



Note d'information sur la tuberculose

15 décembre 2016
Genève, Suisse

Table des matières

I.	Introduction	3
	01 Objectif de ce document	3
	02 Messages clés	3
	03 Programmation conjointe et intégration	5
II.	Aperçu global : progrès et défis de la lutte contre la tuberculose.....	7
	04 Situation actuelle de l'épidémie mondiale de tuberculose	7
	05 Défis mondiaux	9
	06 Situation en matière de financement.....	10
	07 Stratégie « Mettre fin à la tuberculose » et Plan mondial pour éliminer la tuberculose	11
III.	La nouvelle stratégie du Fonds mondial	12
	08 Enseignements tirés du premier cycle de financement fondé sur l'allocation de fonds	12
	09 Objectifs stratégiques du Fonds mondial pour la période 2017/2022	12
IV.	Traduire les directives en demande de financement	13
	10 Établissement des priorités	13
	11 Efficience des allocations	14
	12 Qualité des programmes et des données	17
	13 Domaines prioritaires pour les demandes de financement adressées au Fonds mondial	17
	14 Soutien technique et renforcement des capacités	20
	15 Plans stratégiques nationaux.....	22
V.	Références clés	23
VI.	Liste des abréviations.....	24
	Annexe 1 : Dix indicateurs prioritaires (non classés) pour suivre la mise en œuvre de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » à l'échelle mondiale et nationale, et recommandations de niveaux cibles applicables à tous les pays.....	25

I. Introduction

01 Objectif de ce document

La présente note d'information vise à fournir des orientations aux candidats qui décident quel montant investir en vue de mettre fin à l'épidémie de tuberculose. Elle est destinée à être utilisée dans le cadre de la préparation d'une demande de financement au Fonds mondial. Elle vise à encourager les investissements stratégiques, c'est-à-dire les investissements dans les activités prioritaires qui auront le plus fort impact, notamment pour les populations clés. La présente note d'information contient donc des recommandations visant à définir des priorités et des objectifs qui permettront d'optimiser l'impact des interventions de lutte contre la tuberculose, en fonction du profil épidémiologique du pays (à la fois pour la tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante), des obstacles à l'accès aux services de prise en charge, et du système de santé en place dans le pays. Elle pourra servir aux pays qui préparent ou révisent leur plan stratégique national (PSN) de lutte contre la tuberculose, et sera particulièrement utile pour le dialogue national et la préparation des demandes de financement adressées au Fonds mondial.

La présente note d'information présente brièvement la nouvelle stratégie du Fonds mondial, les enseignements tirés au cours du premier cycle de financement fondé sur l'allocation de fonds et les domaines prioritaires en matière de prévention, de prise en charge et de traitement de la tuberculose. Elle formule des recommandations visant à définir ou à identifier les populations clés ou vulnérables face à la tuberculose et à établir des interventions prioritaires afin d'optimiser l'impact de la lutte antituberculeuse. Elle vise à compléter d'autres outils et documents d'orientation concernant la planification stratégique de la lutte antituberculeuse et les interventions dans ce domaine, notamment la [stratégie « Mettre fin à la tuberculose »](#) et son [guide de mise en œuvre \(*Implementing the End TB Strategy: the essentials*\)](#), ainsi que le [Plan mondial pour éliminer la tuberculose : le changement de paradigme 2016-2020](#).

02 Messages clés

1. Repérer les millions de cas non diagnostiqués

Plus de 10,4 millions de personnes contractent la tuberculose chaque année. Parmi elles, plus de 4,3 millions ne sont ni diagnostiquées, ni traitées, ni déclarées officiellement aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Les chiffres sont particulièrement préoccupants pour la tuberculose pharmacorésistante (TB-PR), dont près de 80 % des nouveaux cas passent à travers les mailles du diagnostic chaque année. Collectivement, ces millions de cas non diagnostiqués constituent un échec mondial de santé publique et sont une priorité absolue pour la riposte mondiale à la maladie. On ne pourra pas mettre un terme à l'épidémie de tuberculose tant que ces personnes ne seront pas desservies, diagnostiquées, traitées et déclarées. Il faut pour cela lever les obstacles à l'accès aux services de prise en charge de façon à assurer des services antituberculeux de qualité, disponibles et accessibles à tous, en particulier aux communautés et aux populations les plus touchées par la maladie. L'utilisation des outils et services existants doit être intensifiée, mais il convient également d'adopter d'autres approches et outils novateurs, notamment des moyens innovants d'impliquer l'ensemble des prestataires de soins, afin d'atteindre les patients non diagnostiqués et de mettre fin à l'épidémie de tuberculose.

2. Optimiser l'impact de la lutte contre la tuberculose

Le Fonds mondial encouragera et investira dans l'intensification urgente des efforts de diagnostic, de prévention et de traitement, mais également dans des programmes destinés à lever les obstacles à l'accès aux soins. Il se concentrera en priorité sur les régions et les populations les plus touchées par la maladie, tout en redoublant d'efforts dans les régions confrontées à des épidémies croissantes. Des investissements seront réalisés dans des interventions adaptées à l'épidémiologie, fondées sur des données factuelles et menées dans le respect de la protection et de la promotion des droits de l'Homme, et qui s'attacheront à atteindre les patients non diagnostiqués. Une attention particulière sera également accordée à la réalisation de résultats clairs et mesurables et à la mise en œuvre d'interventions ciblées et susceptibles d'obtenir un impact maximal.

3. Mettre en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé

Le renforcement des systèmes de santé permet d'améliorer les résultats dans la lutte contre les trois maladies et dans le secteur de la santé en général, mais il va aussi de pair avec une meilleure protection financière et une plus grande équité, contribuant à la couverture sanitaire universelle. Il passe par la promotion et le renforcement des interventions communautaires et par la participation des communautés touchées aux prises de décision.

4. Promouvoir et protéger les droits de l'Homme et l'égalité des genres pour éliminer plus rapidement les trois épidémies

La promotion et la protection des droits de l'Homme et de l'égalité des genres dans le cadre des trois maladies sont l'un des principaux piliers de la Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022, intitulée *Investir pour mettre fin aux épidémies*. La Politique de pérennité, de transition et de cofinancement du Fonds mondial indique par ailleurs que les candidatures doivent prévoir, le cas échéant, des interventions visant à répondre aux besoins des populations clés et vulnérables et à s'attaquer aux obstacles et aux vulnérabilités liées au genre et aux droits de l'Homme concernant l'accès aux services.

Ces obstacles à l'accès aux services de prise en charge de la tuberculose (stigmatisation et discrimination, notamment) et les inégalités de genre compromettent en effet l'efficacité de la riposte. Il est donc nécessaire de s'y attaquer grâce à des programmes concrets et à une programmation et une mise en œuvre tenant compte du genre et fondées sur les droits de l'Homme, de façon à assurer des services antituberculeux de qualité, disponibles et accessibles à tous, en particulier aux populations clés et vulnérables.

5. Améliorer la qualité des programmes

L'amélioration de la qualité des programmes est un élément essentiel de la Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022. Avec l'élargissement de la couverture des services, il est impératif de mettre l'accent sur la qualité afin d'optimiser et de pérenniser l'impact. Les pays peuvent ainsi accroître l'impact de la lutte antituberculeuse en élargissant et en intensifiant des interventions ayant fait leurs preuves et en encourageant des méthodes d'amélioration de la qualité innovantes et centrées sur l'être humain. Les services de soins de santé doivent être sûrs, efficaces, rapides, efficaces, équitables et axés sur l'être humain (ces caractéristiques étant les six piliers de la qualité des soins) afin d'obtenir les résultats souhaités en matière de santé. Les prestataires de services antituberculeux doivent s'efforcer d'atteindre les populations spécifiques exposées à un risque accru, notamment les personnes vivant avec le VIH, les détenus et les personnes vivant dans des conditions de surpeuplement et dans l'extrême pauvreté.

6. Utiliser les données au service des interventions

Des efforts constants et systématiques et des investissements à long terme dans des systèmes de collecte de données de routine doivent être consentis afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des données qui seront analysées et utilisées pour prendre des décisions stratégiques, mais également afin de permettre un meilleur ciblage des programmes, et donc d'améliorer la qualité et l'efficacité des investissements.

7. Plaider pour l'augmentation des ressources programmatiques et financières provenant de diverses sources afin d'accélérer les efforts visant à éradiquer les épidémies

Il est nécessaire de mobiliser davantage de ressources afin de pouvoir intensifier la riposte aux trois maladies. Il est particulièrement important d'augmenter les investissements de ressources nationales dans le secteur de la santé, essentiels pour assurer un avenir durable au financement de la santé dans la plupart des pays.

8. Contextes d'intervention difficiles

Les contextes d'intervention difficiles sont l'une des grandes priorités du Fonds mondial, et sa Stratégie pour la période 2017/2022 s'engage à accroître la flexibilité, à soutenir les innovations et à renforcer les partenariats dans le but d'améliorer l'efficacité de ses investissements dans le secteur de la santé et d'atteindre les populations clés. Les candidats concernés devront consulter la [Note de politique opérationnelle sur les contextes d'intervention difficiles \(Operational Policy Note on Challenging Operating Environments\)](#) (à paraître), qui comporte des indications sur l'accès au financement et la gestion des subventions.

9. Différencier les approches/interventions

Face aux divers contextes épidémiologiques au sein d'un même pays, les approches innovantes sont essentielles pour mettre fin plus rapidement aux épidémies. Pour parvenir à impliquer les principaux partenaires, compte tenu de cette diversité croissante, il est nécessaire d'accorder une plus grande importance à la flexibilité et à la prévisibilité de l'allocation de ressources, mais également d'adopter des approches différenciées en fonction du contexte épidémiologique, de façon à mieux cibler les interventions et à optimiser leur impact.

03 Programmation conjointe et intégration

La programmation conjointe permet de mieux cibler les ressources, d'élargir les services et d'accroître leur efficacité, leur efficience, leur qualité et leur pérennité.

Programmation conjointe tuberculose/VIH

Afin d'optimiser les investissements en faveur des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH et de maximiser les synergies entre ces programmes de façon à améliorer les résultats en matière de santé, **les pays qui présentent de nombreux cas de co-infection tuberculose/VIH¹ sont tenus de soumettre une seule demande de financement** présentant une programmation conjointe et intégrée de lutte contre ces deux maladies. Ces demandes de financement doivent proposer des interventions et des activités à fort impact et classées par ordre de priorité dans le cadre de ces programmes (y compris des activités conjointes de lutte contre la tuberculose/le VIH) et fournir une description détaillée de la manière dont les deux programmes œuvreront conjointement en vue de lutter contre la co-infection tuberculose/VIH. Les pays qui préparent une seule demande de financement pour la tuberculose et le VIH doivent également tenir compte des contraintes communes liées au système de santé, qui pourraient compromettre la mise en œuvre et l'intégration des programmes de lutte contre ces deux maladies, mais également d'autres domaines transversaux communs.

L'objectif d'une programmation conjointe tuberculose/VIH est d'optimiser l'impact des investissements du Fonds mondial et des autres donateurs afin d'améliorer les résultats en matière de santé. Ces programmes nécessiteront des financements pour couvrir des domaines transversaux tels que la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé, l'élimination des obstacles liés au genre et aux droits de l'Homme en ce qui concerne l'accès aux services de lutte contre ces deux maladies, et l'utilisation plus efficace des informations sanitaires, du personnel et des produits de santé dans le cadre de l'élargissement ciblé des services intégrés de prise en charge de la tuberculose et du VIH. La programmation conjointe permet également de mieux cibler les ressources et d'harmoniser les efforts visant à accroître l'efficacité, l'efficience, la qualité et la pérennité des programmes. Elle permet en particulier de gagner en efficacité grâce à une gestion de programmes coordonnée et à une collaboration nationale constante entre les programmes de lutte contre les maladies lors de la préparation des demandes de financement, de la mise en œuvre et du suivi des subventions, et de l'investissement dans des systèmes de données de qualité. En outre, la planification et la budgétisation intégrées des programmes, la mise en place d'activités conjointes et le partage des ressources entre les programmes sont vivement recommandés.

La programmation conjointe permet de renforcer la prestation de services essentiels pour les personnes atteintes de tuberculose, de VIH, ou d'une co-infection tuberculose/VIH, notamment le dépistage régulier de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PPVIH), dépistage du VIH chez les personnes présentant des symptômes de tuberculose et les patients tuberculeux, la distribution de traitements antirétroviraux (TARV) et de médicaments antituberculeux aux patients co-infectés, et la mise à disposition d'une thérapie préventive contre la tuberculose aux personnes vivant avec le VIH n'ayant pas contracté la forme active de la tuberculose. Il existe plusieurs modèles permettant de proposer des services intégrés aux patients touchés par la tuberculose et le VIH, notamment un système de « guichet unique ». Cependant, il n'existe pas de solution toute faite.

Les enseignements tirés de l'élaboration de notes conceptuelles uniques pour la tuberculose et le VIH et de la programmation conjointe au cours du premier cycle de financement fondé sur l'allocation de fonds ont montré que ce système entraînait une plus grande harmonisation des domaines transversaux, tels que les achats et la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la supervision, le suivi et l'évaluation, ainsi que la prestation de services intégrés pour la lutte contre la tuberculose et le VIH. Il a également été constaté que ce principe permettait d'alléger la charge administrative liée à l'élaboration d'une proposition et de simplifier la gestion des subventions. Une note conceptuelle unique pourrait donc être un outil de candidature approprié pour les pays qui cherchent à accroître l'efficacité de leur procédure de demande et de gestion des subventions. Plusieurs lacunes ont toutefois été identifiées. Ainsi, certains efforts déployés séparément pour lutter contre les maladies n'ont été pris en compte qu'à l'étape de présentation de la note conceptuelle, et la collaboration au sein des pays entre les programmes de lutte contre les maladies s'en est trouvée limitée au cours de la phase de mise en œuvre. En outre, les activités

¹ Les 28 pays fortement touchés par la co-infection tuberculose/VIH et éligibles à un financement du Fonds mondial sont : l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Cameroun, le Congo, l'Éthiopie, le Ghana, la Guinée-Bissau, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, le Lesotho, le Libéria, le Malawi, le Mozambique, le Myanmar, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie, le Swaziland, le Tchad, la Thaïlande, la Zambie et le Zimbabwe.

proposées pour lutter contre la tuberculose et le VIH étaient rarement classées par population cible, en dépit du fait que les groupes les plus touchés par la tuberculose et le VIH se recoupent souvent. Les programmes faisant explicitement référence aux populations clés (les migrants, les consommateurs de drogues injectables ou les détenus, par exemple) ou qualifiés d'interventions communautaires conjointes offrent plusieurs exemples de bonnes pratiques.

Le dialogue mené par les pays et les prises de décision afférentes par les parties prenantes de la lutte contre la tuberculose et le VIH (notamment les organisations de la société civile et les communautés touchées), conformes en tous points aux principes des droits de l'Homme et de l'égalité des sexes, sont deux facteurs essentiels de la réussite des programmes d'action conjointe de lutte contre ces deux maladies. La portée de la programmation conjointe est déterminée par le contexte national. L'épidémiologie de la tuberculose et du VIH dans le pays, la maturité et la capacité des programmes, les différentes infrastructures de santé et leur gestion, ainsi que les obstacles aux soins et les besoins des patients doivent déterminer la portée et les domaines prioritaires de la programmation conjointe selon une démarche flexible. Il est possible de gagner en efficacité à plusieurs niveaux des programmes, de la planification à la collecte de données en passant par la coordination et la prestation de services. Cette démarche réduit les doubles emplois, favorise les synergies et cible les ressources afin d'obtenir le maximum d'impact. Elle contribuera également à accroître la pérennité de la riposte à travers les programmes.

Pour de plus amples informations, veuillez vous référer aux documents suivants : la [Note d'information du Fonds mondial sur le VIH](#), la [Note d'orientation technique de l'OMS/ONUSIDA sur le VIH et la tuberculose](#), la [stratégie « Mettre fin à la tuberculose » de l'OMS](#), les [rapports du partenariat « Halte à la tuberculose » sur les populations clés](#), les [directives de l'OMS concernant l'intégration de services collaboratifs de lutte contre la tuberculose et le VIH dans une démarche de prise en charge globale des consommateurs de drogues injectables](#) (*Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs*) et le [rapport de la réunion de consultation visant à tirer des enseignements de l'élaboration de notes conceptuelles uniques pour la tuberculose et le VIH et à définir la voie à suivre pour la programmation conjointe tuberculose/VIH](#) (*Report of the consultation meeting to draw lessons from development of Single TB and HIV Concept Notes and defining the way forward for joint TB and HIV programming*) (Addis-Abeba, 2015).

Tuberculose et maladies non transmissibles²

Chaque année, 38 millions de personnes meurent de maladies non transmissibles (MNT), essentiellement du diabète, de maladies cardiovasculaires, de cancers et de maladies respiratoires chroniques. Plus de 75 % de ces décès surviennent dans des pays à revenu faible et intermédiaire, et parmi les pays les plus touchés par la tuberculose, nombreux sont ceux qui sont également confrontés à des épidémies croissantes de maladies non transmissibles (OMS, 2015). Il s'agit alors d'un double fardeau : d'une part, les personnes souffrant d'une maladie non transmissible sont plus exposées à la tuberculose, et d'autre part, ces maladies ont un effet négatif sur l'efficacité des traitements contre la tuberculose. En outre, les populations pauvres et vulnérables sont les plus touchées par la tuberculose. Il existe une forte corrélation entre la pauvreté et les principaux facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles et à la tuberculose (mauvaise alimentation, tabagisme et consommation excessive d'alcool, par exemple). Ces maladies ont donc un impact inéquitable et constituent un double fardeau. La solution à ces problèmes passe par l'intégration et la coordination des services de santé, de la planification et des cadres préventifs, mais également des sources de financement.

Le diabète triple les risques de contracter la tuberculose. Les taux de tuberculose sont par conséquent plus élevés chez les personnes diabétiques qu'au sein de la population générale. Le diabète peut aggraver l'évolution clinique de la tuberculose, et la tuberculose peut compliquer le contrôle de la glycémie chez les personnes diabétiques. Les patients souffrant des deux maladies nécessitent donc une prise en charge clinique rigoureuse. Des stratégies doivent également être mises en œuvre afin de leur offrir des soins optimaux : dépistage et traitement précoces de la tuberculose chez les personnes diabétiques et dépistage et traitement précoces du diabète chez les personnes atteintes de tuberculose, selon l'épidémiologie et les facteurs de risque de ces maladies.

Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

Dans les pays confrontés à une forte prévalence de la tuberculose, les femmes en âge de procréer sont elles aussi fortement touchées par la maladie. La tuberculose est l'une des principales causes de décès pour cette population. La tuberculose maternelle associée au VIH constitue un facteur de risque pour la transmission de la tuberculose

² Pour plus d'informations : <http://www.who.int/nmh/events/ncd-coordination-mechanism/en/>

aux nourrissons. Elle va de pair avec des accouchements prématurés, un faible poids de naissance des nouveau-nés et une mortalité maternelle et infantile plus élevée.

Pour un enfant souffrant de tuberculose (ou en contact avec une personne touchée par cette maladie), le point d'entrée le plus évident dans le système de santé se situe souvent au niveau communautaire, dans l'établissement où son parent, son tuteur ou toute autre personne du foyer a reçu le diagnostic de sa tuberculose ou est pris en charge. Les services de santé maternelle et infantile, de santé reproductive et de planification familiale constituent une plateforme fiable pour assurer des services de lutte contre la tuberculose, le VIH et autres services destinés aux femmes et aux enfants. Une approche intégrée, communautaire et familiale des soins antituberculeux permettrait de lever les obstacles à l'accès aux soins, de réduire les retards de diagnostic et d'améliorer la prise en charge de la maladie chez les femmes et les enfants. Pour plus d'informations, consultez le [Document technique du Fonds mondial sur la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente \(The Global Fund Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Technical Brief\)](#).

II. Aperçu global : progrès et défis de la lutte contre la tuberculose

04 Situation actuelle de l'épidémie mondiale de tuberculose

Situation générale

La tuberculose est l'une des maladies infectieuses les plus meurtrières : elle a tué 1,8 million de personnes en 2015 (d'après les estimations, 1,4 million de personnes séronégatives et 0,4 million de personnes vivant avec le VIH)³. En 2015, on estime à 10,4 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose dans le monde : 5,9 millions d'hommes (56 %), 3,5 millions de femmes (34 %) et 1,0 million d'enfants (10 %). Au cours de la même année, seuls 6,1 millions de nouveaux patients tuberculeux ont été déclarés aux autorités sanitaires nationales (soit 59 % des 10,4 millions des nouveaux cas estimés). Cela signifie qu'à l'échelle mondiale, 4,3 millions de personnes atteintes de tuberculose sont passées à travers les mailles du diagnostic. D'après les dernières données sur l'efficacité des traitements, leur taux de réussite au niveau mondial atteint une moyenne de 83 % pour la tuberculose (cohorte de 2014). Ce taux de réussite est en baisse, puisqu'il atteignait 86 % pour la cohorte traitée en 2013. L'efficacité des traitements contre la tuberculose varie d'une région et d'un pays à l'autre⁴.

Tuberculose pharmacorésistante

D'après les estimations, en 2015, sur les 580 000 personnes atteintes de tuberculose pharmacorésistante (tuberculose multirésistante [TB-MR] et résistante à la rifampicine [TB-RR]), seules 125 000 (20 %) suivaient un traitement. La même année, seuls 30 % des malades (24 % des nouveaux patients et 53 % des patients déjà traités) ont bénéficié d'un test de sensibilité aux médicaments (TSM) pour la rifampicine. C'est dans les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale que l'on observe les taux de tuberculose multirésistante les plus élevés.

En 2015, on a enregistré environ 250 000 décès dus à la tuberculose multirésistante/résistante à la rifampicine. Dans l'ensemble de la cohorte de 2013, la proportion de patients atteints de tuberculose multirésistante/résistante à la rifampicine ayant terminé leur traitement avec succès n'était que de 52 %, avec un important taux de mortalité (17 %) et de patients perdus de vue (15 %).

Fin 2015, des cas de tuberculose ultrarésistante (TB-UR) avaient été signalés dans 117 États membres de l'OMS. On estime ainsi que 9,5 % des personnes souffrant de tuberculose multirésistante présentent une forme ultrarésistante de la maladie. L'utilisation du test rapide Xpert MTB/RIF® s'est considérablement développée depuis que l'OMS a commencé à la recommander en 2010. Ce test a permis d'améliorer la détection de la tuberculose multirésistante/résistante à la rifampicine.

³ Lorsqu'une personne séropositive meurt de la tuberculose, la cause sous-jacente est considérée comme étant le VIH dans le système de classification internationale des maladies (CIM-10).

⁴ [Rapport 2016 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde](#).

Co-épidémies de tuberculose et de VIH

D'après les estimations, 11 % des personnes touchées par la tuberculose en 2015 étaient séropositives. Cette proportion était particulièrement élevée dans les pays de la Région africaine de l'OMS et dépassait 50 % dans certaines régions d'Afrique australe. En 2015, les programmes nationaux de lutte antituberculeuse ont recensé au total 500 564 patients atteints de tuberculose et séropositifs. La même année, parmi les cas déclarés de tuberculose, 55 % des patients disposaient de résultats documentés du test de séropositivité. La proportion de patients atteints de tuberculose et séropositifs suivant une thérapie antirétrovirale (TARV) atteignait 78 %. Le dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH est recommandé par l'OMS, qui le considère comme un élément essentiel de la prise en charge globale du VIH. Toutefois, sur près de 2,3 millions de personnes nouvellement inscrites dans un programme de prise en charge du VIH en 2015, seuls 231 637 cas de tuberculose (10 %) ont été déclarés au cours de la même année. Au total, 910 000 personnes vivant avec le VIH ont commencé un traitement préventif à l'isoniazide (TPI) en 2015, de même que 87 000 enfants de moins de cinq ans en contact avec des patients tuberculeux (soit 7 % des enfants éligibles).

Recherche et développement : de nouveaux diagnostics, de nouveaux médicaments et des traitements plus courts

Diagnostiques :

Ces dernières années, l'OMS a recommandé de nouveaux tests : microscopie à fluorescence LED, tests effectués par sondes moléculaires en ligne (dont certains permettent de déterminer la sensibilité aux médicaments de deuxième intention), test Xpert MTB/RIF et test d'amplification isotherme induite par boucle (LAMP). Certains, notamment le test Xpert MTB/RIF et les sondes moléculaires en ligne, permettent un diagnostic rapide et plus fiable de la tuberculose, y compris de la forme pharmacorésistante de la maladie. Des manuels d'utilisation de ces tests sont disponibles sur le site Internet de l'OMS. Ces nouveaux outils de diagnostic doivent être déployés rapidement et utilisés de façon optimale. Pour plus d'informations, consultez le [document d'orientation politique](#) de l'OMS et le [cadre des indicateurs et des objectifs de renforcement des laboratoires présenté pour la stratégie « Mettre fin à la tuberculose »](#).

Certains tests effectués par sondes moléculaires en ligne (SL-LPA), par exemple, détectent la résistance aux antituberculeux de deuxième intention. Pour les patients dont la tuberculose résistante à la rifampicine ou multirésistante a été confirmée, l'OMS recommande d'utiliser ces tests en premier lieu afin de détecter la résistance aux fluoroquinolones et aux médicaments injectables de deuxième intention, plutôt qu'un test phénotypique de sensibilité aux médicaments (TSM). L'OMS recommande également l'utilisation d'un test diagnostique rapide afin d'identifier les patients souffrant de tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine qui pourraient bénéficier de schémas thérapeutiques plus courts.

Un certain nombre de nouveaux tests diagnostiques de la tuberculose sont actuellement mis au point dans des laboratoires périphériques, intermédiaires et de référence, notamment les tests GeneXpert Omni, GenePOC et Xpert Ultra (nouvelle cartouche plus sensible). Un aperçu complet des avancées réalisées dans le développement de diagnostics moléculaires de la tuberculose est disponible à l'annexe 2. L'OMS propose également une liste exhaustive de ses documents stratégiques relatifs au diagnostic de la tuberculose sur son [site Internet](#) (page consacrée aux diagnostics et aux laboratoires, en anglais).

Nouveaux médicaments, traitements plus courts et formules pédiatriques

Depuis quelques années, l'arrivée sur le marché de la bédaquiline et du délamanide, deux nouveaux médicaments permettant de traiter les cas de tuberculose pharmacorésistante, est une avancée encourageante pour tous les patients chez lesquels les taux de réussite des traitements sont toujours restés faibles. L'Organisation mondiale de la Santé a formulé des recommandations conditionnelles sur l'utilisation de ces nouveaux médicaments dans des documents d'orientation provisoires publiés respectivement en 2013 et 2014.

En mai 2016, l'OMS a recommandé de diminuer la durée des traitements contre la tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine, quel que soit l'âge des patients ou leur statut sérologique VIH. Ces schémas thérapeutiques plus courts peuvent convenir aux patients qui n'ont encore jamais reçu de médicaments de deuxième intention et chez lesquels la résistance aux fluoroquinolones et aux agents injectables de deuxième intention a été exclue ou jugée très peu probable (voir la [note d'information sur les traitements plus courts contre la tuberculose multirésistante \[The Shorter MDR-TB Regimen\]](#)).

Ce nouveau schéma thérapeutique contre la tuberculose multirésistante comprend généralement sept médicaments administrés lors d'une phase intensive de quatre mois, et quatre médicaments administrés lors de la phase de poursuite du traitement, pour une durée totale de 9 à 12 mois. Il est essentiel d'assurer un suivi de l'efficacité du traitement, des effets néfastes et des récurrences, mais également d'axer les soins sur les patients et de leur apporter un soutien social afin de favoriser le respect du traitement. L'utilisation programmatique est faisable dans la plupart des cas, dans le monde entier. Le coût des médicaments est nettement plus faible, à moins de 1 000 dollars US par patient, et certaines études, menées notamment en Afrique francophone, ont permis d'observer une meilleure efficacité des traitements (taux de réussite de plus de 83 %). Le Fonds mondial a soutenu plusieurs projets de recherche opérationnelle qui ont incité l'OMS, en mai 2016, à recommander l'utilisation de schémas thérapeutiques plus courts comme premier choix de traitement pour les patients atteints de tuberculose multirésistante/résistante à la rifampicine. Il est important de noter que plusieurs essais cliniques aléatoires (l'essai STREAM, entre autres) sont actuellement menés afin d'étayer cette recommandation.

Des formules pédiatriques et des médicaments antituberculeux adaptés aux enfants ont récemment été mis au point par des partenaires, sous la direction de l'Alliance mondiale pour la mise au point de médicaments antituberculeux. Cette évolution importante, qui permettra d'offrir un traitement approprié aux enfants atteints de tuberculose, contribuera à améliorer le respect du traitement et à renforcer son efficacité. Pour plus d'informations, consultez la [page consacrée aux médicaments adaptés aux enfants](#) sur le site Internet de l'Alliance mondiale pour la mise au point de médicaments antituberculeux.

05 Défis mondiaux⁵

Lente diminution de la prévalence de la tuberculose

L'incidence de la tuberculose a diminué de moins de 2 % par an depuis 2000, et la mortalité due à cette maladie a chuté de 34 % entre 2000 et 2015. À ce rythme, il est illusoire d'espérer atteindre les objectifs d'une diminution de l'incidence de la tuberculose de l'ordre de 80 % d'ici 2030 et de 95 % d'ici 2035. Le taux de létalité, qui d'après les estimations atteindrait 17 % à l'échelle mondiale, devrait être ramené à 10 % d'ici 2020 et à 6 % d'ici 2025 pour que les objectifs de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » soient atteints. Compte tenu de la quasi-stagnation du nombre de cas de tuberculose déclarés, les avancées réalisées au cours des dix dernières années sont loin d'être suffisantes pour progresser sur la voie de l'élimination de la maladie. Rien qu'en 2015, 4,3 millions de personnes atteintes de tuberculose ont été « oubliées » : certains cas détectés et traités n'ont pas été déclarés, tandis que d'autres n'ont pas été diagnostiqués, faute d'accès aux soins, ce qui a permis à la maladie de continuer à se transmettre. L'absence ou le manque de coopération avec les prestataires de soins privés contribue à cette situation. D'après l'expérience de pays tels que l'Inde, il semblerait que l'utilisation de moyens innovants pour impliquer les prestataires de soins de santé privés (notamment des plateformes électroniques afin de faciliter la déclaration des cas de tuberculose) permettrait d'améliorer considérablement la déclaration des cas. Selon de récentes études de prévalence, de nombreux patients atteints de tuberculose peuvent ne présenter aucun symptôme, ce qui explique pourquoi ils ne se manifestent pas auprès des établissements de santé ou ne sont pas repérés par les systèmes de santé. Les outils et méthodes de dépistage actuels ne sont pas adaptés pour diagnostiquer la tuberculose chez des personnes asymptomatiques, et il convient de trouver des solutions innovantes et de meilleurs outils afin d'atteindre les patients non diagnostiqués.

Tuberculose pharmacorésistante

La résistance aux antimicrobiens (RAM) représente une importante menace pour la lutte contre les maladies infectieuses, notamment la tuberculose, et reste une préoccupation majeure pour la sécurité sanitaire mondiale. La tuberculose pharmacorésistante intervient pour près d'un tiers dans la prévalence de la résistance aux antimicrobiens à l'échelle mondiale. On estime que 580 000 nouveaux patients ont contracté une forme pharmacorésistante de la maladie (tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine) en 2015, et que seuls 20 % d'entre eux ont été traités. L'efficacité des traitements contre la tuberculose pharmacorésistante est très faible, avec un taux de guérison d'à peine 52 % chez les patients atteints de tuberculose multirésistante. Plusieurs obstacles persistent au niveau des systèmes de santé et empêchent le développement rapide d'une prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante (recours à de nouveaux outils de

⁵ Adapté de : Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015*, Genève, 2014, EB134/12

diagnostic, à de nouveaux médicaments et à des systèmes de pharmacovigilance et de gestion des médicaments antituberculeux).

Tuberculose associée au VIH

L'épidémie de VIH continue à alimenter l'épidémie de tuberculose. À l'échelle mondiale, 45 % des patients atteints de tuberculose ne connaissent pas leur statut sérologique. De même, une part importante des personnes vivant avec le VIH n'est pas soumise régulièrement au dépistage de la tuberculose. La chimioprophylaxie contre la tuberculose n'est pas encore proposée à toutes les personnes qui pourraient en bénéficier, et il existe un écart considérable entre le nombre de patients atteints de tuberculose et séropositifs ayant commencé un traitement antirétroviral et le nombre total estimé de personnes touchées par les deux maladies et qui auraient besoin à la fois d'un traitement contre la tuberculose et d'un traitement antirétroviral. Notons qu'en l'absence de prévention et de soins appropriés, une importante proportion de personnes vivant avec le VIH meurt d'une tuberculose non diagnostiquée.

Comorbidités des maladies non transmissibles et de la tuberculose

Les facteurs de risque de la tuberculose tels que le diabète, le tabagisme, la silicose, la consommation excessive d'alcool et de drogue et la malnutrition constituent un frein à la lutte antituberculeuse, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Un grand nombre de personnes souffrent d'une infection latente, ce qui contribue à accroître la proportion de futurs cas de tuberculose.

Défaillances des systèmes de santé

La couverture insuffisante et les mauvaises performances des services de santé limitent l'accès à des soins antituberculeux de qualité. De nombreux prestataires de santé publics et privés ne sont toujours pas associés aux efforts nationaux de lutte contre la tuberculose. L'absence de couverture sanitaire universelle alourdit le fardeau économique qui pèse sur les populations pauvres. Cette difficulté est exacerbée par un manque de mécanismes de protection sociale permettant de faire face à la perte de revenus et aux coûts non médicaux liés à la maladie. Les avancées restent insuffisantes concernant les mécanismes réglementaires nécessaires pour assurer un contrôle efficace de l'infection, l'utilisation rationnelle des outils de diagnostic de la tuberculose et des médicaments antituberculeux, la déclaration obligatoire de la maladie (en particulier par les prestataires de soins privés), le fonctionnement des systèmes d'enregistrement de l'état civil et la protection des droits juridiques des personnes souffrant de tuberculose. On déplore par ailleurs des capacités limitées en matière de collecte, de qualité et d'utilisation des données à tous les niveaux.

Déficits de financement

Malgré une nette augmentation du financement de la lutte antituberculeuse dans les pays où la maladie est endémique, les initiatives mondiales de lutte contre la tuberculose restent insuffisamment financées. Les besoins de financement risquent d'ailleurs d'augmenter puisqu'il est nécessaire d'accélérer la réalisation de l'objectif de couverture sanitaire universelle afin que toutes les personnes atteintes de tuberculose, notamment de tuberculose pharmacorésistante, puissent bénéficier d'un diagnostic et d'un traitement sans devoir supporter des coûts catastrophiques.

Facteurs sous-jacents et obstacles à l'accès aux services antituberculeux

Plusieurs grands facteurs sous-jacents de l'épidémie de tuberculose doivent être pris en compte : la pauvreté et l'inégalité, l'insécurité alimentaire, les effets pervers des mouvements de population et les situations d'urgence complexes. Il convient également de s'attaquer aux autres obstacles liés aux droits de l'Homme et à l'égalité des genres, notamment la stigmatisation et la discrimination associées à la tuberculose. L'efficacité de la prévention et du traitement de la tuberculose passe donc par des mesures permettant de réduire la pauvreté, d'améliorer la nutrition ainsi que les conditions de vie et de travail, mais également par des stratégies visant à lever les obstacles à l'accès aux soins et à atténuer l'impact de la migration, du vieillissement des populations et des maladies chroniques comme le diabète, qui sont des facteurs de risque de tuberculose.

06 Situation en matière de financement

En 2015, le coût des traitements contre la tuberculose pharmacosensible se situait entre 100 et 1 000 dollars US par patient dans la plupart des pays fortement touchés par la tuberculose. Le coût des traitements contre la tuberculose multirésistante allait généralement de 2 000 à 20 000 dollars US par patient. Il est donc impératif, pour atteindre les objectifs de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » et du Plan mondial pour éliminer la

tuberculose, d'augmenter considérablement et de toute urgence les investissements initiaux. Au cours des cinq prochaines années, la mise en œuvre des programmes de lutte contre la tuberculose nécessitera au total 58 milliards de dollars US, dont 52 milliards de dollars US jugés nécessaires pour les pays à revenu faible et intermédiaire (avec un financement de 12,3 milliards de dollars US en 2020, contre 8,3 milliards de dollars US en 2016). Il faudra également réunir 9 milliards de dollars US supplémentaires pour financer la recherche et le développement de nouveaux outils ([Rapport 2016 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde](#)).

Même en s'appuyant sur les projections les plus optimistes concernant les financements nationaux et en partant du principe que les financements externes seront maintenus à leur niveau actuel, les pays éligibles du Fonds mondial devront mobiliser 7,4 milliards de dollars US supplémentaires afin d'atteindre les échéances fixées pour 2020. Si la majeure partie de ces investissements doit provenir de ressources nationales et de donateurs internationaux, la mobilisation de sources de financement alternatives (obligations à impact social, microtaxes ou fonds d'affectation spéciale commun multidonateurs) pourrait accélérer de manière spectaculaire l'intensification des investissements. D'après les estimations, les besoins en ressources atteindraient 51,9 milliards de dollars US dans les pays non membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, et 29,4 milliards de dollars US dans les pays éligibles du Fonds mondial pour la période 2016-2020 ([Plan mondial pour éliminer la tuberculose : le changement de paradigme 2016-2020](#)).

07 Stratégie « Mettre fin à la tuberculose » et Plan mondial pour éliminer la tuberculose

La stratégie « Mettre fin à la tuberculose »

L'épidémie mondiale de tuberculose constitue un enjeu de développement ayant d'importantes répercussions biomédicales, socioéconomiques et de santé publique. La riposte mondiale à cette maladie doit donc faire partie intégrante des initiatives globales visant à atteindre les objectifs de développement durable. Les trois piliers de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose »⁶ de l'OMS, qui oriente la riposte mondiale à la maladie, préconisent des approches adaptées à chaque pays. Ils visent à atteindre l'accès universel à des soins de qualité et encouragent le diagnostic et le traitement précoces et rapides de toutes les formes de tuberculose, y compris de la tuberculose pharmacorésistante, les activités de collaboration VIH/tuberculose, la prise en charge des comorbidités et le traitement préventif des personnes à haut risque. Ces objectifs supposent une évolution stratégique de la lutte contre l'épidémie de tuberculose, avec les mesures suivantes : intensification énergique du dépistage, recours à de nouveaux outils et à des solutions innovantes pour le diagnostic et le traitement, prévention de la tuberculose et lutte contre l'infection, renforcement des systèmes communautaires afin d'améliorer l'accès aux services de santé, en particulier pour les groupes vulnérables, renforcement de la collaboration avec le secteur privé et les populations clés, et protection des droits de l'Homme et des politiques soucieuses de l'égalité des genres⁷.

Les mesures devront être intensifiées au niveau de la prestation de services, ainsi qu'à différents niveaux de gouvernance : programmes nationaux de lutte antituberculeuse ou structures équivalentes, ministères de la Santé qui supervisent ces structures, et autres entités gouvernementales chargées de définir l'agenda du développement social, d'affecter les ressources et de favoriser la coordination interministérielle. Les dirigeants gouvernementaux doivent exercer une tutelle générale sur le dispositif de sorte que l'élimination de l'épidémie reste une priorité du programme de développement.

Le Plan mondial pour éliminer la tuberculose : un changement de paradigme et une évolution des mentalités

Le Plan mondial 2016-2020 est un plan d'investissement sur cinq ans, véritable feuille de route visant à accélérer l'impact de la lutte contre l'épidémie de tuberculose et à atteindre les objectifs de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » de l'OMS ([Plan mondial pour éliminer la tuberculose : le changement de paradigme 2016-2020](#)).

Il établit des objectifs ambitieux (« objectifs 90-(90)-90 ») et définit les mesures et les ressources qui seront nécessaires au cours des cinq prochaines années afin de mettre le monde sur la bonne voie pour éliminer l'épidémie mondiale de tuberculose d'ici 2030, comme le prévoient les objectifs de développement durable

⁶ On parle d'« élimination de l'épidémie de tuberculose » si l'incidence moyenne de la maladie ne dépasse pas 10/100 000 à l'échelle mondiale. L'expression « mettre fin à la tuberculose » utilisée dans l'ensemble du présent document fait référence à cette définition opérationnelle.

⁷ [Stratégie « Mettre fin à la tuberculose »](#)

récemment adoptés par les dirigeants mondiaux. Les programmes d'investissement du Plan mondial proposent des interventions conçues pour avoir le plus d'impact possible et pour maximiser le retour sur investissement dans un contexte donné.

Le Plan affirme également que pour mettre fin à la tuberculose, il est nécessaire d'opérer un changement de paradigme, c'est-à-dire de faire évoluer nos méthodes de lutte contre la tuberculose à tous les niveaux, dans chaque communauté, chaque établissement de santé et chaque pays. Les gouvernements des pays fortement touchés par la maladie devront se montrer ambitieux et déclarer que la tuberculose n'a pas sa place dans l'avenir de leur société, mais également que le paradigme actuel (élimination progressive de l'épidémie grâce à des avancées modestes) sera remplacé par des initiatives énergiques et durables afin de mettre fin à la maladie. Des progrès aussi spectaculaires que ceux envisagés par la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » ne pourront être accomplis que si les dirigeants gouvernementaux annoncent à leurs concitoyens et à leurs services de santé que la lutte contre la tuberculose sera menée à long terme (tout comme celle contre le VIH ou même contre la polio) et que le gouvernement y consacra les ressources nécessaires pour éliminer la maladie dans le pays. Toutes les parties prenantes doivent adopter l'état d'esprit nécessaire pour lutter contre la tuberculose de façon à mettre fin à cette maladie.

III. La nouvelle stratégie du Fonds mondial

08 Enseignements tirés du premier cycle de financement fondé sur l'allocation de fonds

Dans l'ensemble, le modèle de financement fondé sur l'allocation de fonds a constitué une évolution positive du modèle opérationnel du Fonds mondial. Il a permis de renforcer l'impact et la prévisibilité des financements, mais également d'adopter une vision plus ambitieuse et un calendrier plus flexible. Toutefois, certaines améliorations doivent encore être apportées, concernant notamment la méthodologie de l'allocation de fonds, les demandes de financement ne pouvant être honorées, les financements incitatifs qui ne répondent pas à leur objectif, les candidatures/processus d'examen indifférenciés, le manque de clarté sur les questions de pérennité et de transition, l'intégration limitée des programmes et des services, ou encore la lenteur de la mise en œuvre.

Tous ces problèmes sont pris en compte dans le nouveau cycle de financement. Le financement fondé sur l'allocation de fonds (qui consiste à allouer à chaque pays éligible un montant donné pour la période) sera poursuivi pour le cycle de financement 2017-2019.

Le Comité technique d'examen des propositions (TRP) a fait part de ses observations et des enseignements tirés de l'examen des notes conceptuelles issues de ce modèle pour la période 2014-2016 dans un [rapport sur le modèle de financement fondé sur l'allocation de fonds \(Technical Review Panel's Consolidated Observations on the 2014-2016 Allocation Based Funding Model\)](#) disponible sur le site Internet du Fonds mondial.

Les enseignements tirés du premier cycle de financement fondé sur l'allocation de fonds et les limites observées seront pris en compte dans le nouveau cycle de financement. Le financement fondé sur l'allocation de fonds (qui consiste à allouer à chaque pays éligible un montant donné pour la période) sera poursuivi pour le cycle de financement 2017-2019. Des informations détaillées concernant le processus de demande de financement dans le nouveau cycle, notamment les procédures de candidature différenciées, sont disponibles sur le [site Internet du Fonds mondial](#).

09 Objectifs stratégiques du Fonds mondial pour la période 2017/2022

La [Stratégie du Fonds mondial](#) présente un programme audacieux pour la période allant de 2017 à 2022. Elle s'appuie sur une vision ambitieuse, une mission et quatre objectifs stratégiques comportant chacun un certain nombre de sous-objectifs et étayés par deux « catalyseurs stratégiques ». Les principaux objectifs de la Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022 sont les suivants : optimiser l'impact des actions menées contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, mettre en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé, promouvoir et protéger les droits de l'Homme et l'égalité de genre, et mobiliser des ressources accrues. Concernant la tuberculose, l'objectif en matière de prestation de service pour la période stratégique est de « *réduire rapidement l'incidence de la tuberculose, des co-infections tuberculose/VIH et de la tuberculose multirésistante ainsi que la*

mortalité associée à ces maladies grâce à un accès universel à des soins et à une prévention de qualité, conformément à la stratégie «Mettre fin à la tuberculose» et au Plan mondial pour éliminer la tuberculose ».

L'optimisation de l'impact des investissements consacrés à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme nécessite des approches différenciées en fonction du contexte dans les pays, une harmonisation accrue et une meilleure planification pour assurer la pérennité des programmes. Les pays doivent être aidés sur le long terme dans la mise en œuvre et la pérennisation de programmes efficaces de lutte contre les trois maladies, d'un point de vue à la fois programmatique et financier. La mise en œuvre réussie de cette stratégie contribuera, d'une part, aux progrès accomplis dans la lutte contre ces trois maladies, conformément aux objectifs de la Stratégie d'accélération de l'ONUSIDA, de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » et de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme, et d'autre part, à la réalisation des objectifs de développement durable.

La mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé est indispensable pour garantir un accès à des services efficaces, efficaces et accessibles, dans le cadre de systèmes de santé et de systèmes communautaires performants et réactifs. L'existence de systèmes solides pour la santé est essentielle pour avancer dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et pour faire en sorte que les pays puissent relever la multitude de défis auxquels sont confrontées les différentes populations en matière de santé, des menaces sanitaires mondiales aux maladies non transmissibles.

Les obstacles liés aux droits de l'Homme, notamment la stigmatisation et la discrimination, nuisent à l'efficacité de la riposte aux trois maladies. Il est donc nécessaire de s'y attaquer grâce à des programmes concrets et à une programmation et une mise en œuvre communautaires, fondées sur les droits de l'Homme et favorisant l'égalité des genres, de façon à maximiser l'impact de la riposte à la tuberculose. Il est également indispensable de lever les obstacles liés au genre, notamment les inégalités de genre, les normes et les stéréotypes de genre néfastes, dans la mesure où ces phénomènes entraînent une augmentation des taux d'infection et contribuent aux inégalités d'accès aux services de santé entre les hommes, les femmes et les personnes transgenres.

Mobiliser davantage de ressources est nécessaire pour intensifier la riposte aux trois maladies. Selon les stratégies techniques mondiales de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, la communauté sanitaire mondiale devra procéder à d'importants investissements au cours de la prochaine période stratégique afin de préserver les résultats obtenus jusqu'à aujourd'hui et d'accélérer la réalisation de nouveaux progrès.

Le succès de la stratégie du Fonds mondial dépend de deux éléments fondamentaux, appelés catalyseurs stratégiques : l'innovation et la différenciation dans le continuum de développement, d'une part, et le soutien apporté à des partenariats qui se rendent mutuellement des comptes, d'autre part.

IV. Traduire les directives en demande de financement

10 Établissement des priorités

Les demandes de financement adressées au Fonds mondial doivent s'appuyer sur de solides plans stratégiques nationaux de lutte antituberculeuse et sur des stratégies nationales ambitieuses dans le secteur de la santé.

Lors de la préparation d'une demande de financement, il est essentiel de :

1. planifier afin d'assurer la pérennité et la continuité des interventions clés jugées concluantes et efficaces dans le cadre de subventions octroyées précédemment, tout en améliorant l'établissement des priorités et le ciblage stratégique des investissements du Fonds mondial destinés à la lutte contre la tuberculose ;
2. privilégier les interventions portant sur les domaines prioritaires et qui permettront d'optimiser l'impact des investissements du Fonds mondial ;
3. déployer et utiliser efficacement les nouveaux outils de diagnostic, les nouveaux médicaments, les schémas thérapeutiques plus courts et les formules pédiatriques, ainsi que les approches innovantes permettant d'optimiser l'impact.

Les candidats sont vivement encouragés à étudier les directives techniques et normatives les plus récentes afin d'identifier les interventions à fort impact, et à envisager une intensification des bonnes pratiques locales et régionales fondées sur des données factuelles, mais également des innovations et des projets pilotes mis en œuvre avec succès (projets soutenus par TB REACH et d'autres partenaires, notamment). Les principaux documents

d'orientation sont répertoriés à la fin de la présente note d'information. Les interventions énumérées dans l'encadré ci-dessous sont présentées à titre indicatif ; elles couvrent les principales fonctions des services de santé essentielles à la prévention et à la prise en charge de la tuberculose, pouvant être ajustées en fonction des contextes nationaux, des situations épidémiologiques et des expériences. Leur mise en œuvre nécessite une étroite collaboration avec l'ensemble des parties prenantes, notamment le secteur social, la société civile et les communautés.

La Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022 fournit des orientations claires sur la manière de différencier les approches d'investissement, de mieux travailler dans les contextes d'intervention difficiles, d'intégrer plus efficacement les considérations d'égalité des genres dans les investissements, de s'attacher à éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme et de préserver ces acquis. La stratégie « Mettre fin à la tuberculose » et le Plan mondial pour éliminer la tuberculose proposent des indications utiles concernant l'établissement de priorités entre les interventions et les populations en fonction de l'épidémiologie de la tuberculose et du contexte de chaque pays.

11 Efficience des allocations

Les ressources nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose sont plus importantes que celles dont nous disposons actuellement. L'optimisation de l'impact nécessite une approche fondée sur les données afin d'orienter les programmes vers les populations les plus touchées par les maladies. Ce principe d'« efficience des allocations » est inscrit dans le processus d'octroi de subventions du Fonds mondial. Les pays sont encouragés à réaliser une analyse épidémiologique afin d'identifier l'évolution des maladies et les déficits de financement avant de soumettre leurs demandes de financement. Cette méthode vise à orienter les investissements vers les populations et les régions qui en ont le plus besoin et à renforcer les systèmes de soutien. Pour faciliter cette démarche, le Fonds mondial aide également les pays à mieux cartographier les populations clés et estimer leur taille.

Les plans stratégiques nationaux doivent faire apparaître les principes généraux de l'efficience des allocations dans leurs programmes, en montrant que les interventions sélectionnées (parmi plusieurs options) présentent un bon rapport coût-efficacité, s'appuient sur des données factuelles et sont adaptées au contexte national, qu'elles sont hiérarchisées au regard de ressources limitées, et que les investissements sont répartis de façon optimale entre les interventions afin d'obtenir un impact maximal sur la santé. Dans les pays où cela est possible, la question de l'efficience des allocations pourrait même être liée plus directement au processus de sélection et d'établissement de priorités entre les nombreuses interventions clés.

Encadré 1 : Interventions à fort impact contre la tuberculose

- **Diagnostic précoce et traitement rapide de toutes les personnes de tous âges souffrant de toute forme de tuberculose (pharmacosensible ou pharmacorésistante).** Pour assurer un accès universel à la prise en charge et à la prévention de la tuberculose avec une attention accrue à l'égard des populations vulnérables et difficiles à atteindre, il est nécessaire de garantir l'accès à des diagnostics rapides et à des tests de sensibilité aux médicaments à tous ceux qui en ont besoin, en priorité les personnes exposées à la tuberculose multirésistante et à la tuberculose associée au VIH. Cela passe par une utilisation optimale du test Xpert MTB/RIF et d'autres nouveaux outils, par la radiographie (radiographies numériques, notamment) qui permet d'assurer un accès aux soins à toutes les personnes qui en ont besoin, et par une intensification active du dépistage dans les populations prioritaires.
- **Dépistage systématique des groupes à haut risque, à l'aide notamment de radiographies numériques et de nouveaux outils de diagnostic :** personnes en contact avec des patients atteints de tuberculose, notamment les enfants et les personnes âgées, personnes vivant avec le VIH et travailleurs exposés aux poussières de silice, détenus, migrants, personnes vivant dans des taudis urbains, etc. Il convient par ailleurs de proposer une chimiothérapie préventive aux groupes à haut risque, notamment aux personnes vivant avec le VIH et aux enfants en contact avec des patients atteints de tuberculose.
- **Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose, y compris de tuberculose pharmacorésistante, et accompagnement des patients.** Un traitement doit être dispensé à tous les patients qui en ont besoin, quel que soit leur âge, leur sexe, leur genre, le type de tuberculose dont ils souffrent, leur statut bactériologique, leurs comorbidités ou leur statut juridique. Il est essentiel de veiller à ce que tous les patients atteints de tuberculose puissent bénéficier gratuitement de traitements vitaux afin de minimiser la maladie et les décès dus à la tuberculose. Cela passe par l'introduction et le déploiement de nouveaux médicaments et de schémas thérapeutiques plus courts contre la tuberculose multirésistante, mais également de médicaments adaptés aux enfants et de formules pédiatriques. La résistance aux médicaments antituberculeux fait peser sur les progrès mondiaux contre la maladie une menace majeure, qu'il convient d'écarter rapidement et efficacement, notamment en prévenant la transmission (contrôle de l'infection).
- **Programmes et approches visant à lever les obstacles à l'accès aux soins (services communautaires et intégrés, notamment).** Les programmes doivent être élargis de façon à favoriser les approches intégrées, communautaires et familiales de la prise en charge de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante. Cela permettrait de lever les obstacles à l'accès aux soins, de réduire les retards de diagnostic et d'améliorer la prise en charge de la maladie chez les hommes, les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées. Il convient pour cela d'intensifier les approches innovantes en matière de prestation de services, en accordant une attention particulière aux expériences nationales qui se sont avérées concluantes (menées par exemple dans le cadre de projets soutenus par TB REACH et de l'approche ENGAGE-TB).
- **Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.** Il est possible de diminuer de façon importante l'incidence de la maladie et d'éliminer les décès dus à la tuberculose associée au VIH en adoptant et en déployant à grande échelle des politiques visant à proposer des services intégrés et centrés sur le patient et à garantir une prévention efficace, une détection précoce et un traitement rapide, conformément aux 12 activités collaboratives recommandées contre la co-infection tuberculose-VIH.
- **Soins antituberculeux dans le secteur privé.** Il est capital d'impliquer les prestataires de soins privés dans le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose, mais aussi dans les démarches de suivi et d'évaluation. Dans certains pays, la majorité des patients atteints de tuberculose/tuberculose pharmacorésistante consultent des prestataires de soins privés pour leurs symptômes relatifs à la tuberculose, et ce pour différentes raisons. Les approches innovantes visant à

mobiliser et à collaborer avec les prestataires de soins antituberculeux privés, notamment celles soutenues par TB REACH et par d'autres partenaires, doivent être étudiées et intégrées dans les efforts de lutte contre la tuberculose.

- **Prise en charge des comorbidités.** La tuberculose est associée à d'importants risques sanitaires et comorbidités qui nécessitent une prise en charge intégrée des patients : la dénutrition, le diabète, la consommation excessive d'alcool et de drogue, le tabagisme, la silicose, la bronchopneumopathie chronique obstructive et autres maladies non transmissibles, notamment les troubles de santé mentale. Tous ces problèmes constituent des facteurs de risque de tuberculose et peuvent compliquer la prise en charge clinique.
- **Surveillance et données.** Des données de qualité sont nécessaires afin de pouvoir établir des priorités, assurer un suivi et prendre des décisions. Il est essentiel de renforcer les systèmes de surveillance de la tuberculose, notamment grâce aux systèmes électroniques intégrés d'enregistrement et de communication de l'information, de promouvoir la « santé numérique » et d'intensifier l'utilisation de solutions de communication des diagnostics.

12 Qualité des programmes et des données

Pour prendre les bonnes décisions, il est indispensable de disposer de données de qualité. Des efforts systématiques et des investissements à long terme dans des systèmes de collecte de données de routine doivent être consentis afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des données qui seront analysées et utilisées pour prendre des décisions stratégiques, mais également afin de permettre un meilleur ciblage des programmes, d'améliorer la qualité et de renforcer l'efficacité de la prestation de services.

La Note de politique opérationnelle sur la qualité des programmes et des données présentée dans le [Manuel de politique opérationnelle du Fonds mondial \(Global Fund Operational Policy Manual\)](#) publié en juillet 2016 fournit des orientations sur les exigences et les procédures à suivre en matière de suivi et d'évaluation (S&E) afin de garantir la qualité des interventions et des données dans les programmes soutenus par le Fonds mondial. Cette note décrit les différentes méthodes d'évaluation et les outils disponibles afin de mieux identifier et gérer les risques susceptibles de compromettre la réalisation des objectifs de la subvention.

13 Domaines prioritaires pour les demandes de financement adressées au Fonds mondial

Populations clés

Concernant la tuberculose, les populations clés sont les personnes vulnérables, mal desservies ou exposées à l'infection tuberculeuse et à la maladie. Les populations clés varient selon les pays ; elles englobent les personnes plus exposées à la tuberculose en raison de leur lieu de résidence ou de travail, les personnes ayant un accès limité à des services antituberculeux de qualité, et les personnes plus exposées à la maladie en raison de facteurs biologiques ou comportementaux (voir le *tableau 1*).

Ces groupes sont particulièrement touchés par la maladie, la stigmatisation et la discrimination, mais également par les obstacles liés au genre et aux droits de l'Homme. Ils doivent être expressément associés aux programmes afin d'apporter des renseignements et des orientations utiles et de contribuer à la supervision des organisations de mise en œuvre.

Le Fonds mondial place les populations clés au cœur de son travail et a donc mis en place un ensemble de stratégies, de politiques et de processus afin de les soutenir. Il invite de plus en plus les populations clés à participer aux processus de décision importants. Des membres des populations clés doivent ainsi être intégrés aux instances de coordination nationales, au comité de gouvernement local et aux représentants d'experts de la santé et de la société civile qui élaborent et dirigent les programmes soutenus par le Fonds mondial dans un pays. Lorsqu'on leur en donne les moyens, les communautés jouent un rôle de plus en plus crucial : elles contrôlent l'efficacité des programmes soutenus par le Fonds mondial, veillent à ce que les investissements existants soient réorientés si nécessaire, et optimisent l'impact des investissements du Fonds mondial.

Tableau 1 : Populations clés pour la tuberculose⁸

Personnes PLUS EXPOSÉES à la tuberculose en raison de leur lieu de résidence ou de travail	Détenus, mineurs, visiteurs des hôpitaux, professionnels de la santé et agents de santé communautaires. PERSONNES : <ul style="list-style-type: none">• vivant dans des taudis urbains• vivant dans des environnements mal ventilés ou poussiéreux• en contact avec des patients atteints de tuberculose, notamment les enfants• travaillant dans des environnements surpeuplés• travaillant dans des hôpitaux ou professionnels de la santé
--	---

⁸ Le changement de paradigme 2016-2020 ; Plan mondial pour éliminer la tuberculose ; Partenariat « Halte à la tuberculose », UNOPS, 2015

<p>Personnes ayant un ACCÈS LIMITÉ À DES SERVICES ANTITUBERCULEUX DE QUALITÉ</p>	<p>Travailleurs migrants, femmes vivant dans un environnement marqué par une certaine inégalité entre les genres, enfants, réfugiés ou personnes déplacées, mineurs en situation irrégulière et migrants.</p> <p>PERSONNES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • issues de populations tribales ou de groupes autochtones • sans abri • vivant dans des régions difficiles d'accès • vivant dans des foyers pour personnes âgées • souffrant de handicap mental ou physique • confrontées à des obstacles juridiques à l'accès aux soins
<p>Personnes PLUS EXPOSÉES à la tuberculose en raison de facteurs biologiques ou comportementaux qui compromettent leurs fonctions immunitaires</p>	<p>PERSONNES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vivant avec le VIH • souffrant de diabète ou de silicose • suivant un traitement immunosuppresseur • souffrant de dénutrition • consommant du tabac • souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool • consommant des drogues injectables

Lever les obstacles liés au genre et aux droits de l'Homme

Bon nombre des facteurs qui accroissent les risques de contracter la tuberculose ou qui entravent l'accès aux services antituberculeux sont liés aux inégalités de genre et autres atteintes aux droits de l'Homme. Le [Plan mondial pour éliminer la tuberculose : le changement de paradigme 2016-2020](#), qui a suscité l'engagement de nombreux pays, comprend un pilier consacré à « la protection et la promotion des droits de l'Homme, l'éthique et l'équité ». Les programmes de lutte antituberculeuse se heurtent à plusieurs obstacles bien connus liés aux droits de l'Homme, notamment :

1. **La stigmatisation** : le surpeuplement, les mauvaises conditions d'hygiène, les environnements mal ventilés et la mauvaise alimentation accentuent les risques de contracter la tuberculose, ainsi que de disposer d'un accès limité aux services de prise en charge. La stigmatisation associée à la tuberculose est souvent liée à la stigmatisation et à la marginalisation de la pauvreté, mais également à une mauvaise information et à des craintes injustifiées concernant la maladie. Les professionnels de la santé devraient montrer l'exemple à leur communauté, en prenant en charge les patients atteints de tuberculose sans les stigmatiser, mais ils sont parfois mal informés, critiques ou effrayés par la maladie. Les personnes vivant avec le VIH sont fortement exposées à la tuberculose, qui est une cause de mortalité fréquente pour cette population. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent amplifier la stigmatisation relative à la tuberculose.
2. **Prison et autres formes de détention** : les détenus sont fortement exposés à la tuberculose en raison de leurs conditions de vie mais sont souvent exclus des services de prise en charge. Les consommateurs de drogues sont souvent très exposés à la tuberculose, non seulement à cause du partage de matériel (pipes pour l'inhalation, par exemple), mais aussi parce qu'ils vivent parfois dans la pauvreté, qu'ils sont plus susceptibles d'être infectés par le VIH et qu'ils risquent de connaître la

prison au cours de leur existence, en particulier lorsque les lois antidrogue prévoient des peines privatives de liberté pour les délits mineurs.

3. **Isolement involontaire** : la contagion de la tuberculose est problématique, mais comme l'observe l'OMS, lorsque les patients sont traités avec respect et que l'on tient compte de leur consentement éclairé, dans la grande majorité des cas, il n'est pas nécessaire de recourir à un confinement involontaire ou à un traitement coercitif. L'OMS précise que « l'enfermement ne devrait jamais faire partie des mesures habituelles des programmes antituberculeux » mais n'être utilisé qu'en dernier recours, une fois toutes les autres solutions épuisées⁹. Il arrive pourtant que ce procédé soit appliqué, ce qui constitue une atteinte directe aux droits de l'Homme.
4. **Obstacles liés au genre** : les femmes ne disposent pas toujours de l'autonomie économique et décisionnelle nécessaire pour avoir recours aux services antituberculeux et suivre un traitement. Dans de nombreuses régions, les hommes sont plus susceptibles d'occuper des emplois qui les exposent à la tuberculose (exploitation minière ou dynamitage, par exemple) ou de devenir travailleurs migrants, une situation dans laquelle il peut être difficile de suivre un traitement. Les hommes sont également plus susceptibles de fumer ou de consommer des drogues, deux facteurs de risque de tuberculose.

Dans de nombreux pays, des programmes visant à surmonter ces obstacles ont été mis en œuvre avec un certain succès (pour plus de détails, voir également le [Document technique du Fonds mondial sur la tuberculose, les droits de l'Homme et l'égalité des genres](#) [*TB, Human Rights and Gender Technical Brief*]). En voici quelques exemples :

- **Réduction de la stigmatisation** : des outils de mesure, des programmes de formation et autres ressources ont été mis en place à destination des professionnels de la santé, des communautés, des employeurs, des dirigeants sociaux et des chefs religieux. Ces initiatives se sont avérées efficaces, en particulier lorsque les patients ont été activement associés à la conception des programmes.
- Les campagnes « **Connaissez vos droits** » et autres programmes d'information sur les droits à destination des patients, de leur famille et de leur communauté, voire des professionnels de la santé, peuvent être bénéfiques, en particulier pour les personnes marginalisées déjà sujettes à l'exclusion des services ou pour les personnes pouvant être soumises à l'isolement involontaire. Il est souvent utile d'associer ces programmes à un accès à des services juridiques.
- **Réforme des lois et politiques** favorisant les obstacles liés aux droits de l'Homme : réglementations sanitaires qui ne restreignent pas l'isolement involontaire, lois ou politiques limitant l'accès à des médicaments génériques abordables, pratiques ou politiques qui compliquent l'accès des femmes et des jeunes aux services de santé, politiques limitant l'accès aux services pour les travailleurs migrants ou les personnes déplacées, lois antidrogue qui prévoient des peines de détention pour des infractions mineures à caractère non violent, et politiques empêchant les détenus de bénéficier de services de santé équivalents à ceux assurés dans la communauté. Les lois et politiques peuvent être remises en causes de différentes manières : plaidoyer législatif, mobilisation et sensibilisation de la communauté, procédure judiciaire, etc.
- La **formation des policiers, des responsables des établissements pénitentiaires et du personnel judiciaire** peut être utile, en particulier pour améliorer les services pénitentiaires et les lieux où certaines populations clés (consommateurs de drogues, par exemple) sont régulièrement en contact avec la police et les tribunaux. Les policiers pourront être réceptifs à une formation qui les informera sur la manière de se protéger de la tuberculose dans le cadre de leur travail.
- La **formation des professionnels de la santé** peut être axée non seulement sur la réduction de la stigmatisation, mais également sur l'importance du consentement éclairé, de la confidentialité et du respect de la vie privée. Elle pourra les encourager à associer activement les patients aux processus de décision concernant leur prise en charge et les sensibiliser au fait que l'isolement involontaire doit rester une solution de dernier recours.

⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Orientations sur l'éthique en matière de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose*, Genève, 2010.

Conformément aux principes des droits de l'Homme, tous les programmes doivent être conçus, mis en œuvre et évalués avec la participation active des communautés concernées et menés de façon respectueuse, responsable, non discriminatoire et dans le respect de l'égalité des genres.

Renforcement des interventions communautaires

Dans le cadre du changement de paradigme visant à mettre fin à la tuberculose, il convient d'adopter une approche axée sur la communauté et le patient. Au-delà de la prestation de services, les interventions doivent comprendre les composantes suivantes : 1) suivi et évaluation des programmes et des services de lutte antituberculeuse par la communauté, 2) plaidoyer, 3) assistance technique, 4) renforcement des liens et des partenariats avec les principales parties prenantes de la lutte contre la tuberculose, 5) évaluation de l'environnement juridique et politique et de la prise en compte de l'égalité des genres dans la riposte. Une intervention communautaire comportant toutes ces composantes permet en effet d'améliorer les résultats sanitaires, mais également de renforcer la réactivité de la communauté. Pour participer à la riposte au même titre que d'autres acteurs, les communautés nécessitent des ressources, une assistance technique, des outils et un renforcement des capacités. La mobilisation communautaire en faveur de la lutte antituberculeuse englobe diverses activités qui contribuent à la détection, à l'orientation et au traitement des personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible, pharmacorésistante ou associée au VIH. L'engagement des communautés, indispensable pour améliorer la portée et la pérennité des interventions de lutte antituberculeuse, doit être renforcé afin de contribuer à éliminer la maladie. Les approches innovantes qui parviennent à mobiliser les communautés et les organisations de la société civile (telles que celles menées avec succès dans le cadre de [l'approche ENGAGE-TB](#) ou des [projets financés par TB REACH](#) [disponible uniquement en anglais]) pourraient être adaptées aux différents contextes nationaux et utilisées pour renforcer les interventions communautaires.

Considérations relatives à la pérennité et à la transition

Le Fonds mondial encourage l'ensemble des pays à tenir compte de la question de la pérennité dans la conception de leurs programmes. Dans ses nouvelles directives en matière de pérennité, de transition et de cofinancement, le Fonds mondial expose ses principes visant à assurer la pérennité à long terme des programmes et présente un cadre destiné à garantir la réussite des pays s'affranchissant progressivement des financements qu'il leur octroie, en fonction de leur situation dans le continuum de développement. Pour les candidats souhaitant élaborer des demandes de financement conformes à cette politique, des informations complémentaires sont disponibles dans la Note d'orientation en matière de pérennité, de transition et de cofinancement (*Sustainability, Transition and Co-financing Guidance Note*) (à paraître).

14 Soutien technique et renforcement des capacités

Appui technique

L'appui technique permet de combler les lacunes en matière de connaissances, de données ou d'expertise au niveau national. Les pays peuvent en faire la demande à différentes étapes du processus de financement, notamment lors de l'élaboration/de la mise à jour du plan stratégique national, de l'élaboration de la demande de financement ou de la mise en œuvre. L'appui technique peut être apporté à l'instance de coordination nationale, aux maîtres d'œuvre ou aux organisations de la société civile par le biais des partenaires et du Fonds mondial.

Plusieurs partenaires proposent un appui technique afin d'aider les pays à renforcer leurs programmes de lutte antituberculeuse : le KNCV, le Partenariat « Halte à la tuberculose »/GDF, l'OMS, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires et l'USAID, entre autres. L'USAID travaille en étroite collaboration avec d'autres départements et agences du gouvernement des États-Unis, des partenaires de mise en œuvre, le Partenariat « Halte à la tuberculose », l'OMS, et d'autres donateurs bilatéraux afin d'organiser et de coordonner l'assistance technique de manière à éviter les doubles emplois. Elle soutient des activités des programmes de lutte contre la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante dans plusieurs pays et contribue notamment à la mise en œuvre de subventions du Fonds mondial. Pour plus d'informations, consultez le [site Internet de l'USAID](#) (disponible uniquement en anglais). L'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires propose également un appui technique aux pays ; pour plus d'informations, consultez [son site Internet](#) (disponible uniquement en anglais).

Appui technique et renforcement des capacités pour la riposte à la tuberculose et à la tuberculose pharmacorésistante

Non seulement le Fonds mondial favorise l'assistance technique grâce à ses subventions, mais il a également conclu avec l'OMS un accord spécifique concernant la fourniture d'un appui technique et de conseils afin d'aider les pays à intensifier et à mettre en œuvre leur riposte à la tuberculose pharmacorésistante. Le Protocole d'accord (PA) actuellement en vigueur entre le Fonds mondial et l'OMS¹⁰ concernant la fourniture d'un appui technique et consultatif aux activités des comités Feu vert régionaux et de leurs secrétariats respectifs a été signé le 1er avril 2015. Les secrétariats des comités Feu vert régionaux ont pour objectif d'assurer la qualité des activités de lutte contre la tuberculose multirésistante et de les déployer dans les pays en coordonnant l'assistance technique et le soutien consultatif lors de l'élaboration, de la révision et de la mise en œuvre des plans nationaux de prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante, dans le cadre des plans stratégiques nationaux généraux.

Les pays dans lesquels les subventions du Fonds mondial sont versées à un bénéficiaire principal en vertu d'un accord prévoyant le financement d'activités de prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante recevront l'un des deux ensembles de services d'assistance technique et de soutien consultatif coordonnés par les secrétariats des comités Feu vert régionaux :

- a. ensemble de services de base (pour tous les pays non visés au point b. ci-dessous) ; ou
- b. ensemble de services renforcé (pour les pays à forte charge de tuberculose multirésistante, selon la définition proposée par le Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS dans son rapport le plus récent).

L'ensemble de services de base se compose des éléments suivants :

- assistance à l'élaboration, à la mise à jour et à la révision, le cas échéant, du plan national de développement de la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante, conformément au plan stratégique national ;
- assistance à l'élaboration et à la mise à jour, en lien avec le plan national de développement de la prise en charge programmatique de la tuberculose multirésistante dans le cadre du plan stratégique national, d'un plan de travail, d'un budget et d'un plan de suivi et d'évaluation détaillés, ainsi que d'un plan de gestion des achats et de l'approvisionnement ;
- identification des besoins du pays en matière de capacités et assistance au renforcement des capacités ;
- suivi des progrès réalisés au niveau national, avec au moins une mission de pays par année civile ;
- activités préparatoires pour les missions de pays ; et
- aide à la planification de la mise en place d'approches innovantes fondées sur des données factuelles, de nouveaux outils de diagnostic, de nouveaux médicaments et/ou de schémas thérapeutiques modifiés pour les cas de tuberculose pharmacorésistante, suivant les recommandations de l'OMS.

L'ensemble de services renforcé comprend les mêmes éléments que l'ensemble de services de base ainsi que les services complémentaires suivants :

- au moins une mission de pays supplémentaire par année civile, soit pour évaluer les résultats et les progrès accomplis par le pays, soit pour fournir une assistance technique sur des domaines spécifiques identifiés dans les rapports des comités Feu vert régionaux et lors des missions de pays ou requis par les pays ; et
- soutien et coordination continus des partenaires afin d'éliminer les goulets d'étranglement identifiés dans la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante de manière générale et dans les activités de lutte contre la tuberculose multirésistante financées par le Fonds mondial.

Conformément au protocole d'accord, les sommes versées chaque année pour chaque ensemble de services sont les suivantes :

- Ensemble de services de base : 25 000 dollars US par subvention et par an ;
- Ensemble de services renforcé : 50 000 dollars US par subvention et par an.

¹⁰ Protocole d'accord modifié et mis à jour entre le Fonds mondial, les comités Feu vert régionaux de l'OMS et leurs secrétariats respectifs, avril 2016

Le Fonds mondial, l'OMS et d'autres partenaires envisagent actuellement un nouveau mécanisme dans le cadre de consultations plus générales sur l'optimisation de l'assistance technique visant à aider les pays à lutter contre la tuberculose pharmacorésistante. L'accord spécial et la fourniture d'un appui technique aux pays devraient se poursuivre. Toute modification du protocole d'accord sera communiquée aux pays et à l'ensemble des parties prenantes.

15 Plans stratégiques nationaux

À l'échelle des pays, le plan stratégique national (PSN) constitue le document stratégique le plus important, qui oriente les autorités sanitaires nationales dans la gestion et la mise en œuvre d'activités adaptées en matière de prise en charge et de prévention de la tuberculose et dans la mise en place de collaborations efficaces avec d'autres programmes et partenaires, dans le secteur de la santé et au-delà. Il doit s'inscrire dans la logique du plan national de santé et être lié à des plans dans d'autres secteurs. Un plan stratégique national bien conçu doit fournir un cadre clair décrivant en détail les interventions stratégiques appropriées afin d'atteindre les buts, objectifs et cibles du pays en matière de prévention, de prise en charge et de lutte contre la tuberculose. Les liens entre les interventions et les objectifs doivent être pertinents et cohérents. Il convient en outre de décrire précisément les activités et sous-activités inhérentes à chaque intervention, en fixant une ou plusieurs cible(s) claire(s) pour chaque intervention et en identifiant où et quand chaque activité et sous-activité doit être mise en œuvre et par qui.

Le plan stratégique national doit inclure la description de l'assistance technique nécessaire pour mettre en œuvre certaines interventions et/ou activités identifiées, une description claire de la façon dont la mise en œuvre des interventions et activités sera surveillée et dont les extrants, les résultats et l'impact seront mesurés et évalués, et un budget détaillé pour la mise en œuvre des interventions et activités.

Le plan stratégique national doit intégrer un ensemble d'évaluations de référence concernant l'épidémiologie de la tuberculose au niveau national et infranational et identifier les principales populations/communautés touchées ainsi que la structure et les fonctions du système de santé. Les plans stratégiques nationaux doivent analyser les systèmes d'achat et d'approvisionnement, la disponibilité des ressources, notamment des ressources humaines, les obstacles et les facteurs favorables à l'accès aux soins (politiques réglementaires, notamment), les liens existants avec les services sociaux, et le rôle des communautés, des organisations de la société civile et du secteur privé. Ces évaluations peuvent être effectuées au moins en partie dans le cadre d'un examen du programme national ou d'une mission de suivi conjointe menée par les partenaires, comme le précisent les directives de l'OMS. Des instructions détaillées sont disponibles dans le [Guide d'élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte](#) publié par l'OMS.

Les plans stratégiques nationaux et les stratégies nationales doivent remplir les critères suivants :

- Être à jour, c'est-à-dire s'appuyer sur les informations épidémiologiques les plus récentes et sur une bonne connaissance de la pertinence des interventions actuelles.
- Reposer sur un processus participatif et multipartite.
- Avoir établi des priorités et un budget de façon efficace.
- S'appuyer sur des approches fondées sur des données factuelles et conformes aux normes internationales.
- Tenir compte des obstacles liés au genre et aux droits de l'Homme et des déterminants sociaux de la santé qui rendent certains groupes particulièrement vulnérables à la maladie et limitent leur accès aux services de lutte antituberculeuse.

Le [Plan mondial pour éliminer la tuberculose : le changement de paradigme 2016-2020](#) recommande un ensemble de « programmes d'investissement », destinés à atteindre les objectifs 90-(90)-90 définis dans le plan. Ces mesures sont adaptées aux caractéristiques locales de l'épidémie de tuberculose, mais également aux contraintes des systèmes de santé et à la situation socioéconomique des différents pays. Il peut exister des similitudes entre plusieurs pays d'une même région ou entre des pays ayant une histoire semblable, une situation socioéconomique similaire, ou dont le système de santé est confronté aux mêmes contraintes. Les pays peuvent donc être classés en différentes catégories, sachant que chaque pays peut présenter les caractéristiques de plusieurs catégories et que les provinces d'un même pays peuvent appartenir à des catégories différentes. Les [annexes](#) du Plan mondial (disponibles uniquement en anglais) fournissent une description détaillée des interventions clés préconisées en fonction du scénario associé à chaque pays, ce qui permet de définir les priorités et de déterminer les interventions prioritaires.

V. Références clés

Notes d'information et documents techniques du Fonds mondial

- Note d'information du Fonds mondial : [Building Resilient and Sustainable Systems for Health through Global Fund Investments Information Note \(2016\)](#)
- Note d'information du Fonds mondial : [Note d'information sur le VIH](#)
- Document technique du Fonds mondial : [Human rights and gender for TB \(2016\)](#)
- Document technique du Fonds mondial : [Addressing Sex Work, MSM and Transgender People in the Context of the HIV Epidemic \(2016\)](#)
- Document technique du Fonds mondial : [The Global Fund Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Technical Brief](#)
- Document technique du Fonds mondial : [Strengthening sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health \(SRMNCAH\) interventions in funding requests to the Global Fund \(2016\)](#)
- Document technique du Fonds mondial : [HIV, Human Rights and Gender Equality \(2016\)](#)
- Document technique du Fonds mondial : [Strengthening Community Systems and Responses \(2016\)](#)

Sélection complémentaire de documents du Fonds mondial

- [Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022 : Investir pour mettre fin aux épidémies](#)
- [Solliciter un financement](#)
- [The Applicant's Handbook. A practical guide to preparing a funding request \(2016\)](#)
- [Instructions relatives à la demande de financement \(2016\)](#)
- [Global Fund Modular Framework Handbook](#)
- [Questions fréquemment posées : Le cycle de financement 2017/2019 \(2016\)](#)
- [The Role of the Global Fund in Supporting Countries to Build Resilient and Sustainable Systems for Health \(2016\)](#)
- [Framework for Financing Co-infections and Co-Morbidities of HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria \(COIM\) \(2015\)](#)
- [Global Fund Operational Policy Manual](#)
- [Scaling up programs to remove human rights barriers to health services \(2016\)](#)
- [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement \(2016\)](#)
- [The Challenging Operating Environments Policy \(2016\)](#)
- [Technical Review Panel's Consolidated Observations on the 2014-2016 Allocation Based Funding Model](#)

Directives et documents clés de l'OMS

- [Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis \(2014\)](#)
- [Stratégie « Mettre fin à la tuberculose » de l'OMS](#)
- [Digital health for the End TB Strategy: an agenda for action \(2015\)](#)
- [Electronic recording and reporting for tuberculosis care and control \(2012\)](#)
- [Framework for the engagement of all health care providers in the management of drug resistant tuberculosis \(2015\)](#)
- [Framework of indicators and targets for laboratory strengthening under the End TB Strategy](#)
- [Rapport 2016 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde](#)
- [Implementing tuberculosis diagnostics. Policy framework \(2015\)](#)
- [Implementing the End TB strategy: The Essentials \(2015\)](#)
- [Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs](#)
- [La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial – Cadre, mesures et objectifs \(2014\)](#)
- [Policy Guidance](#)
- [WHO: Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low and middle-income countries \(2014\)](#)
- [Report of the consultation meeting to draw lessons from development of Single TB and HIV Concept Notes and defining the way forward for joint TB and HIV programming](#)

- [The Shorter MDR-TB Regimen](#)
- [Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide](#) (2015)
- [TB diagnostics and Laboratories](#)
- [Guide d'élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte](#) (2015)
- [Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries](#) (2014)
- [Manuel de mise en œuvre du test Xpert MTB/RIF](#) (2014)
- [ENGAGE-TB : Directives opérationnelles](#) (2012)

Partenariat « Halte à la tuberculose »

- Initiative mondiale pour les laboratoires : [GLI quick guide to TB connectivity solutions](#)
- Partenariat « Halte à la tuberculose » : [Le changement de paradigme 2016-2020](#) (2015)
- Partenariat « Halte à la tuberculose » : [Improving TB Case Detection: A compendium of TB REACH Case studies, lessons learned and a monitoring and evaluation framework](#)
- Partenariat « Halte à la tuberculose » : [Key Population Briefs](#)
- Partenariat « Halte à la tuberculose » : [GLI Quick guide to TB diagnostics connectivity solutions](#)
- Partenariat « Halte à la tuberculose » : [Global Drug Facility](#)

Autres documents clés

- Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires : [The Unions desk guide for diagnosis and management of tuberculosis in children](#) (2016)
- UNITAID : [Tuberculosis diagnostics technology and market landscape - 4th edition](#) (2015)
- ONUSIDA : [UNAIDS/WHO Technical Guidance Note on HIV/TB](#)
- Alliance mondiale contre la tuberculose : [Child-friendly medicines](#)
- USAID : [USAID Tuberculosis](#)

VI. Liste des abréviations

ARV	–	Antirétroviral
AT	–	Assistance technique
CSU	–	Couverture sanitaire universelle
ITL	–	Infection tuberculeuse latente
LAMP	–	Test d'amplification isotherme induite par boucle
MNT	–	Maladie non transmissible
OMS	–	Organisation mondiale de la Santé
PA		Protocole d'accord
PNLT		Programmes nationaux de lutte contre la tuberculose
PSN	–	Plan stratégique national
PVVIH	–	Personnes vivant avec le VIH
RAM	–	Résistance aux antimicrobiens
S&E	–	Suivi et évaluation
SL-LPA	–	Test de sondes moléculaires en ligne permettant de détecter la résistance aux médicaments de deuxième intention
TARV	–	Traitement antirétroviral
TB	–	Tuberculose
TB-MR	–	Tuberculose multirésistante
TB-RR	–	Tuberculose résistante à la rifampicine
TB-UR	–	Tuberculose ultrarésistante
TPI	–	Traitement préventif à l'isoniazide
TSM	–	Test de sensibilité aux médicaments

Annexe 1 : Dix indicateurs prioritaires (non classés) pour suivre la mise en œuvre de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » à l'échelle mondiale et nationale, et recommandations de niveaux cibles applicables à tous les pays

	Indicateur	Niveau cible recommandé*	Raison principale justifiant le choix de cet indicateur
1	Couverture des traitements contre la tuberculose <i>Nombre de nouveaux patients (nouveaux cas et récurrences) ayant été déclarés et traités, divisé par le nombre estimé de cas de tuberculose au cours de la même année, exprimé en pourcentage.</i>	≥ 90 %	Des soins antituberculeux de qualité sont essentiels pour prévenir les souffrances et les décès dus à la tuberculose et pour réduire la transmission. Un niveau de couverture élevé et des traitements adaptés sont une condition fondamentale pour atteindre les échéances et les objectifs de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose ». Ces deux indicateurs seront probablement utilisés conjointement pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU) dans le cadre des objectifs de développement durable pour l'après-2015.
2	Taux de réussite des traitements contre la tuberculose <i>Pourcentage de patients déclarés atteints de tuberculose ayant été traités avec succès. Cet objectif concerne à la fois la tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante ; les résultats devront toutefois être communiqués séparément également.</i>	≥ 90 %	
3	Pourcentage de foyers touchés par la tuberculose confrontés à des coûts catastrophiques à cause de la maladie** <i>Nombre de personnes traitées contre la tuberculose (et leur foyer) devant supporter des coûts catastrophiques (à la fois directs et indirects), divisé par le nombre total de personnes traitées contre la tuberculose.</i>	0 %	C'est l'un des trois indicateurs de haut niveau de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose », mais également un indicateur clé de la protection contre les risques financiers (l'une des deux dimensions essentielles de la couverture sanitaire universelle) et de la protection sociale des foyers touchés par la tuberculose.
4	Pourcentage de patients nouvellement déclarés dont la tuberculose a été diagnostiquée à l'aide des tests rapides recommandés par l'OMS <i>Nombre de patients nouvellement déclarés dont la tuberculose a été diagnostiquée à l'aide des tests rapides recommandés par l'OMS, divisé par le nombre total de patients tuberculeux nouvellement déclarés.</i>	≥ 90 %	Un diagnostic précis est un élément fondamental de la prise en charge de la tuberculose. Les tests moléculaires rapides permettent une détection précoce et un traitement rapide de la maladie.
5	Couverture des traitements contre l'infection tuberculeuse latente <i>Nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans un programme de prise en charge du VIH et nombre d'enfants en contact avec des patients ayant commencé un traitement contre l'infection tuberculeuse latente, divisés par le nombre de personnes éligibles à ce traitement, exprimé en pourcentage</i>	≥ 90 %	Le traitement contre l'infection tuberculeuse latente est la principale intervention thérapeutique disponible pour prévenir le développement d'une forme évolutive de la tuberculose chez les personnes déjà infectées par le bacille de Koch (<i>M. tuberculosis</i>).

	<i>(séparément pour chacun des deux groupes).</i>		
6	Couverture de la recherche de contacts <i>Nombre de contacts des patients dont la tuberculose a été confirmée bactériologiquement ayant été examinés pour un dépistage de la maladie divisé par le nombre de contacts éligibles, exprimé en pourcentage.</i>	≥ 90 %	Le repérage des contacts est une composante essentielle de la prévention de la tuberculose, en particulier chez les enfants.
7	Couverture des tests de sensibilité aux médicaments pour les patients atteints de tuberculose <i>Nombre de patients atteints de tuberculose ayant passé un test de sensibilité aux médicaments divisé par le nombre de cas bactériologiquement confirmés au cours de la même année, exprimé en pourcentage. Cet indicateur tient compte à la fois des résultats des tests moléculaires (test Xpert MTB/RIF, par exemple) et des tests phénotypiques classiques.</i>	100 %	Il est essentiel de tester la sensibilité aux médicaments recommandés par l’OMS afin que toute personne à qui l’on a diagnostiqué la tuberculose puisse bénéficier d’un traitement approprié.
8	Couverture des traitements par de nouveaux médicaments antituberculeux <i>Nombre de patients atteints de tuberculose traités selon des schémas thérapeutiques comprenant de nouveaux médicaments antituberculeux (approuvés après 2010) divisé par le nombre de patients déclarés éligibles à un traitement par de nouveaux médicaments antituberculeux, exprimé en pourcentage.</i>	≥ 90 %	Cet indicateur permet de suivre l’adoption des innovations dans tous les pays. <i>Les indicateurs relatifs au développement de nouveaux outils sont nécessaires à l’échelle mondiale, mais ne sont pas adaptés au suivi de la progression dans tous les pays. La définition permettant de déterminer quels patients sont éligibles à un traitement par de nouveaux médicaments peut être différente selon les pays.</i>
9	Connaissance du statut sérologique des patients atteints de tuberculose <i>Nombre de nouveaux patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et récurrences) connaissant leur statut sérologique divisé par le nombre de nouveaux patients tuberculeux (nouveaux cas et rechutes) déclarés au cours de la même année, exprimé en pourcentage.</i>	100 %	Il s’agit de l’un des principaux indicateurs mondiaux utilisés pour le suivi des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. La connaissance du statut sérologique est indispensable pour assurer les meilleurs soins possible aux patients atteints de tuberculose et séropositifs (traitements antirétroviraux, notamment).
10	Taux de létalité <i>Nombre de décès dus à la tuberculose (d’après un système national d’enregistrement d’état civil) divisé par le nombre estimé de cas de tuberculose au cours de la même année, exprimé en pourcentage.</i>	≤ 5 %	Cet indicateur est indispensable pour suivre les progrès accomplis en vue des échéances de 2020 et 2025. Le taux de létalité doit être ramené à 6 % pour atteindre l’objectif mondial de réduction des cas de tuberculose et des décès dus à la maladie fixé pour 2025.

*niveau cible à atteindre d'ici 2025 au plus tard.

**coûts supportés par les foyers des patients atteints de tuberculose supérieurs à 20 % du revenu annuel du foyer.