

Pooja, qui vit près de New Delhi, souffrait de tuberculose pharmacorésistante, une forme agressive de la maladie qui ne réagit pas aux médicaments de première intention. Elle a été diagnostiquée et traitée par un programme de santé à assise communautaire. Aujourd'hui, Pooja est guérie, en bonne santé et mène une vie normale.

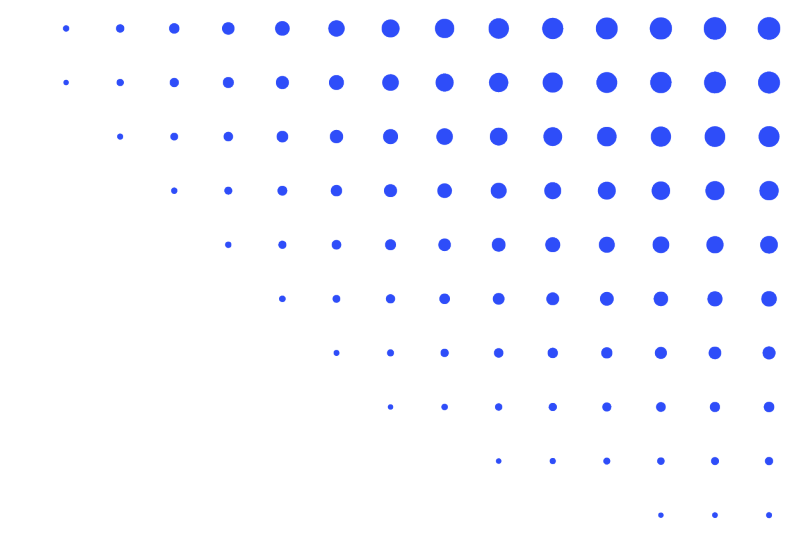
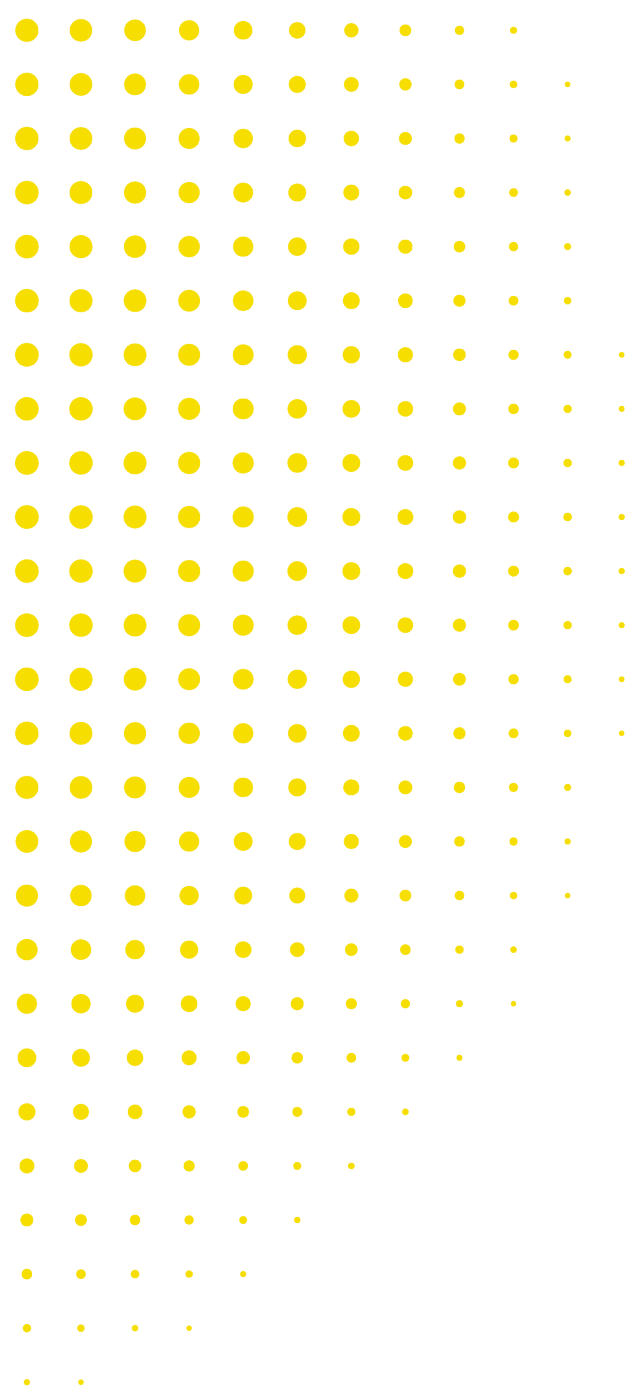
Le Fonds mondial / Atul Loke / Panos



Mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose

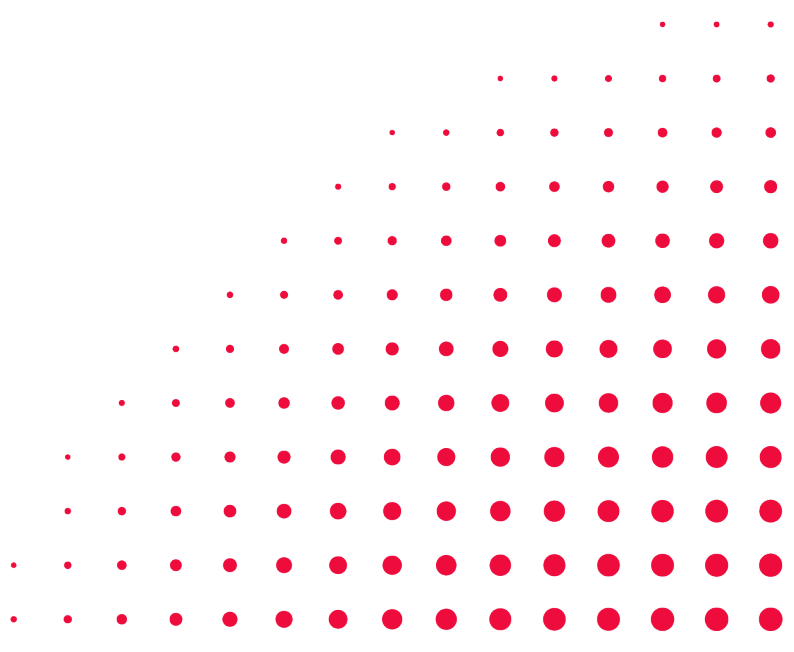
Démarches novatrices pour détecter et traiter les personnes atteintes de tuberculose manquant à l'appel

JANVIER 2023



Sommaire

1. Nouveautés	3
2. Partage des connaissances et ressources d'apprentissage.....	7
3. Autres mises à jour	19
4. Témoignages.....	20



1. Nouveautés

Sommes allouées aux pays par le Fonds mondial pour la lutte contre la tuberculose, période 2023-2025

Tous les trois ans, le Fonds mondial alloue des financements aux pays afin d'y soutenir la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ainsi que la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé. Le montant mis à la disposition des pays dépend des moyens obtenus au cours du cycle triennal de reconstitution des ressources du Fonds mondial. Le montant de la somme allouée est calculé selon un barème qui repose principalement sur la charge de morbidité et sur la capacité économique du pays. Des ajustements sont ensuite apportés au moyen d'un processus qualitatif transparent et responsable. Pour en savoir plus sur le processus d'allocation pour la période 2023-2025, visitez le [site Web du Fonds mondial](#).

Compte rendu des pratiques exemplaires de participation communautaire durant le COVID-19 dans quatre pays

Les cadres communautaires ont joué un rôle crucial dans l'atténuation des impacts de la pandémie sur la prestation de services de lutte contre la tuberculose, qu'il s'agisse de la détection des personnes atteintes de la tuberculose manquant à l'appel, du soutien à l'observance du traitement ou encore du soutien psychosocial permettant d'améliorer les résultats du traitement de la tuberculose. Afin de mieux caractériser le rôle qu'ont joué les modèles innovants de

prestation de services communautaires dans le maintien des ripostes à la tuberculose durant la pandémie, la Global Coalition of TB Advocates (GCTA) a étudié les mécanismes de prestation de ces services dans quatre pays à forte charge de morbidité : **le Cambodge, l'Inde, l'Indonésie et le Kenya**. Des apprentissages ont été tirés et des recommandations formulées au terme de cet exercice, qui a consisté en des dialogues entre pairs, des interviews approfondies et des groupes de discussion faisant intervenir des agents de santé communautaires, des coordonnateurs du programme national de lutte contre la tuberculose et des partenaires techniques. D'importantes observations sur les droits humains et les obstacles liés au genre ou à d'autres facteurs ont également été compilées.

L'étude a conclu que, dans les quatre pays, les innovations dirigées par la communauté, comme la livraison à domicile des médicaments, les visites de nuit à domicile et l'aide alimentaire à l'appui de l'observance, ont joué un rôle essentiel dans le maintien de l'engagement des communautés touchées par la maladie durant la pandémie de COVID-19. Les auteurs ont également démontré que, dans un contexte où les systèmes de santé avaient accordé la priorité à la riposte au COVID-19, la détection des cas de tuberculose aurait pu complètement cesser n'eût été ces interventions. Un nombre croissant de pays émergeant du stade aigu de la pandémie, les innovations mises en œuvre par les communautés demeurent d'une importance cruciale pour la reprise du terrain perdu et l'accélération du progrès vers l'élimina-



tion de la tuberculose. En outre, les futures ripostes aux pandémies devront incorporer des démarches fondées sur les droits, sensibles au genre et centrées sur le patient pour les communautés touchées par la tuberculose et d'autres populations vulnérables. Pour en savoir plus, voir le rapport de l'étude sur le [site Web de la GCTA](#).

Le sommet communautaire du Partenariat Halte à la tuberculose : intensifier le plaidoyer

En novembre 2022, le Partenariat Halte à la tuberculose a convié plus de 160 partenaires de la plateforme actifs dans plus de 35 pays, dont Challenge Facility for Civil Society (CFCS) et des partenaires nationaux du Partenariat, à unir leurs forces et à élaborer une stratégie dans le but d'intensifier le plaidoyer en faveur de la lutte contre la tuberculose et de s'assurer que celle-ci soit haut placée dans les priorités de politique internationale. Le sommet communautaire, premier du genre, a également été l'occasion de consolider la position du CFCS comme mécanisme de premier plan pour le renforcement des capacités en matière de démarches durables et dirigées par la communauté.

On y a tenu une série de panels de discussion et d'exercices de groupe dont le but était d'informer, de mobiliser et de coordonner stratégiquement les communautés touchées

par la tuberculose en prévision de la Réunion de haut niveau des Nations Unies de 2023. Au cours de la semaine, les participants ont fait un retour sur les résultats de la Réunion de haut niveau de 2018, au terme duquel plusieurs idées originales ont été formulées pour le plaidoyer communautaire à l'approche de la Réunion de haut niveau de 2023 et un processus consultatif a été lancé pour un important outil de plaidoyer destiné à établir les priorités qui seront abordées à la Réunion. Le sommet avait également pour but de former les organisations et les partenaires de terrain en gestion et en mise en œuvre des subventions, notamment les subventions à l'appui de la capacité de gestion, de préparation des descriptifs et de communication de l'information financière en lien avec les subventions et les compétences de communication et de plaidoyer.

À la fin du sommet, plus de 130 organisations communautaires et de la société civile ont ratifié la Déclaration de Bangkok sur le suivi dirigé par la communauté pour la tuberculose, qui appelle les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, les partenaires techniques, les fournisseurs d'assistance technique et les donateurs à appuyer le suivi dirigé par la communauté OnImpact en termes de coordination, de priorité, d'intensification et de ressources.



Mise à l'essai des éléments essentiels du programme en Ouganda

Le Fonds mondial a introduit les « éléments essentiels du programme » pour son prochain cycle de financement (2023-2025). Ces éléments sont un ensemble d'interventions et de démarches fondées sur des données probantes dont la mise en œuvre est jugée essentielle pour que les programmes de lutte contre les maladies obtiennent les résultats et réalisent l'impact espérés par rapport aux objectifs mondiaux. Ils sont censés faciliter l'élaboration et la

mise en œuvre de programmes de haute qualité, équitables et efficaces, en adéquation avec les priorités et le contexte de chaque pays. Les actions visées par les éléments essentiels du programme peuvent également être financées par les programmes nationaux de lutte contre les maladies ou par d'autres partenaires ou entités.

Une mise à l'essai des éléments essentiels du programme a été réalisée en Ouganda à l'appui de leur mise en œuvre des recommandations dans la lutte contre la tuberculose.



Intervenantes et intervenants clés qui ont participé à un atelier de deux jours sur les éléments essentiels du programme de lutte contre la tuberculose

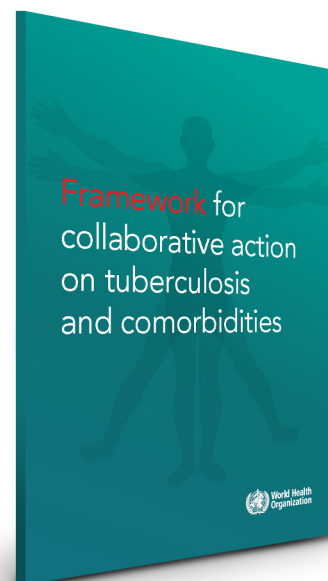
On a demandé à des consultants de réaliser une évaluation de référence des éléments essentiels du programme de lutte contre la tuberculose, et on a interviewé des acteurs clés du programme national de lutte contre la tuberculose et d'autres intervenants. Les résultats de l'évaluation et des interviews ont été présentés à l'occasion d'un atelier dont l'objectif était de réunir les partenaires et les intervenants de la lutte contre la tuberculose pour un échange de perspectives sur la mise en œuvre des éléments essentiels du programme. Au terme de cet atelier de deux jours, l'Ouganda avait rempli son tableau des données essentielles (une nouvelle exigence pour le prochain cycle) en prévision du processus de dialogue au niveau du pays et relevé ses lacunes et ses besoins en matière d'assistance technique. Les participants ont également fixé des cibles sur trois ans destinées à mesurer le progrès du pays dans chaque élément essentiel du programme.

Après cette mise à l'essai, le Fonds mondial a préparé une boîte à outils pour la mise en œuvre des éléments essentiels du programme de lutte contre la tuberculose à l'échelle des pays.

Nouveau cadre d'action concertée de l'OMS sur la tuberculose et ses comorbidités

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) vient de publier un nouveau cadre d'action concertée sur la prise en charge et la prévention intégrées et centrées sur le patient de la tuberculose et de ses comorbidités. Ce cadre aidera les pays à porter à plus grande échelle les services centrés sur la personne, holistiques et fondés sur des données visant

la tuberculose, ses comorbidités et les facteurs de risque pour la santé. L'objectif est de traiter globalement la tuberculose et les problèmes de santé concomitants. Le cadre peut être consulté, parallèlement à d'autres orientations de l'OMS, par les personnes œuvrant au sein des ministères de la Santé ou d'autres ministères pertinents, les instances décisionnaires, les organisations internationales techniques et financières, la communauté scientifique et les organisations non gouvernementales et de la société civile, ainsi que par les prestataires de soins primaires, les spécialistes de la santé et les agents et agentes de santé communautaires. Le document (en anglais) est disponible [ici](#).



Assistance technique au niveau des pays

1. TCHAD

Prise en charge de la tuberculose chez les enfants et les adolescents.



Au Tchad, les enfants de moins de 15 ans comptent pour seulement 6,4 % des cas de tuberculose (rapport annuel du programme national de lutte contre la tuberculose), une proportion largement inférieure aux estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), selon lesquelles 10 % à 15 % des cas seraient dans cette tranche d'âge. La sous-notification des enfants tuberculeux est largement attribuable à des difficultés et à un manque de capacité en matière de diagnostic. Dans ce contexte, le ministère de la Santé publique, avec le soutien de ses partenaires, a élaboré son premier guide de prise en charge de la tuberculose chez les enfants en 2017. Depuis, des innovations sont apparues dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les enfants. L'OMS a mis à jour ses recommandations en conséquence en 2022. Afin de renforcer la prise en charge des enfants, l'assistance technique de l'initiative stratégique relative à la tuberculose sera mise à contribution pour la mise à jour du guide, la création de modules de formation et la formation des formateurs.

2. NICARAGUA

Le diagnostic moléculaire comme méthode privilégiée de diagnostic de la tuberculose à Puerto Cabezas et à Managua.



Selon l'OMS, le Nicaragua signalait que 90 % des nouveaux cas de tuberculose confirmés bactériologiquement subissaient un test de résistance à la rifampicine à la fin de 2020. Cependant, seulement 70 % de ces tests étaient effectués au moment du diagnostic. Le pays n'a pas rapporté la proportion de cas présumés de tuberculose diagnostiqués au moyen d'un test moléculaire rapide. En outre, le Nicaragua a besoin d'informations supplémentaires pour déterminer les besoins opérationnels et les coûts d'une expansion nationale du test moléculaire rapide, qu'il souhaite adopter comme méthode diagnostique privilégiée et pour assurer un suivi et garantir que l'usage de ce test augmentera le taux de détection de la maladie. Ainsi, une assistance technique sera fournie à l'appui de projets pilotes réalisés dans la municipalité de Puerto Cabezas et dans trois centres de santé de Managua. Le projet prévoit des étapes de conception, de suivi de la mise en œuvre, d'évaluation et de création de données opérationnelles. Le Nicaragua se fondera sur les résultats de ce projet pour planifier l'intensification à l'échelle nationale de l'accès universel au diagnostic moléculaire comme méthode privilégiée de diagnostic d'ici la fin de 2026.

2. Partage des connaissances et ressources d'apprentissage

PRATIQUES EXEMPLAIRES : Documentation de la recherche active de cas en Tanzanie

Selon le Rapport sur la tuberculose dans le monde de l'OMS (2021), la Tanzanie compte parmi les six pays à forte charge de morbidité de la tuberculose qui ont atteint l'objectif pour 2020 de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose, soit une baisse de 20 % de l'incidence entre 2015 et 2020. Entre 2015 et 2019, l'incidence et la mortalité de la tuberculose y ont reculé respectivement de 15 % et de 43 %. Bien que cela représente un grand progrès, 36 % des personnes atteintes de la tuberculose manquent toujours à l'appel en Tanzanie. La pauvreté, la malnutrition, l'infection à VIH et le diabète font obstacle à la lutte contre la maladie. Cette situation est aggravée par d'autres facteurs qui minent les efforts de notification, comme une faible propension à demander des services de santé parmi la population, l'éloignement des formations sanitaires, le faible indice de suspicion employé par les agents et les agentes de santé et le manque de personnel dans la plupart des formations sanitaires.

La Tanzanie a donc décidé de procéder, au moyen de données probantes, à une intensification des pratiques exemplaires susceptibles d'améliorer la qualité et l'efficacité de la recherche des personnes atteintes de la tuberculose manquant à l'appel. Pour ce faire, elle a réalisé les deux exercices décrits ci-après afin de documenter les approches de recherche active de cas (ou recherche des contacts) et d'en tirer des apprentissages.



1. Approches de recherche active de cas de tuberculose

Le premier exercice, une enquête transversale et des interviews auprès d'intervenants clés, a documenté les diverses approches de recherche active de cas de tuberculose dans quatre régions de la Tanzanie : Dar es-Salaam, Mtwara, Arusha et Dodoma. Il a permis de colliger des

informations sur les difficultés de recherche des contacts, des apprentissages et des pratiques exemplaires. Selon l'étude, chaque région dispose d'au moins un partenaire qui met en œuvre des interventions de lutte contre la tuberculose visant les formations sanitaires ou les communautés. Le nombre de formations sanitaires visées varie entre 10 à 30 selon la région. Les activités de lutte contre la tuberculose sont principalement financées par le Fonds mondial, USAID, le PEPFAR, l'Association allemande de lutte contre la lèpre et la tuberculose (DAHW) et le gouvernement de la République-Unie de Tanzanie.

Résultats

Les approches et pratiques exemplaires suivantes de recherche active de cas ont été relevées dans les formations sanitaires et les communautés :

1. **Le modèle d'amélioration de la qualité.**
2. **Des cliniques spéciales du samedi** offrant des services de dépistage de la tuberculose et d'orientation aux personnes, y compris les enfants, ne pouvant se rendre dans les cliniques les jours de semaine.
3. **La recherche des contacts** par les agentes et agents de santé communautaires.
4. **Les activités et les campagnes à grande échelle d'éducation et de dépistage de la tuberculose.**
5. **La mobilisation d'un réseau communautaire pour l'approche** des personnes qui consomment des drogues injectables et la collecte de déchets de plastique pour les services de lutte contre la tuberculose.
6. **La mobilisation d'un réseau de transport** (p. ex. les motocyclistes et la Tanzania Postal Corporation) pour le transport des échantillons d'expectoration aux centres de diagnostic offrant des tests moléculaires.
7. **La mobilisation des points de distribution de médicaments accrédités et des praticiens de médecine traditionnelle.**
8. **L'utilisation de TAMBUA TB**, une application pour téléphone mobile basée sur la plateforme mHealth du ministère de la Santé, pour l'envoi de messages et d'informations sur la tuberculose et sur la reconnaissance de ses symptômes.
9. **Le dépistage ciblé dans les communautés** avec des cliniques mobiles.
10. **Le dépistage ciblé dans les prisons.**

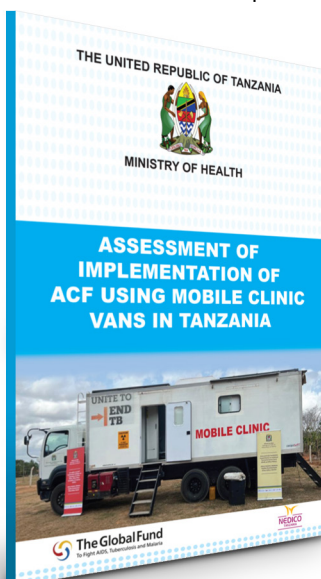
Recommandations

1. Mettre en œuvre le modèle d'amélioration de la qualité de sorte qu'il inclue toutes les formations sanitaires offrant des services de lutte contre la tuberculose, et appuyer l'application complète du modèle de manière à atténuer les variations entre les partenaires de mise en œuvre.
2. Examen de l'outil de dépistage de la tuberculose dans le but de hausser l'indice de suspicion.
3. Plaidoyer accru auprès du Bureau du président, de l'administration régionale et du gouvernement local (PORALG) et des conseils en faveur d'une allocation de fonds à l'appui du recrutement, de la formation et du travail des agentes et agents de santé communautaires, notamment des indemnités et d'autres incitatifs.
4. Exemption possible des services de radiographie pour le diagnostic de la tuberculose.
5. Amélioration de la coordination parmi les partenaires de mise en œuvre et les intervenants, par le renforcement du fonctionnement des groupes de travail techniques et des forums d'échange d'information.

2. Évaluation de la recherche active de cas au moyen des cliniques mobiles

Le programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre a commandé une évaluation de l'utilisation et de l'impact des cliniques mobiles (fourgonnettes) comme moyen de rechercher des contacts parmi les populations à risque. Une méthode d'analyse mixte, combinant les données secondaires recueillies dans le cadre des soins de routine de la tuberculose et les données primaires qualitatives recueillies sur le terrain, a été employée. L'évaluation a été effectuée en juillet 2022 dans huit régions de Tanzanie où des cliniques mobiles de soins de santé ont été déployées. Les cliniques mobiles offrent à tous les clients la prise en charge de la tuberculose, y

compris des services gratuits sur tout le continuum du traitement, depuis le dépistage jusqu'au début du traitement sous surveillance directe. Les personnes supposées atteintes de la tuberculose ont eu accès à la radiographie numérique et à un test bactériologique de confirmation. Tous les cas confirmés ont été placés sous médication antituberculeuse conformément



aux lignes directrices et dirigés vers la formation sanitaire la plus proche pour le suivi.

Résultats

Dans les 14 districts visités par l'équipe d'évaluation, le nombre de clients ayant reçu des services de dépistage et de diagnostic est passé de plus de 100 en moyenne en août 2021 à plus de 300 en septembre 2021, période où les cliniques mobiles étaient de passage dans les districts. Cette augmentation est en grande partie attribuable à la présence des cliniques mobiles, qui s'adonnent à des activités opportunes de sensibilisation communautaire et choisissent judicieusement leurs sites d'intervention, à commencer par les secteurs difficiles d'accès. L'augmentation du nombre de clients dépistés a conduit à une augmentation sensible du nombre de personnes accédant à un test de diagnostic de la tuberculose. Cette augmentation de l'accès suggère que, auparavant, les communautés environnant le site choisi par la clinique mobile étaient fortement sous-desservies.

L'évaluation a également révélé que les cliniques mobiles écourtaient les délais d'emploi de l'appareil GeneXpert, ainsi que les délais entre le dépistage des patients et le début du traitement antituberculeux. Dans l'ensemble, l'approche a haussé les notifications dans tous les districts. L'avantage de cette approche de proximité, par rapport à la prestation de services dans les formations sanitaires, réside dans le fait que ce sont les services qui approchent les gens, et non l'inverse. Les cliniques mobiles ont joué un rôle vital en amenant des services de diagnostic et de traitement de la tuberculose de qualité dans les communautés.

Recommandations

1. Les hôpitaux de référence de la zone ou de la région doivent affecter une équipe de personnel de la santé aux unités mobiles qui pourra prendre le relais lorsque le soutien au projet en cours sera épuisé, à condition que les véhicules soient toujours disponibles.
2. Tous les partenaires qui appuient les interventions de lutte contre la tuberculose et la co-infection tuberculose/VIH doivent être encouragés à appuyer les services de proximité assurés par la clinique mobile.
3. Le programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre, en collaboration avec ses partenaires, doit établir et mettre en œuvre un plan de maintenance des véhicules et de leur équipement et accessoires, y compris les appareils de radiographie numérique et GeneXpert, la climatisation, les panneaux solaires, etc.
4. L'instance responsable de la clinique mobile doit tenir à jour un calendrier trimestriel des déplacements de la

clinique mobile et assurer le suivi de la couverture et des résultats programmatiques pour chaque région.

5. Le ministère de la Santé et PORALG doivent informer les partenaires de mise en œuvre et les autorités locales de la disponibilité des cliniques mobiles et plaider en faveur d'une allocation budgétaire pour leur mise en œuvre.
6. Pour assurer un suivi adéquat des patients et réduire au minimum le nombre de patients perdus de vue, l'équipe de clinique mobile doit avoir à sa disposition un membre du personnel infirmier ou clinique d'une formation sanitaire à proximité spécialisé en traitement sous surveillance directe et inclure les agents et les agentes de santé communautaires dans le soutien au suivi du traitement.

7. Pour assurer le bon fonctionnement des cliniques mobiles, le programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre doit prévoir un abonnement CAD4TB et faire l'inventaire, prévoir l'utilisation et planifier l'allocation des cartouches GeneXpert et des trousse de dépistage du VIH pour les cliniques mobiles.
8. Le coût de notification d'un patient atteint de la tuberculose par une clinique mobile doit être établi au moyen d'une analyse des coûts.

Pour en savoir plus sur l'évaluation de l'approche active des cas, veuillez consulter ce [document](#) (en anglais).

Pour en savoir plus sur l'évaluation des cliniques mobiles, veuillez consulter ce [document](#) (en anglais).

ÉTUDE DE CAS : Qualité et efficacité des programmes en République démocratique du Congo

Contexte

La République démocratique du Congo se classe parmi les 30 pays à forte charge de morbidité de la tuberculose, de la co-infection tuberculose/VIH et de la tuberculose multirésistante. On estime que 305 000 personnes (entre 197 000 et 436 000, selon les estimations) y ont contracté la tuberculose en 2021, pour environ 42 000 décès (entre 25 000 et 63 000) parmi la population séronégative au VIH et 7 200 décès (entre 4 700 et 10 000) parmi la population séropositive au VIH (Rapport sur la tuberculose dans le monde de l'OMS, 2022). En 2020, le programme national de lutte contre la tuberculose a notifié 200 955 nouveaux cas et cas de récurrence. La couverture du traitement s'est établie à 70 %. En 2021, l'incidence de la tuberculose a augmenté

de 6,7 %, pour un total de 214 408 nouveaux cas et cas de récurrence. Le nombre de cas parmi les enfants de 0 à 14 ans est passé de 22 342 à 26 919 (+ 20,5 %), tandis que le nombre de cas notifiés de tuberculose multirésistante est passé de 1 115 en 2020 à 1 261 en 2021 (+ 13,1 %). Le taux de succès thérapeutique de la cohorte 2020 s'est établi à 94 % pour la tuberculose pharmacosensible et à 84 % pour la tuberculose pharmacorésistante (données du programme national de lutte contre la tuberculose de la République démocratique du Congo, 2022). En outre, une récente étude a révélé que 56 % des personnes atteintes de la tuberculose devaient assumer des coûts catastrophiques.

Mise en œuvre

En 2020, le ministère de la Santé, avec l'appui du Fonds mondial, a réalisé une analyse situationnelle et préparé un plan stratégique pour la mise en œuvre d'une démarche de qualité et d'efficacité des programmes dans le pays.



Programme national de lutte contre la tuberculose

Réunion tenue en septembre 2022 pour valider les données recueillies auprès de 30 formations sanitaires lors de la phase pilote

La mise en œuvre s’articule en trois phases :

- Phase pilote.** Durant cette phase, mise en œuvre dans 30 formations sanitaires de Kinshasa à compter d’octobre 2021, le programme national de lutte contre la tuberculose a élaboré une boîte à outils pour la qualité et l’efficacité des programmes, des supports de formation et des aide-mémoire visant l’amélioration de la qualité et de l’efficacité des pratiques de détection des cas de tuberculose à l’échelle des formations sanitaires. Une formation de formateurs pour les agents de santé a également été organisée.
- Phase d’extension.** Cette phase doit couvrir 100 formations sanitaires à Kinshasa au quatrième trimestre de 2022.
- Troisième phase.** Cette phase doit couvrir au moins trois provinces sanitaires en 2023.

Le programme national de lutte contre la tuberculose et la coordination provinciale de la tuberculose (CPLT) de Kinshasa, avec le soutien d’un consultant national, ont réalisé une analyse situationnelle de la phase pilote au quatrième trimestre de 2022. Le programme a élaboré un guide de supervision qui a été utilisé durant les visites sur les lieux. Les résultats ont été discutés et validés à l’occasion d’une rencontre réunissant les 30 formations sanitaires.

Le présent article expose les résultats recueillis auprès des 30 formations sanitaires ayant participé à la phase pilote à Kinshasa de janvier à septembre 2022.

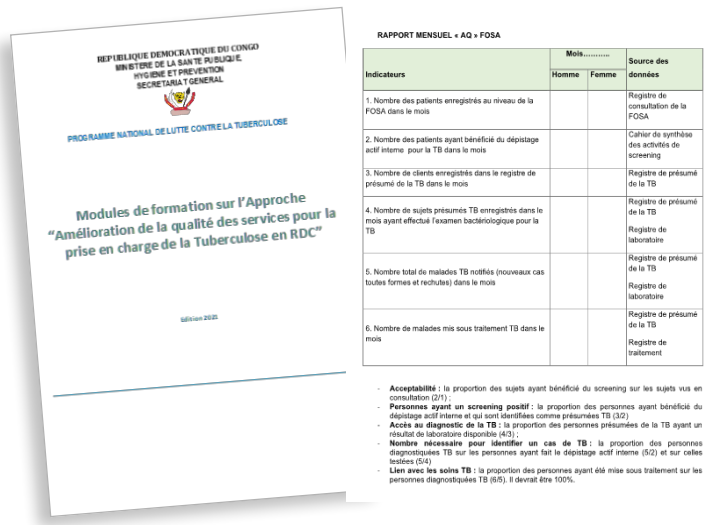
Résultats

En octobre et en novembre 2021, le programme national de lutte contre la tuberculose a organisé la formation de 60 formateurs (deux formateurs par formation sanitaire participant à la phase pilote) et de 600 agents de santé (20 agents par formation sanitaire). La formation comptait 10 modules. Les agents de santé y ont appris à relever, dans le registre des consultations de chaque point d’entrée des formations sanitaires, si le dépistage de la tuberculose avait été effectué ainsi que le résultat du test. Un référent en qualité et en efficacité des programmes dans chaque formation sanitaire était chargé de faire un rapport mensuel, avec le soutien de la coordination provinciale et du programme national de lutte contre la tuberculose.

Durant la phase pilote, 56 % des personnes inscrites (78 072 sur 138 626) ont fait l’objet d’un dépistage de la tuberculose. Parmi celles-ci, 26 % (20 133) ont été déclarées « cas présumés » de tuberculose. Parmi les 20 133 cas présumés dirigés vers le laboratoire, 76 % (15 318) ont effectué un test de diagnostic de la tuberculose (microscopie ou GeneXpert), tandis que les 24 % restants n’ont pas effectué le test, même si celui-ci était gratuit. Ce taux de participation pour-

Figure 1 : Supports de formation validés sur la qualité et l’efficacité des programmes et rapport mensuel type

Source : Programme national de lutte contre la tuberculose



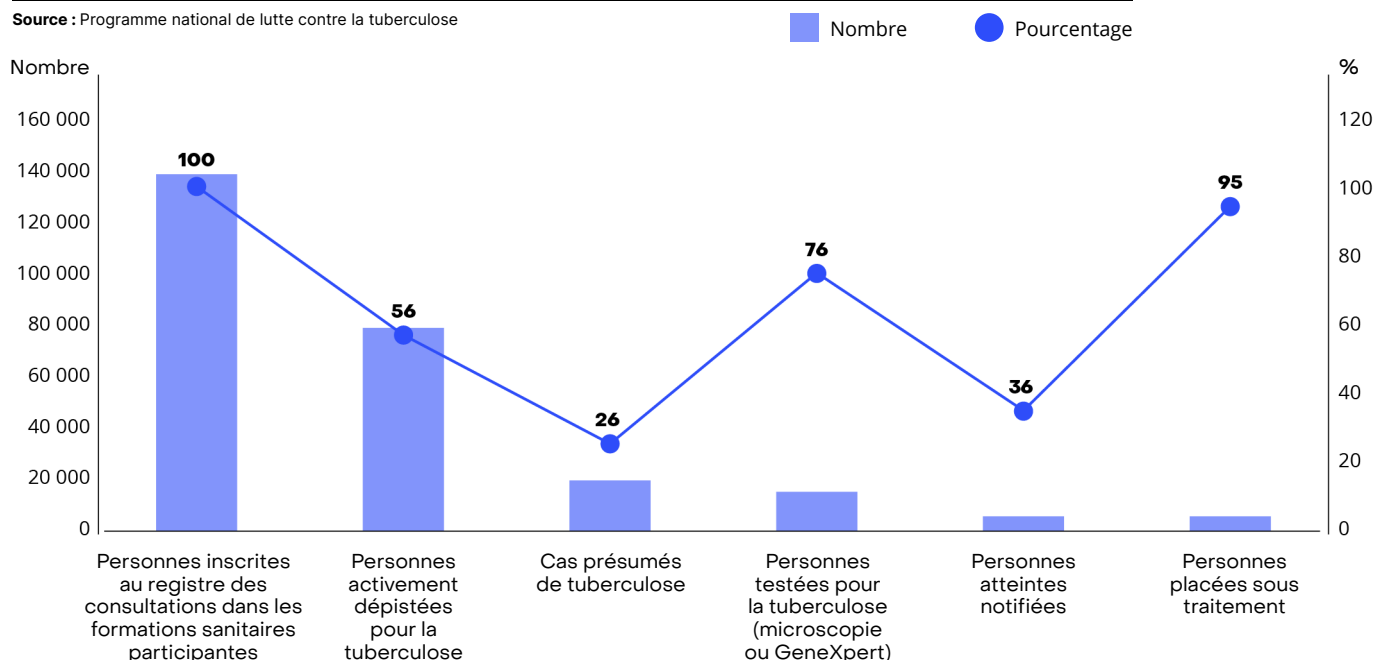
rait s’expliquer en partie par le fait que les agents de santé n’ont pas proposé aux patients un test de dépistage de la tuberculose seulement, mais bien un ensemble d’examen, dont certains n’étaient pas gratuits. Ainsi, certains patients auraient été dissuadés pour des raisons économiques. Pour éviter cette situation, il aurait fallu que les caissiers expliquent aux patients qu’ils pouvaient passer le test de dépistage de la tuberculose même s’ils n’avaient pas les moyens de payer les autres examens.

Au total, 5 552 personnes ont été notifiées comme atteintes de la tuberculose parmi les 15 318 personnes testées, soit 36 %, dans les 30 formations sanitaires de la phase pilote. Ce résultat doit être considéré par le programme national de lutte contre la tuberculose comme une amélioration du dépistage parmi les personnes admises aux différents points d’entrée des formations sanitaires. Une faible proportion des patients (soit 259, ou 5 %) n’ont pas commencé le traitement antituberculeux dans la formation sanitaire où ils ont reçu le diagnostic, et ont plutôt été redirigés vers un centre de traitement de maladie plus près de leur domicile. Malheureusement, avec le système en place, il est impossible de savoir combien de ces patients ont commencé le traitement antituberculeux. Toutefois, les superviseurs ont avisé les référents sur la tuberculose d’inscrire toutes les personnes redirigées dans un registre distinct, en indiquant notamment si elles étaient sous traitement.

Les données ventilées par sexe ont confirmé la plus grande incidence de la tuberculose chez les hommes. Bien que moins nombreux à être admis dans les formations sanitaires, les hommes atteints de tuberculose représentaient 57 % des cas de tuberculose, pour un ratio hommes-femmes de 1,5.

Figure 2 : Résultats obtenus dans les 30 formations sanitaires ayant mis en œuvre la phase pilote de qualité et d'efficacité des programmes de janvier à septembre 2022

Source : Programme national de lutte contre la tuberculose



Le tableau 1 montre la cascade du traitement de la tuberculose à ses différents points d'entrée : consultation générale, prénatale ou préscolaire, nutrition, VIH, urgences, médecine interne et pédiatrie. Fait à noter, 59,5 % des patients

ont été pris en charge à l'étape de la consultation générale. La médecine interne, la pédiatrie et les urgences ont respectivement notifié 4,6 %, 3,4 % et 2,7 % des personnes atteintes de la tuberculose dans les formations sanitaires.

Tableau 1 : Résultats obtenus dans les 30 formations sanitaires ayant mis en œuvre le projet pilote de qualité et d'efficacité des programmes, par point d'entrée

Source : Programme national de lutte contre la tuberculose

Point d'entrée	Personnes inscrites dans le registre des consultations, n (%)	Personnes activement dépistées pour la tuberculose, n (%)	Cas présumés de tuberculose, n (%)	Personnes testées pour la tuberculose (microscopie ou GeneXpert), n (%)	Personnes atteintes notifiées, n (%)	Personnes atteintes placées sous traitement, n (%)	Part des notifications par point d'entrée (%)
Consultation générale	82 635 (59,5)	51 222 (62,0)	16 176 (31,6)	12 544 (78)	4 822 (38,4)	4 590 (95,2)	86,9
Consultation prénatale	13 508 (9,7)	5 627 (41,7)	512 (9,1)	269 (53)	25 (9,3)	25 (100)	0,5
Consultation préscolaire	25 598 (18,5)	10 341 (40,4)	540 (5,2)	346 (64)	18 (5,2)	18 (100)	0,3
Nutrition	1 640 (1,2)	1 305 (79,6)	111 (8,5)	92 (83)	21 (22,8)	17 (81,0)	0,4
VIH	528 (0,4)	502 (95,1)	284 (56,6)	202 (71)	71 (35,1)	64 (90,1)	1,3
Urgence	2 860 (2,1)	2 457 (85,9)	678 (27,6)	500 (74)	151 (30,2)	149 (98,7)	2,7
Médecine interne	3 432 (2,5)	2 443 (71,2)	1 039 (42,5)	869 (84)	256 (29,5)	252 (98,4)	4,6
Pédiatrie	8 425 (6,1)	4 175 (49,6)	793 (19,0)	496 (63)	188 (37,9)	178 (94,7)	3,4
Total	138 626	78 072	20 133	15 318	5 552	5 293	100,0



Programme national de lutte contre la tuberculose

Visite de mentorat et supervision au centre de diagnostic et de traitement de Kimia

Le programme national de lutte contre la tuberculose a comparé le nombre de cas de tuberculose notifiés dans les 30 formations sanitaires entre la période de janvier à septembre 2021 (avant l'intervention) et la période de janvier à septembre 2022 (durant l'intervention). Ce nombre est passé de 3 696 à 5 552, soit 1 856 cas de plus, une augmentation de 50,2 % attribuable à l'intervention de qualité et d'efficacité des programmes.

Enseignements et prochaines étapes

La démarche de qualité et d'efficacité des programmes mise en œuvre en phase pilote dans 30 formations sanitaires à Kinshasa a été couronnée d'un succès mesurable par une production constante de données et par une amélioration des indicateurs de détection des cas. Les résultats positifs obtenus lors de cette phase ont encouragé la poursuite de la démarche au quatrième trimestre de 2022 et en 2023. Les principaux enseignements tirés de l'expérience sont les suivants :

- Le dépistage de la tuberculose dans les autres départements ou points d'entrée dans les formations sanitaires a conduit à la détection de cas additionnels de tuberculose confirmée par test bactériologique.
- Les réunions mensuelles d'analyse de données et d'auto-évaluation de la performance en matière de lutte contre la maladie dans les formations sanitaires, avec la participation des dirigeants des différents

points d'entrée, sont un bon moyen d'introduire la démarche de qualité et d'efficacité des programmes dans les formations sanitaires.

- La formation du personnel soignant des autres services ou points d'entrée (p. ex. les consultations générales ou prénatales, la nutrition, les urgences, la pédiatrie et la médecine interne) a contribué à l'amélioration de la performance des formations sanitaires.
- Les rapports mensuels types remplis par les formations sanitaires ont montré les contributions de chaque service ou point d'entrée en matière de notification des cas de tuberculose. Ils se sont révélés utiles pour l'analyse de la performance lors des visites de supervision et de mentorat.
- Le dépistage de la tuberculose parmi les personnes qui se rendent dans une formation sanitaire pour d'autres raisons de santé contribue à la détection des personnes atteintes de la tuberculose qui manquent à l'appel.

En dépit de quelques difficultés de mise en œuvre, les stratégies et les approches employées se sont révélées efficaces. La suite du plan consiste à porter l'expérience à 100 formations sanitaires à Kinshasa en 2022 et dans deux autres provinces en 2023, afin que des résultats ayant un impact à plus grande échelle soient obtenus.

ÉTUDE DE CAS : Évaluation sur les communautés, les droits et le genre au Mali

Contexte

Depuis 2012, le Mali est confronté à une instabilité politique et à une crise sécuritaire qui ont eu un impact négatif sur l'accès à des services de santé de qualité. Le taux de pauvreté est passé de 42,5 % en 2019 à 44,4 % en 2021 ; 375 000 personnes de plus vivent dans l'extrême pauvreté (Banque mondiale). La densité de personnel de santé est l'un des plus faibles au monde : 0,52 pour 1 000 habitants, contre les 2,3 pour 1 000 recommandés par l'OMS. Le taux d'incidence de la tuberculose a été estimé à 50 (32-72) cas pour 100 000 habitants, avec une mortalité de 7,5 (4,4-11) décès pour 100 000 habitants parmi les personnes séronégatives au VIH. La couverture du traitement de la tuberculose en 2021 était estimée à 66 % (46-100), avec environ 3 700 personnes atteintes de la tuberculose manquant à l'appel chaque année (Rapport sur la tuberculose dans le monde de l'OMS, 2022). La riposte nationale à la tuberculose est centrée sur l'intégration de la lutte contre la tuberculose dans les soins de santé primaires, et dans les centres de santé communautaires (CSCOM) en particulier. Au Mali, 82 centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) et 1 394 CSCOM sont censés offrir un suivi du traitement. Cependant, les principaux obstacles à l'accès aux soins ne sont pas clairement cernés. Le pays doit recueillir des données supplémentaires pour mettre au point des interventions susceptibles d'accroître l'efficacité de sa riposte à la tuberculose.

Mise en œuvre

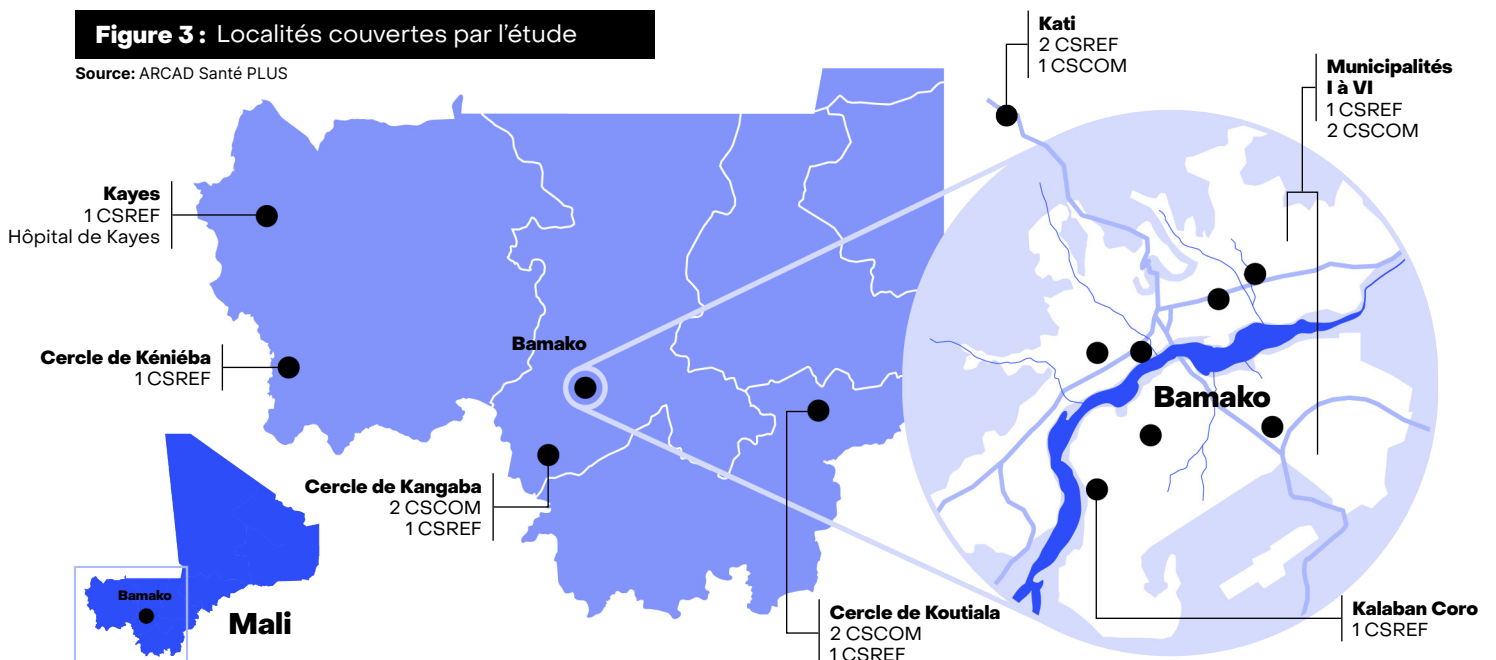
Le département de recherche communautaire d'ARCAD

Santé PLUS, en partenariat avec l'Institut de recherche pour le développement (IRD/UMR1252 SESSTIM), a réalisé une étude sur les communautés, les droits et le genre (CRG) dans le but de relever les facteurs structurels et individuels qui entravent ou favorisent l'accès aux soins et la continuité des traitements. L'étude a été menée dans le district de Bamako et dans les régions de Koulikoro, Sikasso et Kayes entre avril et juillet 2022 (figure 3). Une approche mixte de méthodes qualitatives et quantitatives a été employée. Les données ont été recueillies à trois niveaux :

1. **Gouvernements et institutions** : 32 entretiens individuels
2. **Formations sanitaires** : 18 CSCOM, 12 centres de santé de référence (CSREF), un hôpital régional et un hôpital universitaire
3. **Populations clés et vulnérables, personnes atteintes de la tuberculose et leurs contacts** : 20 groupes de discussion avec des personnes qui consomment des drogues, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des travailleuses et travailleurs du sexe, des personnes déplacées, réfugiées ou migrantes, des personnes atteintes du diabète ou de la tuberculose, des personnes vivant avec le VIH, des parents d'enfants atteints de la tuberculose, des familles ou des proches de personnes atteintes de la tuberculose, des personnes incarcérées et des mineurs ; une enquête quantitative auprès de 408 personnes atteintes de la tuberculose (dans des formations sanitaires et en prison) ; et 20 entretiens individuels avec des personnes atteintes de la tuberculose ayant déclaré des situations de stigmatisation ou de discrimination au cours de l'enquête quantitative.

Figure 3 : Localités couvertes par l'étude

Source: ARCAD Santé PLUS



Résultats

1. Gouvernements et institutions.

Les parties prenantes ont souligné les progrès réalisés dans l'intégration des programmes de lutte contre la tuberculose au Mali. La création d'un institut unique pour le VIH, l'hépatite et la tuberculose (c.-à-d. l'institutionnalisation) appuie des politiques intégrées qui devraient permettre d'optimiser les ressources (humaines et financières) et l'efficacité des programmes. Toutefois, on a souligné les besoins importants qui doivent être comblés pour que les programmes soient efficaces. Parmi ces besoins, mentionnons le renforcement des systèmes de santé par l'amélioration des infrastructures et des plateformes techniques, en particulier au plus bas niveau de la pyramide de la santé, et l'amélioration des mécanismes de viabilité financière visant un affranchissement progressif du financement des donateurs. Il

est également nécessaire d'adapter les programmes de santé sur la base de données probantes. Par exemple, la gratuité du diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose est perçue comme un élément suffisant pour garantir l'accès aux soins de la tuberculose. Pourtant, les programmes ne tiennent pas compte des difficultés financières et des besoins des patients, qui influent pourtant sur le comportement des patients et ont un impact négatif sur la prise en charge de leur maladie. L'adoption de nouvelles recommandations sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose et l'élaboration de messages de communication axés sur l'identification des symptômes ont également été citées comme des éléments essentiels (p. ex. il y a très peu d'information sur la prévention). Enfin, il a été noté qu'une planification déficiente entraînait une pénurie de médicaments dans les établissements de santé.

« Nous avons besoin d'une plateforme technique pour offrir le diagnostic de la tuberculose. Il faut des laboratoires bien équipés. » (intervenant communautaire)

« La décision d'intégrer les programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH et l'hépatite était judicieuse. Ces programmes vont de pair. Quand on voit une personne séropositive au VIH, il faut faire un dépistage de la tuberculose. Et quand on voit un patient atteint de la tuberculose, il faut faire un dépistage du VIH. » (membre du personnel soignant)

« Souvent, le programme n'aborde pas les véritables enjeux. Nous ne faisons pas une analyse approfondie de la communauté avant d'élaborer un plan d'action. Lorsque vous concevez un programme, vous avez déjà votre plan, votre financement, votre plan de mise en œuvre, mais tout cela tient-il compte des véritables besoins ? [...] » (membre du personnel soignant)

« L'épuisement de sources de financement a interrompu certaines activités. Il est difficile d'organiser des missions, des études. » (décisionnaire)

D'un point de vue législatif, il existe peu de documents directement liés à la tuberculose, hormis un cadre normatif pour la prise en charge de la tuberculose produit en 2018. La législation existante fait référence aux droits humains, à la prestation de services de santé en général et à d'autres aspects opérationnels, comme les contrôles frontaliers ou les normes de traitement de populations spécifiques (p. ex. les personnes réfugiées ou mineures). Cependant, la législation aborde rarement

les enjeux propres à la tuberculose. En fait, la dimension juridique est méconnue des décisionnaires, des soignants et des acteurs communautaires. Le recours des patients à la justice est perçu comme une rareté dans le contexte malien. Enfin, l'importance des questions de genre ne fait pas l'unanimité. Cela met en lumière une source potentielle d'inégalité entre les genres, en particulier par manque de connaissances sur ce sujet.

« [...] le droit à la santé est un droit universel [...]. Cela étant, j'estime que la question du genre est une bonne chose [...], cette législation ouvre la voie à l'instauration des conditions nécessaires à l'accès universel aux soins. » (membre du personnel soignant)

« Mais je n'ai pas besoin de consulter les documents, [...] la notion de genre, honnêtement, je n'en vois pas l'intérêt. » (décisionnaire)

« En ce qui concerne la législation [de protection des patients], il me semble qu'il y a une charte, la charte des patients [qui contient des orientations sur la prestation des soins aux patients]. [En général], je n'ai aucune information sur la législation. On passe outre. » (décisionnaire)

« Oui, même si elle existe, je ne la connais pas [...] » (intervenant communautaire)

« Oui, la législation, les mesures, j'en ai entendu parler lors de notre formation [...] » (membre du personnel soignant)

« Je ne peux répondre à aucune question qui touche le domaine juridique. » (décisionnaire)

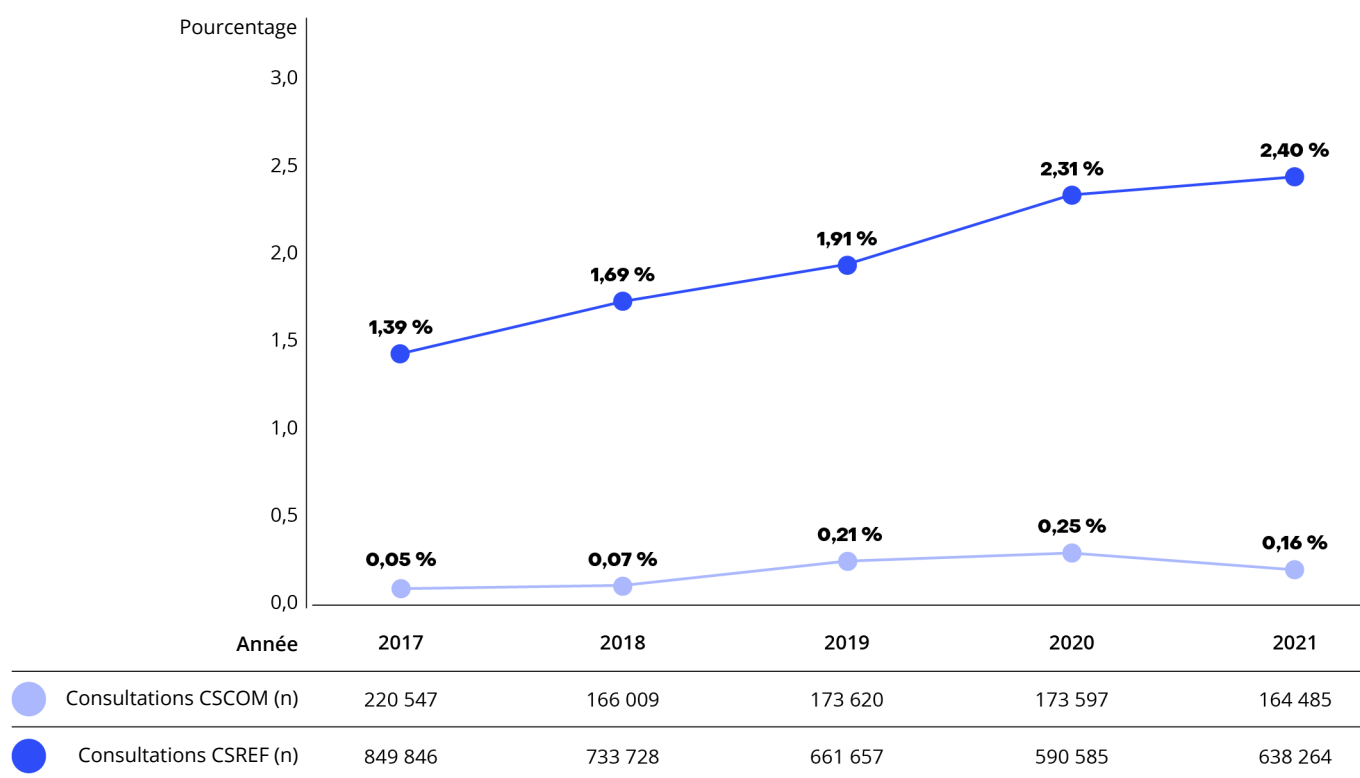
2. Formations sanitaires.

La prise en charge de la tuberculose n'est pas pleinement intégrée dans les centres de santé communautaires. Dans les centres de santé de référence, les activités de dépistage de la tuberculose sont limitées par rapport aux interventions curatives. Cela s'explique principalement par l'absence d'une plateforme tech-

nique adéquate, par un équipement de base insuffisant ainsi que par un manque d'infrastructures et de ressources humaines. La figure 4 montre la proportion du dépistage de la tuberculose par rapport au total des interventions curatives dans les CSCOM (0,16 % en 2021) et dans les CSREF (2,4 % en 2021).

Figure 4 : Proportion du dépistage de la tuberculose par rapport au total des interventions curatives dans les CSCOM et les CSREF (données agrégées)

Source : ARCAD Santé PLUS



Bien que la plupart des centres sélectionnés pour l'étude fournissent des services liés au VIH, seule la moitié d'entre eux offrent des services de conseil et de dépistage et un traitement antirétroviral aux patients co-infectés par la tuberculose et le VIH. La majorité des centres de santé communautaires offrent des services inadéquats aux patients atteints de la tuberculose. En outre, les services de soutien communautaire et psychosocial font souvent défaut à tous les niveaux

de la pyramide sanitaire. Les figures 5 et 6 montrent les services de lutte contre la tuberculose offerts à la population dans les 32 formations sanitaires incluses dans l'étude. Les agents et agentes de santé communautaires jouent un rôle très limité dans les activités de prise en charge de la tuberculose. Enfin, la plupart des formations sanitaires ont signalé des pénuries de médicaments antituberculeux entre avril 2021 et mars 2022.

3. Populations clés et vulnérables, patients atteints de la tuberculose et de leur entourage.

Si les membres des populations clés et vulnérables interrogés avaient entendu parler de la tuberculose, peu d'entre eux en connaissaient les causes principales et les symptômes. En outre, ils ont souligné : 1) le manque d'information qui les aiderait à accéder aux services de lutte contre la tuberculose ; 2) une organisation insuffisante des formations sanitaires ; 3) un manque d'adaptabilité aux besoins des populations clés du VIH ; 4) la notion de service gratuit, qui devrait englober le soutien psychosocial et d'autres soutiens.

L'enquête quantitative a porté sur 408 patients atteints de la tuberculose, soit 390 adultes et 18 enfants. La moitié des adultes avaient entre 18 et 35 ans, et 44 % n'avaient aucun niveau d'instruction. Pour la plupart des patients interrogés, la santé mentale, l'estime de soi et la qualité de vie, y compris la santé sexuelle, s'étaient détériorées depuis le diagnostic de tuberculose. La moitié d'entre eux ont dû assumer des dépenses liées aux soins de la tuberculose qui ont conduit à une situation finan-

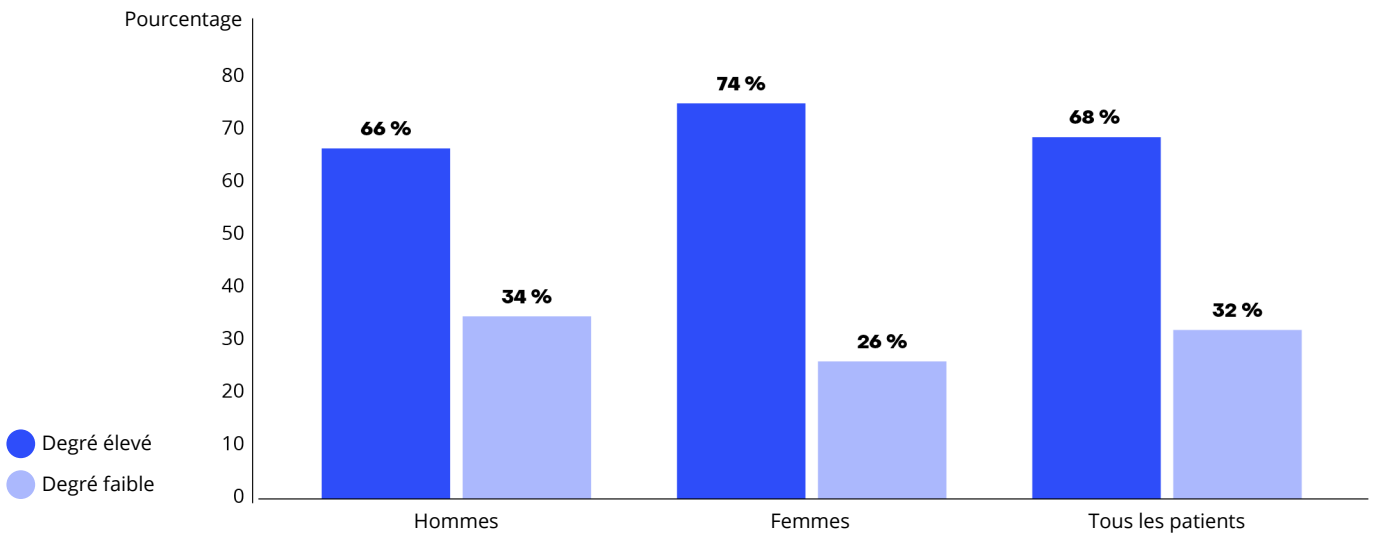
« Certaines d'entre nous sont méprisées dans certaines formations sanitaires. Nous voulons être testées là où nous sommes respectées. » (travailleuse du sexe dans un groupe de discussion)

« Il est très difficile d'accéder à ces services. La première difficulté, avant même de solliciter un service de lutte contre la tuberculose, est de savoir si un tel service existe. » (personne qui consomme des drogues injectables dans un groupe de discussion)

cière « catastrophique ». Quarante-vingt-dix pour cent des patients ignoraient la législation sur la protection des patients et les droits humains correspondants. La figure 7 montre que 68 % des patients visés par l'étude percevaient une forte stigmatisation associée à la maladie (66 % des hommes et 74 % des femmes). La plupart des patients ont soulevé des préoccupations par rapport à la confidentialité dans leurs rapports avec le personnel soignant. La tuberculose est perçue comme une maladie qui a de nombreuses répercussions sur la relation du patient avec sa famille, son cercle social et son environnement professionnel, y compris le personnel soignant.

Figure 7 : Degré de stigmatisation estimé par les patients, par sexe (n = 390)

Source : ARCAD Santé PLUS



La plupart des participants à l'enquête quantitative n'avaient connaissance d'aucune loi ni d'aucun droit humain les protégeant. La plupart d'ailleurs ne semblaient pas favorables à la dénonciation des incidents de stigmatisation et de discrimination. Ce manque de connaissance et d'intérêt à l'égard de la législation et

des droits humains pourrait s'expliquer par la perception qu'il est difficile de trouver une solution viable en cas de litige lié aux services de santé. En effet, de nombreux participants ont noté que les plaintes adressées aux autorités n'étaient pas prises en considération et qu'aucune mesure n'était prise.

Famille

C'était très dur pour moi dans la famille de mon mari [...]. Je dormais seule avec mes enfants, et quand je me sentais mal j'appelais seulement ma belle-sœur [...]. Comme elle est agente de santé, elle m'a donné mes injections et m'a aidé à prendre mes médicaments. Mon mari n'est jamais entré dans ma chambre, il ne m'a même pas regardée ou demandé si j'allais bien [...]. » (femme atteinte de la tuberculose)

Communauté

« Je toussais, je vomissais, tout mon corps avait changé de couleur. Tous mes amis m'ont abandonné, même si je tombais, plusieurs refusaient de me toucher. » (patient)

Formation sanitaire

« Ce que l'agent de santé m'a fait, c'est ce qui m'a le plus blessée. Autrement, certaines personnes sont stigmatisées dans leur famille, d'autres au travail ou dans leur communauté. Pour moi, ça a été au centre de santé. C'est mon soignant qui m'a fait ça [...]. Il a essayé de dire que j'avais été mal élevée [...] il ne me connaît pas, comment peut-il dire que je suis mal élevée ? » (patiente)

Enseignements et prochaines étapes

Cette étude met en évidence les obstacles importants à l'accès à des services de prévention et de traitement de la tuberculose de qualité au Mali. Les principaux obstacles sont la disponibilité des services de lutte contre la tuberculose et la capacité de ceux-ci à offrir des soins de qualité, la faiblesse des approches de soins centrées sur la personne, le manque de personnel de santé disposant d'une formation adéquate, les niveaux élevés de stigmatisation, une méconnaissance de la législation et des droits des patients, et le faible intérêt des institutions pour les questions de genre. L'offre et la qualité des services de lutte contre la tuberculose doivent être améliorées dans les formations sanitaires. Pour cela, un travail avec la société civile sera nécessaire pour :

1. Moderniser les laboratoires au niveau des CSCOM afin d'améliorer la décentralisation des services de lutte contre la tuberculose ;

2. Encourager le transfert des tâches vers les communautés (p. ex. les programmes de lutte contre le VIH) afin d'optimiser les ressources humaines pour la santé ;
3. Éduquer le personnel des programmes, le personnel de la santé, les agentes et agents de santé communautaires et les communautés sur les questions de genre et les droits humains ;
4. Entériner une déclaration visant spécifiquement la discrimination et la stigmatisation liées au genre dans la riposte à la tuberculose ;
5. Obtenir le soutien des associations de défense des droits humains, ainsi que des institutions judiciaires.

Les conclusions de cette étude ont été présentées à l'occasion d'un atelier national, et seront prises en compte dans l'établissement des priorités d'intervention pour 2023 et au cours du prochain cycle de subvention du Fonds mondial.

3. Autres mises à jour

Prochaines réunions

Atelier d'examen entre pairs des demandes de financement auprès du Fonds mondial – Thaïlande et Kenya

Deux ateliers à l'intention des candidats qui font une demande de financement auprès du Fonds mondial pour la période 2023-2025 (CS7) ont été organisés. L'un à Bangkok, en Thaïlande, du 13 au 15 février, et l'autre à Nairobi, au Kenya, du 21 au 23 février. Plus précisément, les ateliers interactifs permettront aux participants de passer en revue et d'améliorer le projet de demande de financement de leur pays avant le dépôt de sa version finale au Fonds mondial. Grâce à la revue entre pairs et par des experts, à l'autoévaluation et au dialogue au niveau du pays, les participants pourront relever les goulets d'étranglement, hiérarchiser les investissements transversaux et préparer des demandes plus cohérentes et solides qui répondent aux besoins les plus urgents de leur pays.

Réunion du conseil d'administration du Partenariat Halte à la tuberculose

Le Partenariat Halte à la tuberculose tiendra la réunion de son conseil d'administration les 25 et 26 mars, à Varanasi, en Inde.

4. Témoignages

« ARCAD Santé PLUS est le récipiendaire principal pour les activités communautaires de lutte intégrée contre la tuberculose et le VIH au Mali. L'organisation est chargée de la mise en place de stratégies d'intervention mobile à l'intention des communautés éprouvant des difficultés d'accès aux formations sanitaires. Des campagnes de dépistage dans les prisons, ainsi que parmi les populations déplacées à l'intérieur du pays en raison de l'insécurité qui règne au Mali, facilitent la détection des personnes atteintes de la tuberculose. Pour chaque patient diagnostiqué pour la tuberculose, des acteurs communautaires mènent une recherche des contacts afin de détecter les proches parents symptomatiques ou admissibles à un traitement préventif. Cette année, nous avons évalué la riposte à la tuberculose dans le but de relever les obstacles, liés aux droits humains ou autres, auxquels font face les personnes vulnérables. Nous préparons un plan d'intervention en conséquence. L'approche communautaire est essentielle à la détection des personnes atteintes de la tuberculose manquant à l'appel. C'est pourquoi nous devons maximiser la complémentarité entre les programmes nationaux et les organisations à assise communautaire. »



D^{re} Dembele Bintou Keita, MD, MPH,
Directrice générale,
ARCAD Santé PLUS, Mali

« Les organisations de la société civile et les communautés sont, plus que jamais, organisées et capables de lutter pour mettre fin à la tuberculose, à condition qu'elles bénéficient des ressources financières suffisantes. En ce qui concerne la Réunion de haut niveau des Nations Unies 2023, j'exhorte les États membres des Nations Unies à faire preuve d'audace et d'ambition dans leurs demandes. La victoire contre la tuberculose d'ici 2030 en dépend. »



Austin Arinze Obiefuna,
Vice-président,
Partenariat Halte à la tuberculose



Le Fonds mondial / Vincent Becker

À propos de l'initiative stratégique relative à la tuberculose
L'initiative stratégique relative à la tuberculose, financée par le Fonds mondial et mise en œuvre par le Partenariat Halte à la tuberculose et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), travaille depuis 2018 avec des programmes nationaux et des partenaires de lutte contre la tuberculose pour arrêter la propagation de la tuberculose et atteindre l'objectif mondial adopté par les dirigeants mondiaux de mettre fin à la tuberculose d'ici 2030. Cet ambitieux effort conjoint, initialement lancé dans 13 pays, vise à éliminer certains obstacles à la détection des personnes atteintes de tuberculose manquant à l'appel, en particulier parmi les principales populations vulnérables, en combinant des approches novatrices, le partage des connaissances et les meilleures pratiques. Maintenant dans sa deuxième phase (2021-2023), l'initiative catalysera de nouveaux efforts pour détecter et traiter avec succès les personnes atteintes de la tuberculose qui font face à des obstacles et qui manquent actuellement à l'appel à différents points de la cascade de soins de la tuberculose dans 20 pays prioritaires.