculose « Urgence mondiale de la santé publique » et met fin à une longue période d'indifférence planétaire ([OMS Afro, 2010](#)). La Région Africaine de l'OMS l'a reconnue à la même année et en a fait le début du lancement des activités de lutte.

### 2.2.3. La stratégie DOTS

En 1995, l'OMS lance la stratégie DOTS (Directly Observed Therapy Short course) mise au point par Dr Karel Styblo, avec comme clefs essentielles, « la supervision de la prise des médicaments par le patient. Elle rend rapidement non infectieux les cas infectieux et brise le cycle de transmission. Elle évite également l'apparition de souches pharmacorésistantes souvent mortelles et dont le traitement est près de 100 fois plus coûteuses » ([OMS, 1999](#)).

Elle est battue sur cinq composantes qui ont évolués avec l'élargissement du cadre de la stratégie : « a) engagement des pouvoirs publics afin d'accroître les ressources humaines et financières et de développer un programme antituberculeux qui couvre l'ensemble du territoire et constitue une activité permanente du système de santé national ; b) accès à un dépistage de qualité par l'examen au microscope des frottis de crachats pour détecter les cas parmi les personnes qui se présentent avec (ou chez lesquelles on a décelé) des symptômes évoquant une TB (en particulier une toux persistante).

Une attention particulière doit être accordée au dépistage des cas chez les personnes infectées par le VIH ainsi que d'autres groupes à haut risque, par exemple les personnes vivant en institution ; c) application d'une chimiothérapie standardisée de brève durée pour tous les cas de TB confirmés, dans des conditions optimales de prise en charge qui comprennent la surveillance directe du traitement. Des conditions optimales de prise en charge impliquent l'existence de services de soins qui soient techniquement satisfaisants et qui apportent un soutien social aux patients ; d) approvisionnement régulier et

ininterrompu en médicaments de qualité garantie, avec des systèmes fiables d'achat et de distribution ; e) mise en place d'un système d'enregistrement et de notification permettant une évaluation des résultats du traitement pour chaque patient et du programme de lutte antituberculeuse dans son ensemble » ([stoptbpartnership & OMS, 2006](#)).

### 2.2.4. La Stratégie Halte à la tuberculose

En 2000, le partenariat Halte à la TB fut approuvé par la conférence ministérielle de haut niveau réunissant les ministres de santé et des Finances des 20 pays à plus forte charge de morbidité tuberculeuse dans la déclaration d'Amsterdam ([OMS, 2003](#)). Ce partenariat programme s'est transformé en plan mondial et lancé en trois phases : Le premier Plan Mondial Halte à la TB 2001- 2005 est un mouvement mondial pour accélérer l'action sociale et politique afin d'enrayer la progression de la TB dans le monde.

Le deuxième Plan Mondial Halte à la TB 2006-2015 a réalisé des activités avec impact sur la réduction de l'incidence de la tuberculose conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et aux objectifs du partenariat pour 2015 : réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose par rapport aux valeurs de référence de 1990 et à long terme, d'ici 2050 faire en sorte que la TB ne soit plus un problème mondial de santé publique. Les six principaux éléments de cette stratégie sont :

« 1) poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité ; 2) combattre la coïnfection TB-VIH, la TBMR et autres problèmes ; 3) contribuer au renforcement des systèmes de santé ; 4) faire participer tous les prestataires de soins ; 5) donner les moyens d'agir aux malades et aux communautés et ; 6) favoriser et promouvoir la recherche » ([stoptbpartnership & OMS, 2006](#)). En plus de ces éléments s'ajoutent des orientations sur l'éthique en matière de prévention, de soins et de lutte contre la TB. Le groupe spécialisé de l'OMS sur cette question est fondé en août 2008 suite à l'enfermement imposé aux patients TB/PR et TB/UR dans l'objectif d'aider les gouvernements, leurs PNLT, les prestataires de services, les responsables politiques, la société civile et d'autres parties intéressées à mettre en place des efforts de prévention, de soins et de lutte contre la TB d'une manière respectant l'éthique ([OMS, 2011](#)).

Le troisième Plan Mondial Halte à la TB 2011-2015 est l'évaluation mi parcours du plan précédant 2006-2015. Il expose les voies d'atteindre des cibles

fixées pour 2015 dans le cadre des OMD et du partenariat en deux composantes : La composante mise en œuvre se fait à quatre volets principaux : « extension et renforcement du DOTS, la TB résistante aux médicaments, la coinfection TB/VIH et le renforcement des laboratoires. La composante recherche et développement passe à travers cinq volets principaux : la recherche fondamentale, les nouveaux produits diagnostiques, les nouveaux médicaments, les nouveaux vaccins et la recherche opérationnelle » ([stoptbpartnership & OMS, 2010](#)).

#### 2.2.5. La stratégie Mettre fin à la tuberculose

Le troisième Plan Mondial Halte à la TB va se transformer à une nouvelle stratégie dénommée « stratégie mondiale de l'OMS pour mettre fin à la TB ou End TB ». En novembre 2013, la 134<sup>ème</sup> session de l'Assemblée Mondiale de la santé (AMS) a préparé, d'une manière consultative et collaborative, sous le groupe consultatif et technique de l'OMS pour la TB (STAG-TB), la base de la nouvelle stratégie mondiale de l'OMS : « Mettre fin à la TB d'ici 2035 » en fixant des nouvelles cibles internationales pour l'après 2015 ([OMS, 2013](#)).

La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la TB était adoptée par l'AMS en 2014 et approuvée par plusieurs Comités régionaux de l'OMS en 2015, ainsi que la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies d'inclure une cible relative à la fin de l'épidémie de TB dans l'objectif 3 de développement durable relatif à la santé en septembre 2015 ([OMS, 2016](#)).

Avec la vision d'un monde sans tuberculose, le but de la stratégie est de mettre fin à l'épidémie mondiale de la TB. Elle poursuit des indicateurs avec objectifs intermédiaires et cibles pour 2020, 2025, 2030 et 2035. Elle exige quatre principes et est basée sur trois piliers avec des composantes ([OMS, 2016](#)).

La stratégie Mettre fin à la TB s'est déclinée en trois plans mondiaux pour l'élimination de la TB. « Le premier plan est celui de 2016-2020 qui parle d'un changement de paradigme et trace trois nouveaux objectifs ambitieux – 90- (90) -90 pour orienter les plans nationaux vers une forte augmentation des efforts pour éliminer la TB. Ces objectifs sont inspirés de la déclaration de 2014 des ministres de santé des pays BRICS (Brésil, Roussie, Inde, Chine, Afrique du Sud) ainsi que des objectifs de l'ONUSIDA pour le VIH/SIDA et se concentrent sur les personnes atteintes de la TB. Ce plan présente deux scénarios pour augmenter les investissements afin d'atteindre les objectifs : le scénario accéléré exigeant d'importants investissements initiaux avec des financements totaux

moins importants sur toute la période de cinq ans et un impact accru, tandis que le scénario standard nécessite plus de financement sur cinq ans et aurait un impact inférieur. Compte tenu de ses avantages : plusieurs vies sauvées, milliers de dollars en bénéfices économiques, le rapport coût efficacité des investissements concentrés au début de la période, le plan mondial recommande les objectifs 90 (90) 90 selon le scénario accéléré d'ici 2020 et propose un changement de direction en 8 points essentiels et trois outils à développés » ([OMS, 2016](#)).

Le deuxième plan s'étendant sur la période 2018-2022 est une mise en jour du premier, il appelle à une action aux plus hauts niveaux politiques conduisant à la réunion de haut niveau des Nations Unies (UN HLM) sur la TB en septembre 2018 qui a donné lieu à une déclaration approuvée par les dirigeants mondiaux et qui comprend des objectifs ambitieux s'appuyant sur la volonté politique pour augmenter le financement de la tuberculose à 15 milliards de dollars américains par an et le leadership des politiques, le partenariat complet et la collaboration totale des personnes touchées par la TB sous une approche fondée sur les droits humains et la couverture santé universelle incluant les communautés dans les prises des décisions de la planification, la mise en œuvre et le suivi de la lutte contre la TB. Son premier objectif est de diagnostiquer et traiter 40 millions de personnes atteintes de tuberculose d'ici 2022 complété par six objectifs spécifiques d'UN HLM ([Nations Unies, s. d.](#)).

Le troisième plan mondial 2023-2030 est un plan d'investissement visant à mettre fin à la TB comme problème de santé publique d'ici 2030. Selon ce plan, « les pays qui vont mettre en œuvre les mesures prioritaires du plan mondial produiraient un rendement global de 40 dollars pour chaque dollar investi et 59 dollars pour chaque dollar investi dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les bénéfices s'accumulant jusqu'en 2050. Tandis que les pays qui resteront dans l'inactivité en poursuivant la tendance actuelle entre 2023 et 2030, ils paieront le coût de cette inactivité par 43 millions de personnes supplémentaires développant la TB et 6,6 millions de personnes supplémentaires en mourront pour un coût économique mondial de 1000 milliards de dollars » ([Stoptbpartnership UNOPS](#)).

L'OMS Afrique, dans sa 66<sup>ème</sup> session donne des orientations pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose dans la région et soutien son adaptation et sa mise en œuvre dans les pays en fonction de leurs contextes

particuliers. Le comité régional présente la vision, le but, les objectifs et les cibles conformément à ceux du niveau mondial adapter à l'Afrique. Les objectifs et les cibles pour 2016-2020 consistent « à réduire de 35% le nombre de décès par la TB (par rapport à 2015) ; réduire de 20% le taux d'incidence de la TB (par rapport à 2015) et faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques dus à la TB. Il reprend les principes suivants : 1) tutelle des pouvoirs publics, obligation de rendre des comptes ; 2) solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés ; 3) protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité ; 4) et adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays doublée d'une collaboration régionale mondiale » (OMS Afro, 2016).

Le Fond Mondial International (PATH-DRC, IHME, PATH, 2020) affirme que depuis 2008, les budgets programmes successifs ont été exécutés dans un contexte de crise financière et économique mondiale qui a eu un impact négatif sur les conditions socioéconomiques et le financement de santé par les pays et les partenaires internationaux. La majorité des pays n'ont pas encore atteint la cible d'Abudja (Union Africaine, 2006), qui est d'allouer 15% du budget national à la santé.

### 3. Résultats

#### 3.1. Adaptation de ces stratégies de l'OMS.

##### 3.1.1. Tuberculose, urgence mondiale de santé publique

La RDC a commencé un contrôle organisé de la TB depuis 1981 par le lancement de son premier Programme Antituberculeux Intégré aux soins de santé primaire (PATI 1) avec comme objectifs : « dépister chaque année au moins 90% des nouveaux cas de TB pulmonaire bacillifère, assurer un traitement efficace et standardisé à au moins 90% des cas dépistés, protéger au moins 90% des enfants nés chaque année par la vaccination au BCG et revacciner au moins 90% des enfants entre 5 et 7 ans. En 1986, PATI 2 reprend le schéma thérapeutique de 12 mois dont deux mois de phase intensive avec la streptomycine, l'isoniazide et thiacétazone. La Rifampicine combinée à l'isoniazide était utilisée de manière standard uniquement pour les cas de retraitement. Depuis cette édition les interventions de lutte contre la TB sont intégrées au paquet minimum d'activités » (Ministère de la Santé Publique, 2017). La RDC va reconnaître la tuberculose

comme urgence de santé publique seulement à 2006 (Ministère de la Santé Publique, 2017).

##### 3.1.2. La stratégie DOTS.

PATI 3 en 1996 (Ministère de la santé Publique, 2017) en prônant « le diagnostic par la microscopie à l'aide de la coloration de Ziehl-Neelsen à froid, le traitement court à la Rifampicine standardisé et le schéma de la quadruple association en phase intensive pour les nouveaux cas. La combinaison Ethambutol et isoniazide était administrée en phase de continuation et la streptomycine était réservée pour les malades en retraitement » (Ministère de la Santé Publique, 2017).

##### 3.1.3. La Stratégie Halte à la tuberculose

La RDC a élaboré son PATI 4 en 2008 conformément aux lignes directrices du deuxième plan Halte à la TB. L'accent était mis sur la microscopie à l'aide de la coloration Ziehl-Neelsen à chaud et la coloration à l'auramine, la prise en compte de l'infection à VIH avec un algorithme décisionnel plus court en cas de confirmation, et le changement thérapeutique pour la phase de continuation avec 4 mois Rifampicine R et Isoniazide (H) et un schéma unique pour les catégories 1 et 3 (Ministère de la Santé Publique, 2017). Le ministre de la santé publique a fait une déclaration de soutien au plan Halte à la tuberculose (stoptbpartnership & OMS, 2006). Mais la RDC n'a pas réalisé des progrès significatifs dans plusieurs domaines des OMD malgré une réelle volonté politique. (MSF, 2017). Signalons toutefois que la RDC fait partie de la Région d'Afrique avec prévalence élevé du VIH pour laquelle les chances d'atteindre les cibles de la stratégie sont réduites. (Stoptbpartnership & OMS, 2006).

« La prévalence en TB (toutes formes confondues) a diminué entre 2005 et 2014, passant de 181 cas pour 100.000 habitants en 2005 à 162 cas en 2014, même si la poussée démographique a occasionné une augmentation du nombre de cas enregistrés de 2001 à 2014 (OMS, 2018) ». « La RDC a fait partie de 21 Etats membres de l'OMS Africaine qui avaient atteint le taux de succès thérapeutique cible fixé à 85% en 2015. Elle est aussi parmi les 28 Etats membres ayant atteint le ratio de référence de l'OMS concernant la couverture des laboratoires de microscopies, fixé à un pour 100 000 habitants ; toutefois, elle n'a pas respecté la norme d'un laboratoire de culture pour 5 millions d'habitants et n'a pas réussi à se doter d'un laboratoire de test de pharmacosensibilité pour 5 millions d'habitants. Mais en RDC comme dans toute

la région, les nouvelles avancées vers l'arrêt de l'épidémie et à terme vers l'éradication de la TB reste lentes, mais elle a réussi à réaliser la cible des OMD consistant à maîtriser l'incidence de la TB et à en inverser l'évolution, parmi les 36 pays. Il fait aussi partie des 15 pays à s'être doté d'une capacité nationale de laboratoire leur permettant de confirmer le diagnostic de la TB ultrarésistante » (OMS Afro, 2017).

Par contre, en rapport avec le financement du secteur de la santé en général, la lutte antituberculeuse, en RDC, est financée en grande partie par l'extérieur (Ministère de la Santé Publique & ENABEL, 2012).

#### 3.1.4. La stratégie Mettre fin à la tuberculose.

La RDC, pour adopter les recommandations de la stratégie mondiale de l'OMS pour mettre fin à la TB, a élaboré deux guides de prise en charge : PATI 5 : édition 2016 et édition révisée en décembre 2017 et PATI 6 édition 2022. La version révisée de 2017 s'appuie sur l'évaluation externe du programme en 2013, sur la stratégie d'élimination de la TB post 2015, « End TB » et prend en compte les avancées scientifiques récentes, les nouvelles technologies pour le diagnostic ainsi que les nouvelles approches/interventions de lutte : le DOTS à base communautaire, les anciens et nouveaux malades tuberculeux (CAD), le parrainage, l'action des Relais Communautaires institutionnels, le compagnonnage, les communautés championnes, les ambassadeurs et ENGAGE TB (Ministère de la Santé Publique, 2017). PATI 6 répond à la nécessité d'adapter les objectifs du PNLT aux objectifs de développement durable (ODD) et suivant l'engagement de haut niveau pris à New York en Septembre 2018 (UN HLM) de mettre fin à la TB par l'accélération des solutions innovantes et en tenant compte de la pandémie de la Covid19.

Il tient compte des nouvelles recommandations de l'OMS et de l'Union Internationale de lutte Contre la TB et les Maladies Respiratoires (UICTRM) (Ministère de la Santé Publique, PNLT 2022). Par rapport aux nouvelles approches, notons : la prévention et la lutte combinées TB-VIH dans le modèle différenciés et guichet unique choisi comme cadre approprié pour rendre disponibles les services de soins aux patients Co-infectés TB/VIH de manière efficace et efficiente (Ministère de la Santé Publique, PNL, PNLT, 2018) ; la prise en charge de la TB latente ; la prise en charge de la TB pharmaco-résistante (TB-PR) intégrée comme axe stratégique du PNLT. Son dépistage est réalisé dans toutes les coordinations Lèpre-Tuberculose (CPLT) et le pays offre le test Xpert MTB/RIF pour le dépistage de la résistance à la

Rifampicine dans 57 sites (Ministère de la Santé Publique, PNL, 2018); approche Engage TB, Genre et Droits humains, l'implication de la communauté comme l'une des approches de la stratégie d'élimination de la TB est prise en compte par le PNLT avec un plan d'action pour honorer son engagement dans la déclaration de l'ONU (Ministère de la Santé Publique PNLT, 2020). Elle fait appel aux membres de la communauté dans la sensibilisation, l'orientation des personnes présumées atteintes de la TB vers les FOSA, l'accompagnement des malades sous traitement, la recherche des contacts des cas index, le recueil et le transport d'échantillons pour le suivi des patients sous traitements, la recherche des ressources locales pour la prévention de la maladie et la prise en charge des soins anti tuberculeux.

Ces activités sont menées dans l'aire de santé sous la supervision de l'IT du CDT à travers le DOTS en base communautaire et conformément aux nouvelles approches de la lutte. (Ministère de la Santé Publique, PNLT, 2022). Dans ce même cadre, l'approche de HPP-Congo (Humana People to people Congo) est innovatrice dans son système « TRIO » qui consiste à mettre en place un groupe composé chacun de trois personnes : un patient tuberculeux, un RECO et un confident du patient/membre de sa famille pour suivre au quotidien le patient dans la prise de ses médicaments en lui assurant un suivi psychosocial tout en jouant le rôle de soutien au malade (Humana People to People Congo (HPP-Congo, 2006).

Pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, RDC a élaboré ses plans nationaux de développement sanitaire PNDS 2011-2015, PNDS 2016-2022 et PNDS 2024-2033 comme des cadre d'accélération des progrès vers l'atteinte des ODD lié à la santé et à la protection sociale en santé (Ministère du Plan, s. d.) (Ministère de la Santé Publique, 2018, septembre). (Ministère de la Santé Publique, 2016).

Malgré ce qui précède, la RDC a notifié, en 2021, en pleine pandémie de COVID-19, un total de 216 690 cas de tuberculose, toutes formes confondues, dont 120 724 hommes, 92 498 femmes et 26 550 enfants (Nkiere & Moma, 2022).

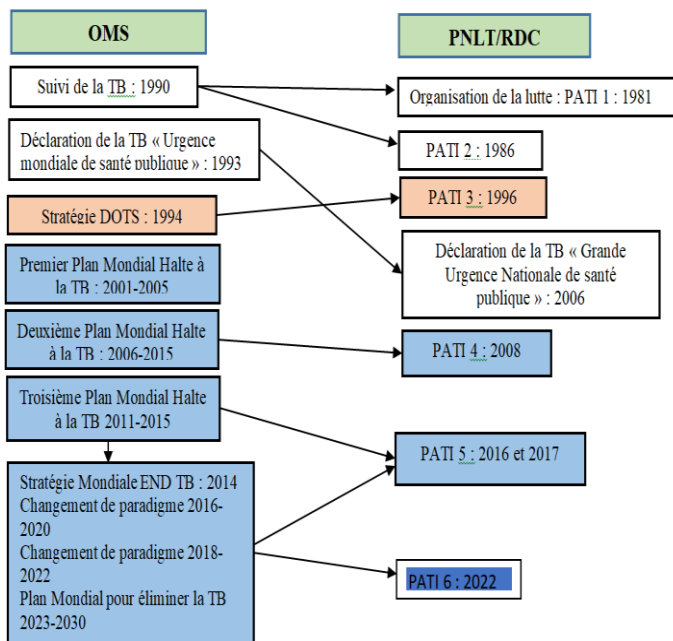


Figure 2. Evolution du suivi de la TB par l'OMS et adaptation en RDC

## 4. Discussion

Le retard de la reconnaissance de la TB comme « Urgence de Santé Publique » serait dû aux conditions sécuritaires défavorables dans le pays depuis 1990 jusqu'à 2000 (Nations Unies, 2015). L'engagement politique n'a pas été mentionné à cause du contexte de guerre de la rébellion du mouvement « Alliance des forces démocratiques de libération du Congo » (AFDL) en 1996 suivi de celle du Rassemblement Congolais pour la Démocratie (RCD) et du Mouvement de Libération du Congo (MLC) en 1998 (Otemikongo et al., 2020) et de la désarticulation du système de santé due aux multiples pillages. L'élément en rapport avec l'approvisionnement régulier et ininterrompu en médicaments de qualité n'a pas aussi été retenu car, les bailleurs s'en occupaient (Fond Mondial, USAID et Action Damien) (PARTH DRC, IHME, PARTH, 2020).

Les avancées réalisées par la RDC après 2015 seraient dues d'abord à la mise en œuvre de la stratégie DOTS et Halte à la TB et aux activités de la lutte contre la pauvreté et la réduction de la dette extérieure du pays la TB étant associée à la pauvreté (OMS, 2020).

Les efforts d'adaptation de la stratégie End TB ne réduisent pas l'incidence et la mortalité dues à la TB en RDC pour plusieurs raisons. Ceci serait dû, d'abord au

manque de changement de paradigme, au manque de volonté politique ainsi que du partenariat complet et à la collaboration totale avec les personnes touchées par la TB (Stoptbpartnership, 2019). Ceci serait, en suite, dû à l'insuffisance de financements pour la lutte (Ministère de la Santé Publique, PNLT, 2022) (Ministère de la Santé Publique, 2018). Le retrait d'USAID vient aggraver la situation. Et en fin, à l'inefficacité des dépenses publiques internes et externes (OMS, 2011).

La diversité et la spécificité de la RDC est à prendre en compte : un pays à forte charge de TB, en prévalence VIH élevée, en forte charge de TB/PR (Ministère de la Santé Publique, PNLT, 2022), avec un système de santé inadéquate dans un vaste territoire avec des moyens de communication presque inexistantes et un personnel soignant insuffisant et non motivé qui va en grève régulièrement et pour une longue durée et sans ressources conséquentes pour acheter les médicaments et les intrants de diagnostic (Aembe, 2022).

Implications pour les politiques publiques : Compte tenu de ce qui précède, il va de l'intérêt des politiques publiques de se pencher de manière particulière sur la question du contrôle de la TB en augmentant le budget destiné à la santé en vue de mieux répondre aux revendications des prestataires de soins et d'assurer l'approvisionnement régulier des médicaments de qualité car il est connu que la résistance des *Mycobacterium tuberculosis* est en partie liée à la rupture du traitement et qu'une personne infectée par un patient multi résistant développent une tuberculose multi résistante nécessitant plus de moyens qu'une tuberculose sensible (OMS, 2003).

L'élimination de la TB dans le pays en forte charge de TB/PS, TB/PR, en prévalence élevée du VIH comme la RDC, dépend de la maîtrise des orientations et de recommandations de l'OMS et leur adaptation selon le contexte du pays. Certains éléments de ce contexte sont prioritaires tels que l'engagement politique afin d'accroître les ressources pour la réalisation des interventions de la lutte contre la TB. A cause de l'insécurité permanente dans le Pays, la RDC semble rester dans l'inactivité en poursuivant la tendance actuelle au lieu de mettre en œuvre les mesures prioritaires. Produirait-elle un rendement global ou bien paiera-t-elle le coût de son inactivité par l'augmentation de combien des personnes supplémentaires développant la TB ou mourant de

celle-ci en 2030 ? Une analyse chronologique de l'évolution de l'incidence de la tuberculose et une recherche opérationnelle tenteraient de répondre à cette question.

## 5. Conclusion

L'élimination de la TB dans le pays en forte charge de TB/PS, TB/PR, en prévalence élevée du VIH comme la RDC, dépend de la maîtrise des orientations et de recommandations de l'OMS et leur adaptation selon le contexte du pays. Certains éléments de ce contexte sont prioritaires tels que l'engagement politique afin d'accroître les ressources pour la réalisation des interventions de la lutte contre la TB. A cause de l'insécurité permanente dans le Pays, la RDC semble rester dans l'inactivité en poursuivant la tendance actuelle au lieu de mettre en œuvre les mesures prioritaires. Produirait-elle un rendement global ou bien paiera-t-elle le coût de son inactivité par l'augmentation de combien des personnes supplémentaires développant la TB ou mourant de celle-ci en 2030 ? Une analyse chronologique de l'évolution de l'incidence de la tuberculose et une recherche opérationnelle tenteraient de répondre à cette question.

## Remerciements

Nos remerciements s'adressent à l'équipe de la Coordination Provinciale Lèpre et Tuberculose de la Tshopo pour son accompagnement dans la réalisation de la recherche sur la tuberculose.

## Financement

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement spécifique provenant d'agences publiques, commerciales ou à but non lucratif. Elle est le fruit des ressources propres des auteurs.

## Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est lié à cette recherche car rien n'a influencé sa réalisation.

## Considérations d'éthique

Cette étude a été réalisée sous l'approbation éthique du comité de Bioéthique de l'ISTM-Kinshasa sous le n°0022/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2023 du 29/NOV/2023.

## Contributions des auteurs

C-M.K.N. : conception de l'étude, collecte de données et rédaction de l'article

F.K.T. : Orientation générale de l'article, méthodologie et présentation

G.E.E. : collecte de données sur le fonctionnement du Ministère de la santé et l'appui gouvernemental à la PNLT

A. B. : Présentation et interprétation des résultats  
Le manuscrit a été lu, corrigé et son contenu final a été validé par tous.

## ORCID des auteurs

Nomopuane, C.M : <https://orcid.org/0009-0003-5567-9882>

Tshimungu F.K: <https://orcid.org/0000-0002-7240-6195>

Ilunga, F.I.: <https://orcid.org/0000-0002-2517-6294>

Eloko,G.E.: <https://orcid.org/0009-0004-0087-1794>

Bongongo, A: <https://orcid.org/0009-0003-9386-9265>

## Références bibliographiques

- Agbota. G., Bonnet., M et Lienhardt. C. (2022). Perspectives d'élimination de la tuberculose : la stratégie de l'OMS à l'épreuve de la pandémie de COVID-19 (prospectis for TB elimination : who's strategy confronting the COVID-19 pandemic), *Médecine et Maladies Infectieuses Formation 1* 62-68  
<https://doi.org/10.1016/J.mmifme.2022.03.338>
- Aembe, M. (2022). Situation alarmante de la grève des infirmières et infirmiers en République Démocratique du Congo : impact sur la santé de la population et sur la formation de la relève.  
<https://sidiief.org/greve-infirmiere-rdc/>
- Groupe de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les Maladie (sic) transmissibles (1999). DOTS : un guide pour comprendre la stratégie DOTS contre la tuberculose recommandée par l'OMS, PP 9-10  
WHO-CDS\_CPC-TB\_99.270.fr.Pdf
- Humana People to People Congo (2023). Une Association sans but lucratif congolaise qui opère en RDC depuis 2006 <https://hpp-congo.org/fr>
- Médecin Sans Frontière (2017). Les négligés de l'infection au VIH Patients en stade avancé : une prise en charge adaptée et gratuite et leur seule chance de survie  
[msfaccess.org/sites/default/files/MSF\\_assets/HI\\_V\\_AIDS/Docs/MSF%20Kinshasa%20Report%20digital\\_0pdf](https://msfaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HI_V_AIDS/Docs/MSF%20Kinshasa%20Report%20digital_0pdf)
- Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention, Programme National de lutte contre la

- tuberculose (2022). Guide de prise en charge de la tuberculose PATI 6, p.21
- Ministère de la santé publique, Programme National de Lutte contre la Tuberculose (2020). Plan d'Action Communauté, *Droits humains et Genre de la tuberculose*, p. 85
- Ministère de la Santé Publique (2018). Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle, p. 86
- Ministère de la santé Publique, Programme National de Lutte contre le VIH et les IST et programme National de Lutte contre la Tuberculose (2018). *Manuel d'opérationnalisation des modèles différenciés et du guichet unique VIH/TB*, p.75
- Ministère du plan et de coordination de l'aide au développement (s.d). Plan National Stratégique de Développement 2024-2028, [Points 4, 72,73, pp. 15, 31] <https://plan.gouv.cd/wp-content/uploads/2025/04/PNSD-2024-2028-41.pdf>
- Ministère de la Santé Publique (2016). Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 : Vers la couverture sanitaire universelle, p.97 [http://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/RDC/Plan\\_Narional\\_de\\_developpement\\_Sanitaire-2016-2020.pdf](http://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/RDC/Plan_Narional_de_developpement_Sanitaire-2016-2020.pdf)
- Ministère de la Santé Publique & ENABEL (2012). Rapport final : Projet d'appui institutionnel à la Direction d'études et planification du Ministère de la Santé Publique, RDC, Phase 2 (projet 2006-2012, Rapport final DEP2, RDC 0401012) [https://diplomatie.be/oda/5216\\_ENABEL\\_FIN\\_REPORT\\_rapport\\_final.pdf](https://diplomatie.be/oda/5216_ENABEL_FIN_REPORT_rapport_final.pdf)
- Ministère de la Santé Publique, Programme National de lutte contre le VIH /Sida et les IST, Le Fonds mondial, Nations Unies, Médecins Sans Frontière, PEPFAR (2018, mai). Plan opérationnel d'offre des services différenciés en RDC [https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/rdc\\_plan\\_operationnel\\_soins\\_differe ncies-v-20-08-2018.pdf](https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/rdc_plan_operationnel_soins_differe ncies-v-20-08-2018.pdf)
- Ministère de la Santé Publique, Programme National de lutte contre la tuberculose (PNLT) (2017) (Edition 2015 révisée en Décembre 2017). Guide de prise en charge de la tuberculose, PATI 5, P 170
- Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique (2015). Conflit en RDC : Causes, impact et implication pour la région des grands lacs, Rapport des Nations Unies, pp. 15-22 <https://www.uneca.org/fr/conflits-en-republique-democratique-du-congo-causes-impact-et-implications-pour-des-grands>
- Nations Unies (2020). Mettre fin à l'épidémie de tuberculose : Actions prioritaires pour les chefs d'Etat et de gouvernement. A prendre en compte lors de la réunion de haut niveau de l'ONU sur la tuberculose. [UN HLM key Asks\_Informal\_Translation-French.] <https://www.globalfundadvocatesnetwork.org>
- Nkiere N & Moma F (2022). Reportage : La RDC mise sur les campagnes de dépistage actif gratuit des cas au sein de la population pour réduire l'infection tuberculeuse latente. <https://www.afro.who.int/fr/countries/democratic-republic-of-congo/news/la-rdc-mise-sur-les-campagnes-de-depistage-actif-gratuit-des-cas-au-sein-de-la-population-pour-reduire-l-infection-tuberculeuse-latente>
- Organisation Mondiale de la Santé, Bureau de la Région de l'Afrique (2024). RDC : En finir avec la tuberculose grâce au dépistage précoce. <https://www.Afro.who.int/fr/node/19369>
- Organisation Mondiale de la Santé, Bureau de la Régional de l'Afrique (2016). Rapport du secrétariat Cadre pour la mise en œuvre de la « stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » dans la région Africaine au cours de la période 2016-2020, afr-rc66-10. <https://www.afro.who.int/afr-rc66-fr-1031-0.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé Bureau Régional de l'Afrique (2017). Mettre fin à la tuberculose d'ici 2030 : cadre pour la mise en œuvre de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » dans la Région Africaine au cours de la période 2016-2020. <https://www.afro.who.int/publications/cadre-pour-la-mise-en-oeuvre-de-la-strategie-de-l-OMS-pour-mettre-fin-la-tuberculose>
- Organisation Mondiale de la Santé (2024). Communiqué de presse du 29 octobre 2024 sur la recrudescence de la tuberculose en tant que principale cause de mortalité imputable à une maladie infectieuse. <https://www.who.int/fr/news/29-10-2024->

- tuberculosis-resurges-as-top-infections-disease-killer
- Organisation Mondiale de la Santé (2003). Stratégie DOTS : Cadre élargie pour lutter efficacement contre la tuberculose, Halte à la tuberculose Maladies transmissibles WHO\_CDS\_TB\_2002.297\_fre. Pdf <https://www.challenge.tb.org/publication/tools/ua/Toman-Français.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (2011). Orientation sur l'éthique en matière de prévention de soins et de lutte contre la tuberculose. <https://www.who.int/fr/publication/i/item/09789241500531>
- Organisation Mondiale de la Santé ENGAGE TB (2020). République Démocratique du Congo- Intégration du dépistage de la tuberculose aux activités communautaires de riposte au VIH : Etude de cas. <https://www.iris.who.int/handle/10665/337103>
- Organisation Mondiale de la Santé (2018). Compréhension et utilisation des données de la tuberculose [Understanding and using tuberculosis data] <http://apps.who.int.iris/fr/publications/i/item/9789241548786>
- Organisation Mondiale de la Santé (2016). Mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose : Points essentiels [Implementing the end TB strategy : the essentials] <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241509930>
- Organisation Mondiale de la Santé (2013). Rapport du secrétariat : Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015. <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf-files/EB134/b/134-12-fr.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (2006). Plan Mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 : Agir pour la vie vers un monde sans tuberculose. <https://www.who.int/publications/i/item/9241593997>
- Otemikongo M. J., Omasombo T. J., Stroobant. E., Obotela R. N., Bolakonga B., Olela N.D., Krawczyk. J., Laghmouch M (2020). La Tshopo sous le régime de Kabila père et fils. Laborieuse construction politico-administrative coloniale muée en bastion du nationalisme congolais, Africa museum <http://www.africamuseum.be/research/discover/publications/open-access/monographies-rdc>
- PATH-DRC, IHME et PATH (2020). Evaluation prospective pays République Démocratique du Congo. Rapport Annuel Pays 2019-2020. [https://www.healthdata.org/sites/default/files/Projects/Global\\_Fund\\_PCE/DRC\\_PCE\\_Final\\_annual\\_Report\\_2019-2020\\_FR.pdf](https://www.healthdata.org/sites/default/files/Projects/Global_Fund_PCE/DRC_PCE_Final_annual_Report_2019-2020_FR.pdf)
- Stoptbpartnership hosted by UNOPS (2023). Brève : Le plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030, [https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/document/global\\_plan\\_2023-2030\\_2-pager\\_fr\\_mar\\_2023\\_0.pdf](https://www.stoptb.org/sites/default/files/imported/document/global_plan_2023-2030_2-pager_fr_mar_2023_0.pdf)
- Stoptbpartnership loger à UNOPS (s.d). Le plan Mondial pour éliminer la tuberculose : Le changement de paradigme 2016-2020 <https://www.stoptb.org/g/global-plan-end-tb-2016-2020/changement-de-paradigme/resume-executif/fr.pdf>
- Stoptbpartnership (2019). Atteindre les objectifs des Nations Unies sur la tuberculose 31/12/2022 : Le changement de paradigme. Plan Mondial pour éliminer la tuberculose : 2018-2022. Rapport de Stoptbpartnership. <https://www.stoptb.org/global-plan-end-tb-2018-2022>
- Stoptbpartnership & Organisation Mondiale de Santé (2011). Plan Mondial Halte à la tuberculose 2011-2015 : Transformer la lutte vers l'élimination de la tuberculose, Tour d'Horizon. <https://santesecu.pulic.lu/dam-assets/fr/publication/g/global-pla-stop-tuberculosis-2011-2015/global-plan-stop-tuberculosis-2011-2015.pdf>
- Union Africaine (2003). Déclaration de Maputo sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, [Assembly/AU/Decl.6 (II)], P.2 <http://archives.au.int/ha,dle/123456789/331>
- Union Africains (2006). Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et SIDA, la tuberculose et le Paludisme en Afrique, [Assembly/AU/Decl.5(II)]. <https://www.au.int/sites/default/files/documents/30894-doc-appel-dabuja.pdf>