
Note d'information sur la Tuberculose

SEPTEMBRE 2019

Table des matières

1. Introduction	3
1.1 Finalité de ce document	3
1.2 Contexte	3
2. Principaux éléments à prendre en compte :	5
2.1 Repérer les millions de cas non diagnostiqués	9
2.2 Optimiser l'impact de la lutte contre la tuberculose	10
2.3 Systèmes de santé : accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle grâce à des services de lutte contre la tuberculose centrés sur la personne	10
2.4 Améliorer la qualité des programmes	12
2.5 Utilisation des données pour les interventions et la recherche opérationnelle	12
2.6 Participation des prestataires privés	13
2.7 Plaider pour l'accroissement des ressources programmatiques et financières	14
2.8 Programmes conjoints et activités collaboratives	14
2.8.1. Programmation conjointe tuberculose/VIH	15
2.8.2. Tuberculose et maladies non transmissibles	17
2.8.3. Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile	17
2.8.4. Facteurs sociaux sous-jacents et obstacles à l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	18
3. Autres points importants à considérer durant l'élaboration de la demande de financement.....	19
3.1 Enseignements tirés des deux cycles de financement fondé sur l'allocation de fonds 19	
3.2 Efficacité	19
3.3 Contextes d'intervention difficiles	20
3.4 Populations clés	21
3.5 Éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	22
3.6 Renforcement des systèmes communautaires (dans le cadre des interventions à base communautaire ou dirigées par la communauté)	25
3.7 Considérations relatives à la pérennité et à la transition	26
3.8 Appui technique et renforcement des capacités	26
3.9 Résistance aux antimicrobiens	27
3.10 Nouvelles méthodes de dépistage, nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques et technologies numériques innovantes	28
3.11 Situation en matière de financement	31
3.12 Stratégie du Fonds mondial	32
4. Principales références	33
5. Liste des abréviations.....	37

1. Introduction

1.1 Finalité de ce document

La présente note d'information fournit des orientations aux candidats préparant une demande de financement au Fonds mondial en faveur de la lutte contre la tuberculose (TB). Elle contient des recommandations concernant la définition des priorités et des cibles afin de maximiser l'impact des interventions de lutte contre la tuberculose. Elle favorise la réalisation d'investissements stratégiques permettant de sauver des vies et de bénéficier d'avantages économiques, en tenant compte de la situation nationale en matière de tuberculose et d'autres éléments contextuels, tels que le système de santé :

- Profil en matière de tuberculose (tuberculose pharmacosensible et tuberculose pharmacorésistante)
- Situation du système de santé national
- Obstacles existants liés aux droits de l'Homme et au genre
- Obstacles socioéconomiques et autres obstacles structurels compromettant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

La présente note est également utile aux pays en train de préparer ou de réviser leur plan stratégique national (PSN) de lutte contre la tuberculose.

1.2 Contexte

Les efforts d'éradication de la tuberculose ont franchi une étape décisive et devraient s'accélérer après la toute première Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose qui s'est tenue en septembre 2018. À cette occasion, les chefs d'État et de gouvernement ont approuvé une [Déclaration politique relative à la tuberculose](#), avec l'appui de la communauté mondiale de la lutte contre la tuberculose, des pays acteurs de la mise en œuvre, de la société civile et des communautés touchées.

Cette déclaration définit plusieurs objectifs mondiaux, notamment le diagnostic et le traitement efficaces de 40 millions de personnes, dont 3,5 millions d'enfants et 1,5 million de personnes atteints de tuberculose pharmacorésistante, entre 2018 et 2022. Elle fixe également des objectifs ambitieux afin de prévenir la tuberculose chez les sujets les plus fragiles, notamment la généralisation rapide des services de dépistage et l'administration d'un traitement préventif à au moins 30 millions de personnes d'ici à 2022.

La déclaration reconnaît l'importance des éléments suivants pour atteindre ces objectifs ambitieux :

- Lever les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre
- Renforcer les systèmes de santé publique et en faire l'un des pivots de la lutte contre la tuberculose
- Nouer un partenariat multisectoriel solide, notamment en mettant en œuvre le [Cadre de responsabilité multisectoriel](#)
- Appuyer les activités du secteur privé et des communautés afin de garantir l'efficacité de la riposte

[FIND.TREAT.ALL. #ENDTB](#) est une initiative conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Partenariat « Halte à la tuberculose », du Fonds mondial, des pays et des partenaires visant à soutenir la réalisation des objectifs ambitieux formulés dans la Déclaration politique de la

Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose. Son principal objectif est de fournir une prise en charge de qualité aux millions de personnes qui ne sont pas diagnostiquées chaque année, en particulier dans les [30 pays lourdement touchés par la tuberculose](#). Afin de garantir une mise en œuvre et un suivi efficaces, les pays seront encouragés à mettre en place un groupe de travail national de haut niveau et recevront un appui technique à cette fin. Ils pourront également recourir aux mécanismes dont ils disposent déjà, le cas échéant. Cette entité regroupera les acteurs de la mise en œuvre et les parties prenantes. Elle appuiera le suivi des progrès et fera office de forum/plateforme de plaidoyer où seront partagées les bonnes pratiques et les innovations. Les pays sont invités à intégrer ces activités dans leurs futurs plans stratégiques et demandes de financement au Fonds mondial.

2. Principaux éléments à prendre en compte :

La présente note d'information examine les points suivants :

La stratégie du Fonds mondial

- Les enseignements tirés des deux premiers cycles de financement fondé sur l'allocation de fonds du Fonds mondial
- Les axes prioritaires en matière de prévention, de prise en charge et de traitement de la tuberculose
- Les recommandations relatives à la définition ou à l'identification des populations clés ou vulnérables en matière de tuberculose
- L'établissement des priorités afin d'optimiser l'efficacité des interventions de lutte contre la tuberculose

La note vise également à :

Stimuler l'investissement en faveur d'interventions novatrices dont l'efficacité et/ou la performance sont étayées par des données probantes

- Montrer que les investissements en faveur de la lutte contre la tuberculose contribuent à la création de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS) afin d'améliorer la planification, le financement et la prestation des services de santé
- Compléter d'autres outils et documents d'orientation concernant la planification stratégique de la lutte contre la tuberculose et les interventions dans ce domaine, notamment la [Stratégie pour mettre fin à la tuberculose](#), le document intitulé [Mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose : points essentiels](#), et le [Plan mondial pour éliminer la tuberculose : le changement de paradigme 2016-2020](#).

Le Fonds mondial invite les pays à inclure, dans leur demande de financement, les interventions prioritaires et les interventions clés de lutte contre la tuberculose figurant dans l'**encadré 1** ci-dessous, en tenant compte des éléments suivants :

- Contexte national et épidémiologique
- Enseignements tirés
- Bonnes pratiques locales
- Difficultés et restrictions enregistrées au cours de la mise en œuvre des précédentes subventions
- Recommandations internationales basées sur des données récentes

La mise en œuvre des interventions clés recensées dans l'**encadré 1** nécessite une étroite collaboration entre toutes les parties prenantes, à savoir le secteur public/gouvernement, la société civile, le secteur privé 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 des considérations en matière d'égalité des genres dans le cadre des investissements, de s'attacher à éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme et de préserver ces acquis.

Les enseignements tirés des deux cycles de financement fondé sur l'allocation de fonds, notamment les observations et recommandations du [Comité technique d'examen des propositions \(TRP\)](#) du Fonds mondial, doivent également être pris en compte dans l'établissement des priorités, afin de déployer à grande échelle les bonnes pratiques, les innovations, et les programmes étayés par des données probantes.

Au cours de l'élaboration de la demande de financement, afin de maximiser les retombées des investissements, il est primordial de :

1. Planifier, afin d'assurer la pérennité et la continuité des interventions clés ayant été concluantes et efficaces dans le cadre des subventions octroyées précédemment, tout en améliorant l'établissement des priorités et le ciblage stratégique
2. Accorder la priorité aux interventions menées dans les domaines prioritaires afin que le système de santé gagne en efficacité
3. Déployer à grande échelle et utiliser, de manière efficace et rationnelle, les nouveaux diagnostics et médicaments, les schémas thérapeutiques courts, les formules pédiatriques, le traitement préventif de la tuberculose (TPT), ainsi que des approches innovantes destinées à maximiser l'impact

Il est vivement recommandé aux candidats de consulter les orientations techniques et normatives les plus récentes répertoriées à la fin du présent document. Ils pourront ainsi sélectionner les interventions les plus efficaces et déployer à grande échelle des bonnes pratiques, des initiatives innovantes et des projets pilotes performants locaux et régionaux étayés par des données probantes.

Encadré 1. Résumé des interventions à fort impact contre la tuberculose

- **Diagnostic précoce de toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante.** Fournir aux personnes en ayant besoin un accès au dépistage, au diagnostic et aux tests de sensibilité aux médicaments (DST). Il convient notamment d'accroître l'accessibilité et l'utilisation des méthodes de diagnostic et de dépistage dont la qualité est garantie, telles que Xpert MTB/RIF pour le premier test de diagnostic et X-ray (radiographie numérique) pour le dépistage, de engager les prestataires de services privés, et de mettre en place des réseaux de diagnostic fonctionnels. Au sein des établissements de santé, la détection des cas de tuberculose active et l'intensification du dépistage, associées à un dispositif de transport des échantillons performant, sont nécessaires afin que les personnes potentiellement atteintes de tuberculose reçoivent rapidement un diagnostic lorsqu'elles se présentent dans un établissement de soins public ou privé.
- **Dépistage systématique des groupes très exposés en s'appuyant sur des actions locales et communautaires et sur des technologies de radiographie numérique et des diagnostics plus rapides et précis.** Ceci inclut toutes les personnes ayant été en contact avec des personnes atteintes de tuberculose, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les ouvriers exposés à la poussière de silice, les détenus, les migrants, ainsi que les personnes vivant dans des bidonvilles et des zones rurales reculées. Le dépistage des sujets-contacts vise non seulement à diagnostiquer davantage de personnes atteintes de tuberculose, mais permet également d'administrer un TPT aux sujets-contacts éligibles.
- **Administration rapide d'un traitement adapté à toutes les personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante, en adoptant une approche centrée sur la personne et en fournissant un soutien aux patients.** Un traitement doit être administré à tous les patients qui en ont besoin, quels que soient leur âge, 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 toutes les personnes atteintes de tuberculose puissent bénéficier gratuitement de traitements vitaux, afin de minimiser la maladie et les décès dus à la tuberculose et d'empêcher sa transmission. Ces traitements incluent les traitements oraux contre la tuberculose pharmacorésistante et les formules adaptées aux enfants atteints de tuberculose active. Les personnes sous traitement doivent également bénéficier d'un soutien, notamment de technologies digitales pour le support de l'adhésion au traitement et de suivi et soutien, afin de garantir la réussite du traitement.
- **Programmes et démarches visant à éliminer les obstacles à l'accès, y compris la prestation de services communautaires et intégrés.** Il s'agit de déployer à grande échelle des programmes visant à promouvoir les modèles de diagnostic, de traitement, de prévention et de soins intégrés auprès des familles et des communautés, de façon à faciliter l'accès aux services, réduire les retards de diagnostic et améliorer la gestion des cas de tuberculose et de tuberculose pharmacorésistante. Ceci inclut les programmes axés sur les droits et favorisant l'égalité des genres, ainsi que les approches innovantes visant à fournir des services de santé de qualité centrés sur la personne, en considérant d'intégrer l'expérience acquise par les pays (dans le cadre de projets du Fonds mondial, de projets nationaux ou de projets réalisés avec l'appui de partenaires, par exemple). Enfin, il est important d'éliminer la stigmatisation et la discrimination associées à la tuberculose et de démocratiser l'accès aux informations relatives à cette maladie, grâce à la participation et au suivi communautaires et à l'instauration d'une responsabilité sociale quant au diagnostic précoce et à l'amélioration des résultats thérapeutiques.
- **Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.** Il est possible de réduire sensiblement 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, un diagnostic précoce et un traitement rapide contre la co-infection tuberculose-VIH. Pour y parvenir, il est nécessaire d'intensifier la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, l'intégration des services de lutte contre la tuberculose et le VIH, ainsi que la mise en commun des programmes, de la mise en œuvre, de la supervision et du suivi. Les mesures suivantes sont également requises : dépistage du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose ; dépistage de la tuberculose chez les PVVIH ; administration d'un traitement antirétroviral (TAR), administration d'un traitement préventif au cotrimoxazole et d'un traitement antituberculeux aux PVVIH atteintes de tuberculose active ; et administration d'un TPT aux PVVIH – notamment les TPT à l'isoniazide (INH) et 3HP/3RH. Les outils servant au diagnostic de plusieurs maladies (GeneXpert, etc.) favorisent accessoirement le renforcement de la collaboration et des synergies tout en améliorant la résilience et la pérennité des systèmes de santé. Lorsque l'administration du TPT aux PVVIH éligibles a lieu dans le cadre d'un programme de lutte contre le VIH, il convient de demander également des subventions de lutte contre le VIH. Le déploiement à grande échelle des méthodes de diagnostic les plus récentes recommandées par l'OMS (Xpert MTB/RIF, LF-LAM, etc.) dans les zones de prévalence du VIH permettra d'améliorer le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH. Ces activités doivent impérativement être en cohérence et en synergie avec celles des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH soutenus par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR).

- **Soins antituberculeux dans le secteur privé.** Dans certains pays, les patients atteints de tuberculose ou de tuberculose pharmacorésistante consultent en majorité des prestataires de soins privés en cas de symptômes liés à la maladie, notamment des médecins généralistes ou spécialistes, des pharmacies privées, des laboratoires privés, des guérisseurs traditionnels, etc. Il est capital d'impliquer ces prestataires dans le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose. Des approches innovantes favorisant la sensibilisation et la participation de ces acteurs, notamment grâce à des agents d'interface et des dispositifs d'incitation, devraient être étudiées et intégrées dans les programmes de lutte contre la tuberculose. La notification obligatoire et la rationalisation du système d'enregistrement et notification, notamment grâce à l'introduction de technologies électroniques/numériques, encouragent la participation des prestataires privés et maximisent leur contribution à l'éradication de la tuberculose.
- **Prévention et traitement de la tuberculose.** Il est primordial de mettre fin à la transmission de la tuberculose au sein des institutions, des communautés et des ménages. Les individus porteurs de l'infection tuberculeuse – 1,7 milliard selon les estimations – resteront la principale source de tuberculose active. Par conséquent, il sera difficile d'éradiquer la maladie sans prendre de mesures ciblant ce groupe. Les pays devraient inclure le traitement de la tuberculose dans les interventions prioritaires menées auprès des groupes très exposés, tels que les PVVIH et toutes les personnes ayant été en contact avec un proche atteint de tuberculose pulmonaire. Par ailleurs, un TPT devrait être considéré comme un prolongement des efforts de dépistage précoce des cas de tuberculose, y compris une enquête sur les contacts dans tous les environnements. Il faut donc généraliser le recours aux nouvelles combinaisons thérapeutiques (3HP, 3RH, etc.), notamment grâce au soutien financier des acteurs nationaux, du Fonds mondial et du PEPFAR. Des ressources sont également nécessaires pour bloquer la transmission de la tuberculose et empêcher la propagation de l'infection.
- **La résistance aux antimicrobiens (RAM) représente une importante menace dans la lutte contre les maladies infectieuses, notamment la tuberculose, et reste une préoccupation majeure pour la sécurité sanitaire mondiale.** La tuberculose représente plus d'un tiers des décès dus à la RAM. La prévention et le contrôle de l'infection sont essentiels pour lutter contre la RAM et nécessitent la mise en œuvre d'interventions concertées et intégrées, notamment dans le cadre des programmes de SRPS et de lutte contre les maladies. Le diagnostic précoce et le traitement adéquat de la tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante, de même que l'administration d'un TPT, contribuent à atténuer le risque de RAM.
- **Prise en charge des comorbidités.** Les comorbidités et les risques associés à la tuberculose sont importants : dénutrition, diabète, alcoolisme ou toxicomanie, tabagisme, silicose, bronchopneumopathie chronique obstructive et autres maladies non transmissibles, notamment liées à la santé mentale. Ces pathologies requièrent une prise en charge intégrée des patients. Elles accroissent le risque d'infection tuberculeuse et peuvent en compliquer le diagnostic, le traitement et la prévention.
- **Surveillance, données et recherche opérationnelle.** Des données de qualité sont nécessaires afin de pouvoir établir des priorités, assurer un suivi et prendre des décisions. Le renforcement des systèmes de surveillance de la tuberculose, notamment l'intégration de systèmes de signalement et d'enregistrement électroniques/numériques et l'intensification des services de diagnostic de proximité, est indispensable. De plus, les pays devraient progressivement mettre en place des systèmes capables de produire et d'utiliser des données électroniques en temps réel en fonction des cas, à tous les échelons. Les données désagrégées par âge et par sexe permettent de déterminer plus facilement la charge de morbidité et les lacunes en matière de prestation de services, et de prendre des mesures adaptées. Les dispositifs de suivi (examens trimestriels au niveau des districts, examens annuels nationaux, etc.) permettent d'analyser les données de surveillance et les résultats de la recherche opérationnelle, d'évaluer les réussites, de détecter les lacunes et de prendre des mesures étayées par des données probantes. Les enquêtes ciblées, telles que les analyses des coûts et les inventaires, jouent un rôle crucial. Les capacités des acteurs locaux doivent être renforcées, notamment grâce à la recherche opérationnelle. Les données recueillies aux niveaux infranational, institutionnel et communautaire pourront ainsi être exploitées, afin d'améliorer la prise de décisions, la performance, et la qualité des services.
- **Technologies numériques.** Les technologies numériques offrent des solutions transversales propres à faciliter un vaste éventail d'activités essentielles de la lutte contre la tuberculose, notamment la prise en charge des patients (en recourant aux technologies numériques de mesure de l'adhésion thérapeutique, telles que les dispositifs de suivi de la prise du traitement, le suivi thérapeutique par vidéo, la lecture des radiographies numériques par des logiciels intelligents, etc.), la surveillance et le suivi (notification et enregistrement numériques, etc.), la gestion de programme et l'apprentissage en ligne.

2.1 Repérer les millions de cas non diagnostiqués

Selon les estimations, 10 millions de personnes contractent l'infection tuberculeuse chaque année, dont plus de 3,5 millions ne sont pas diagnostiquées, sont diagnostiquées mais non soignées, ou sont soignées sans être enregistrées par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNLT). Fait inquiétant, les statistiques révèlent que plus de 75 % des personnes nouvellement atteintes de tuberculose pharmacorésistante étaient concernées par ce phénomène en 2017. La proportion de personnes atteintes par la tuberculose manquantes (cas « manquants ») s'établit à 69 % chez les enfants de moins de 5 ans et à 40 % chez les enfants âgés de 5 à 14 ans, en raison des difficultés liées au diagnostic de la tuberculose chez l'enfant, du nombre restreint d'agents qualifiés et de la médiocrité des outils de diagnostic pour ce groupe d'âge.

Collectivement, ces millions de cas manquants 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, déclarées et correctement traitées. La première étape consiste à mener une analyse critique ou une recherche opérationnelle afin d'identifier et de localiser les cas manquants et de déterminer les causes de cette omission.

Pour éradiquer la tuberculose, il est indispensable de garantir des services de qualité disponibles et accessibles à tous, d'éliminer les obstacles entravant l'accès à ces services, de mettre en œuvre des interventions pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et de cibler les communautés et les personnes les plus touchées par cette maladie. S'il convient d'intensifier et de maximiser le recours aux outils et services traditionnels, des approches inédites et des outils de diagnostic faisant appel aux nouvelles technologies (tests de diagnostic moléculaire, radiographie numérique, nouvelles stratégies de participation des communautés et des acteurs privés) sont également nécessaires pour atteindre les personnes manquantes.

Parmi les méthodes de détection des cas ayant fait leurs preuves, citons les enquêtes de prévalence et autres analyses, ainsi que les approches innovantes fondées sur le modèle de l'[investissement à effet catalyseur pour la lutte contre la tuberculose](#) du Fonds mondial, qui cible les 13 pays comptabilisant respectivement 75 % et 55 % des cas manquants atteints de tuberculose pharmacosensible et de tuberculose pharmacorésistante à l'échelle mondiale. D'autres initiatives facilitent l'établissement des priorités. Dans le cadre de son investissement à effet catalyseur, le Fonds mondial a créé un [site Internet consacré au partage d'expériences](#) et un ensemble de ressources (lettres d'information, études de cas et modules d'apprentissage en ligne) visant à guider les acteurs dans la recherche des cas manquants.

Encadré 2. Enseignements tirés de l'investissement à effet catalyseur pour la recherche des personnes atteintes par la tuberculose manquantes

L'investissement à effet catalyseur (notamment les fonds de contrepartie et l'Initiative stratégique ainsi que les subventions multipays) consacré à la recherche des personnes atteintes par la tuberculose manquantes a été lancé en 2017. Dans le cadre de l'Initiative stratégique, le Partenariat « Halte à la tuberculose » et l'OMS aident les pays à détecter les cas de tuberculose manquants en éliminant les obstacles au dépistage, en élaborant des approches et des outils, notamment la documentation et le partage des enseignements tirés, et en favorisant l'adoption de ceux-ci à grande échelle.

L'objectif de l'Initiative stratégique est de détecter et soigner 1,5 million de cas de tuberculose supplémentaires d'ici 2019. L'initiative a suscité un élan mondial et permis de tirer les enseignements suivants :

- Le suivi constant des progrès accomplis par rapport aux objectifs est primordial pour détecter de nouveaux cas.
- Les pays ont accompli des progrès considérables en matière de signalement des cas de tuberculose.
- La mise en œuvre d'approches innovantes et l'attention portée au secteur privé, principalement en Asie, ainsi que l'amélioration des pratiques au sein des établissements et des communautés en Afrique ont joué un rôle clé dans l'augmentation de la détection des cas.
- Il est urgent de produire et d'exploiter des données aux échelons national et infranational afin d'orienter l'élaboration des politiques et la prise de décisions.
- Les [outils](#) mis au point par l'Initiative stratégique guideront les pays dans l'élaboration des demandes de financement et dans la mise en œuvre des programmes.
- Le diagnostic de la tuberculose doit être systématiquement intégré dans les structures de soins de santé primaires publiques et privées, notamment en instaurant des systèmes fiables de transport des échantillons.

2.2 Optimiser l'impact de la lutte contre la tuberculose

Le Fonds mondial continuera d'investir dans des programmes encourageant l'intensification urgente des efforts de diagnostic, de prévention et de traitement, tout en s'efforçant de lever les obstacles à l'accès aux soins pour les populations les plus touchées par la maladie et les régions confrontées à des épidémies croissantes. Ces investissements financeront la mise en œuvre d'interventions pertinentes sur le plan épidémiologique, étayées par des données probantes, adaptées au contexte et pouvant être déployées à grande échelle. Elles devront être dirigées par des acteurs locaux et être réalisées de façon à protéger et favoriser en tous points les droits de l'Homme, l'égalité des genres et les approches centrées sur la personne. L'accent doit être également mis sur la recherche des personnes atteintes par la tuberculose manquantes, notamment de tuberculose pharmacorésistante.

2.3 Systèmes de santé : accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle grâce à des services de lutte contre la tuberculose centrés sur la personne

Les programmes doivent s'inscrire dans les processus de la couverture sanitaire universelle (CSU) afin d'optimiser l'accès aux services de lutte contre la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante. Les personnes atteintes de tuberculose ou y étant exposées doivent bénéficier des services de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge de qualité, accessibles et abordables dont elles ont besoin sans que cela ne leur cause de préjudice financier. Afin de

progresser vers la CSU et de mettre fin à l'épidémie de tuberculose, les pays doivent s'appuyer sur des SRPS capables de faire face aux nouvelles épidémies et d'assurer des services de santé efficaces, performants, intégrés et centrés sur la personne ([OMS, Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne](#)).

Nombreux sont les systèmes de santé confrontés au manque d'efficacité, au morcellement des services et à l'insuffisance chronique des ressources, une situation qui compromet la prestation des services de soins de santé primaires et la capacité à fournir des services performants de lutte contre la tuberculose. Prises ensemble, ces carences systémiques nuisent à la prestation des services de santé dans nombre de pays. Parmi celles-ci figurent : la pénurie de personnel de santé ; le morcellement des systèmes d'information sanitaire ; la mauvaise qualité des mécanismes de responsabilité ; et la défaillance des systèmes nationaux de gestion des produits de santé et de la chaîne d'approvisionnement, qui entraîne des ruptures de stock au point de prestation de services.

Ces carences ont également des répercussions systémiques spécifiques et importantes sur les programmes de tuberculose : absence des dispositifs réglementaires nécessaires pour garantir l'efficacité de la prévention et du contrôle de l'infection ; usage irrationnel des diagnostics (notamment l'utilisation de tests obsolète et insensibles) et des médicaments ; absence de système de notification obligatoire des maladies et, surtout, de systèmes de signalement simples, modernes et faisant appel aux technologies électroniques, en particulier parmi les prestataires de soins privés. Par conséquent, la gouvernance du secteur de la santé publique reste focalisée sur les prestataires publics, excluant de fait les prestataires privés des dispositifs de supervision, d'orientation vers les services de diagnostic et de traitement et d'amélioration de la qualité. Les registres d'état civil sont mal gérés et la protection des droits juridiques des personnes atteintes de tuberculose est réduite au minimum.

Les demandes d'appui aux SRPS doivent :

- Reposer sur une évaluation conjointe des besoins relatifs aux différentes maladies tout en cherchant à éliminer les défaillances du système de santé qui entravent son bon fonctionnement.
- S'inscrire dans le cadre d'un financement ciblant une maladie particulière ou être distinctes.
- Être en phase avec les approches spécifiques résumées dans la Note d'information relative aux SRPS (disponible sur [cette page](#)), dans laquelle sont fournies des orientations relatives aux investissements dans les domaines suivants : i) gouvernance et planification dans le secteur de la santé ; ii) renforcement des systèmes communautaires afin d'appuyer la riposte communautaire ; iii) systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement ; iv) systèmes d'information sanitaire et suivi et évaluation (S&E) ; v) ressources humaines pour la santé (RHS), notamment les agents de santé communautaires ; vi) prestation de services intégrés et amélioration de la qualité ; vii) renforcement des systèmes de laboratoire ; et viii) système de gestion financière.
- Être formulées de sorte à répondre aux besoins des programmes de lutte contre la tuberculose et à éliminer les défaillances transversales du système de santé qui compromettent la prestation de services dans son ensemble.
- Être utilisées pour alléger les restrictions touchant la prestation des services de lutte contre la tuberculose et d'autres maladies, afin d'améliorer l'efficacité, la performance et la pérennité des programmes et de renforcer le système de santé national.

L'imposition de frais importants aux usagers de la santé compromet également l'accès équitable aux services et fait peser une charge financière excessive sur les ménages pauvres. Cette

difficulté est exacerbée par l'absence de dispositifs de protection sociale permettant de faire face à ces coûts ruineux, notamment la perte de revenus et les frais non médicaux liés à la maladie. Par conséquent, l'amélioration de l'accès aux soins de santé, qui passe par un meilleur financement de la santé et des systèmes de protection sociale améliorés, reste une priorité à l'échelle mondiale.

2.4 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. Elle comprend notamment l'adoption et la mise en œuvre d'approches d'amélioration de la qualité tout au long du parcours de soins liés à la tuberculose : dépistage, diagnostic, traitement, prise en charge et recherche des sujets-contacts. Les services de soins de santé doivent être sûrs, efficaces, rapides, performants, équitables, abordables, disponibles, accessibles, intégrés et centrés sur la personne.

Les services de lutte contre la tuberculose doivent être accessibles aux populations plus exposées à l'infection, telles que les PVVIH, les personnes diabétiques, les détenus, les enfants, les adolescents, les mineurs, les populations nomades et les personnes touchées par le surpeuplement et l'extrême pauvreté. Il est possible d'y parvenir en adaptant les modèles de prise en charge aux besoins de ces populations, par exemple.

La mise en place de programmes à assise communautaire et dirigés par les communautés visant à fournir des informations, des services de dépistage et un soutien à l'adhésion thérapeutique auprès des populations difficiles à atteindre est primordiale pour améliorer la qualité des services. De même, l'amélioration des résultats thérapeutiques, en particulier chez les patients atteints de tuberculose pharmacorésistante, est essentielle pour diminuer la résistance aux antimicrobiens.

La généralisation des nouveaux schémas thérapeutiques, notamment les traitements oraux modifiés de courte durée contre la tuberculose pharmacorésistante, qui ont le mérite de réduire les effets secondaires, est l'occasion de favoriser la décentralisation des soins, le traitement centré sur la personne et l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques. Ceci inclut la mise en place de programmes de soins visant à favoriser l'observance du traitement, et de systèmes de suivi actif et de gestion de la toxicité des médicaments pour la tuberculose (aDSM)

Les pays sont encouragés à introduire dès que possible ces nouveaux schémas thérapeutiques, en s'appuyant éventuellement sur la recherche opérationnelle/relative à la mise en œuvre pour l'adoption des traitements oraux courts, et sur des modèles pour la promotion des soins centrés sur le patient. Ceci inclut également l'achat et l'administration de médicaments antituberculeux de qualité. Par conséquent, les pays sont encouragés à s'approvisionner en recourant à des dispositifs et des sources fiables, tels que le Dispositif Mondial pour l'approvisionnement en médicaments (GDF).

Enfin, les investissements en faveur des SRPS peuvent être utilisés pour élaborer et utiliser des outils et des approches visant à améliorer la qualité, de sorte à favoriser la prestation de services intégrés de haute qualité et centrés sur la personne.

2.5 Utilisation des données pour les interventions et la recherche opérationnelle

Des investissements à long terme systématiques sont nécessaires pour améliorer la disponibilité et la qualité des données de routine utilisées pour les analyses et la prise de décisions stratégiques. Des systèmes de données d'excellente qualité sont également requis afin de mieux cibler les programmes et d'améliorer la qualité et l'efficacité des investissements. Les pays doivent mettre au

point des systèmes de signalement et d'enregistrement électroniques et numériques ou utiliser ceux déjà en place et approuvés, afin que les données relatives aux cas soient accessibles en temps réel pour guider la prise de décisions aux différents échelons. La publication de données ventilées (par âge, sexe, statut sérologique, etc.) est vivement recommandée. Il convient également d'accroître l'utilisation des analyses et des données au niveau national, afin de comprendre ce qui fonctionne, ou non, aux différents échelons, et de prendre des décisions éclairées en vue d'améliorer la performance, la qualité, l'efficacité et les retombées des programmes. Des ressources doivent être prévues à ce titre dans les PNLT. Enfin, les candidats doivent prévoir un budget suffisant pour la réalisation d'examens annuels ou semi-annuels (au niveau national) et d'examens trimestriels (au niveau infranational).

La recherche opérationnelle est essentielle pour mesurer la progression et la performance de la mise en œuvre des programmes, détecter les problèmes, et planifier correctement les activités visant à accroître la qualité et la couverture des services de lutte contre la tuberculose. Elle est nécessaire lorsque des interventions nouvelles et innovantes, pour lesquelles il existe peu de données, sont mises en œuvre (cela vaut aussi lorsqu'elles sont déployées dans un environnement très différent de celui dans lequel elles ont été expérimentées). Les informations recueillies permettront d'orienter l'élaboration des futures politiques et directives.

Les capacités nationales doivent être renforcées, notamment en incitant le personnel de santé local à exploiter activement les données à sa disposition, et en encourageant l'utilisation des informations aux fins de planification et de mise en œuvre au niveau infranational et dans les établissements de santé. L'analyse des données permettra de fixer des objectifs infranationaux, de comprendre les disparités existant au niveau infranational en matière de prévalence et de performance, et d'adapter la prestation de services aux besoins spécifiques des populations à risque.

[L'analyse des coûts](#) permet de déterminer les obstacles financiers entravant l'accès des usagers aux services de lutte contre la tuberculose. Elle doit être régulièrement menée afin d'orienter la planification et la mise en œuvre des interventions visant à éliminer les coûts exorbitants pour les usagers et à les rediriger vers des filets de sécurité financière.

[Les inventaires](#) sont utiles pour détecter un possible sous-signalement des cas de tuberculose (en particulier parmi les prestataires privés) et prendre des mesures correctives, comme ce fut le cas en Indonésie en 2018-2019. L'élaboration et la mise en œuvre des programmes doivent s'appuyer sur des évaluations qualitatives, afin de cerner les perceptions des prestataires et des patients et de repérer les obstacles liés au genre et aux droits de l'Homme.

La Note de politique opérationnelle du Fonds mondial sur la qualité des programmes et des données, présentée dans le [Manuel de politique opérationnelle du Fonds mondial](#), fournit des orientations sur les exigences et les procédures à suivre en matière de suivi et d'évaluation 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 détecter et gérer les risques susceptibles de compromettre la réalisation des objectifs de la subvention.

2.6 Participation des prestataires privés

Comme indiqué dans l'Analyse contextuelle [relative aux partenariats public-privé \(PPP\) \(Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2018\)](#), 62 % des 3,6 millions de « personnes manquantes » vivent dans sept pays dans lesquels les prestataires privés assurent plus de deux

tiers des consultations initiales. Pourtant, dans ces pays, seuls 19% des signalements des cas de tuberculose émanent de cabinets privés à but lucratif, soit seulement 12% de l'incidence estimée de la tuberculose en 2017.

Dans ces pays, l'appui du Fonds mondial aux activités liées aux PPP a plus que doublé au cours du deuxième cycle de financement. Plusieurs pays comptent de nouveaux récipiendaires principaux. Une participation accrue et renforcée des prestataires privés (qu'ils exercent ou non dans un but lucratif) est nécessaire, afin d'éliminer les disparités dans la couverture des services et de garantir aux usagers un accès rapide au diagnostic et au traitement. De nouvelles stratégies de collaboration avec le secteur privé doivent être expérimentées et intégrées dans les programmes de lutte contre la tuberculose. On peut ainsi faire appel à des agents d'interface, comme en Inde et dans d'autres pays, et mettre en place des incitations monétaires et/ou non monétaires. La notification obligatoire et la rationalisation du système de signalement et d'enregistrement, notamment grâce aux technologies numériques, favorisent l'implication des prestataires privés et maximisent leur contribution aux efforts d'élimination de la tuberculose.

Ces interventions peuvent convenir à d'autres pays que les sept mentionnés ci-dessus, où l'implication et la contribution des prestataires de soins de santé privés sont importantes.

Plusieurs pays, dont l'Inde, le Pakistan et le Bangladesh, ont mené des projets pilotes en collaboration avec le secteur privé et en ont tiré des enseignements intéressants, qui seraient utiles à d'autres pays. Des exemples de stratégies visant à impliquer les prestataires privés sont fournis dans la [feuille de route relative aux PPP](#), dans le [guide de terrain édité par le Partenariat « Halte à la tuberculose »](#) et dans la [note conceptuelle à l'intention des candidats au financement TB REACH](#).

2.7 Plaider pour l'accroissement des ressources programmatiques et financières

La lutte contre la tuberculose souffre d'un énorme déficit de financement, notamment en matière de recherche et de développement. Avec l'introduction de nouveaux outils, schémas thérapeutiques et autres innovations, des ressources financières accrues sont nécessaires pour améliorer le recours aux services, déployer les interventions à grande échelle et optimiser l'utilisation. La mobilisation de ressources supplémentaires constitue l'un des principaux objectifs de la Stratégie du Fonds mondial. Elle est nécessaire pour garantir la réussite du déploiement à grande échelle des interventions de lutte contre la tuberculose. Il est particulièrement important d'augmenter les investissements en ressources nationales dans le secteur de la santé, essentiels pour assurer un avenir durable au financement de la santé dans la plupart des pays.

Les pays sont invités à étudier et concevoir des approches innovantes en vue de mobiliser des fonds supplémentaires, notamment des ressources nationales, afin de combler le déficit de financement de la lutte contre la tuberculose et de remplacer progressivement les apports des donateurs par des fonds nationaux.

2.8 Programmes conjoints et activités collaboratives

Les programmes de santé conjoints facilitent l'affectation ciblée des ressources et le déploiement à grande échelle des services centrés sur la personne, afin d'améliorer l'efficacité, la performance, la qualité et la pérennité. Les pays doivent évaluer judicieusement quels sont les ensembles de services et les modèles de prestation les plus adaptés et les plus réalistes dans leur contexte, puis examiner les zones, les modalités et les acteurs de leur mise en œuvre. L'intégration de services

de santé centrés sur la personne peut apporter des avantages notables à tous les pays, tout au long du continuum de développement. Cependant, il n'existe pas de solution toute indiquée en matière de services de santé « intégrés » : l'approche doit être mise en œuvre en s'adaptant aux divers modèles de prestation de services, aux contextes locaux et aux populations cibles.

L'intégration peut prendre plusieurs formes et être mise en œuvre aux différents échelons du système de santé, notamment : i) au niveau de la gouvernance, pour coordonner la planification stratégique et opérationnelle des divers programmes de santé ; ii) au niveau du financement de la santé, pour faciliter la mobilisation et la mise en commun des ressources, ainsi que l'achat stratégique de services de santé ; iii) au niveau de la gestion des systèmes de santé, par exemple le système de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, le système d'information sanitaire, le système de laboratoire et le personnel de santé. La prestation de services intégrés nécessite également la mise en place d'un ensemble fixe de services de santé de base à chaque niveau de soin, composé de services de santé primaires fiables et d'un dispositif d'orientation fonctionnel.

Cependant, tout bon programme de lutte contre la tuberculose doit inclure des interventions spécifiques à cette maladie, qui ne sont pas nécessairement jugées prioritaires dans les programmes de santé entièrement intégrés. Ces interventions sont notamment la détection des cas de tuberculose active, le dépistage symptomatique dans les unités de soins ambulatoires, la recherche des sujets-contacts et l'aide à l'adhésion thérapeutique. Ces activités de santé publique propres à la tuberculose doivent être prises en compte et maintenues dans les programmes conjoints.

2.8.1. Programmation conjointe tuberculose/VIH

Les investissements en faveur des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH et les synergies entre ces programmes doivent être optimisés afin d'améliorer les résultats en matière de santé. Par conséquent, les pays lourdement touchés par la tuberculose et le VIH¹ doivent élaborer un programme conjoint et intégré pour ces deux maladies et déposer une seule demande de financement. Ils doivent proposer des interventions prioritaires à fort impact pour la tuberculose et le VIH (notamment des activités collaboratives de lutte contre ces deux maladies) et expliquer en détail comment les deux programmes œuvreront conjointement pour éliminer la tuberculose, le VIH et les co-infections. Ils doivent également proposer des solutions pour résoudre les défaillances communes du système de santé, qui compromettent la mise en œuvre et l'intégration des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, ainsi que d'autres activités transversales.

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 de lutte contre la tuberculose et le VIH. Les programmes conjoints sont l'occasion de renforcer la prestation de services essentiels auprès des personnes atteintes de tuberculose, du VIH et de la co-infection tuberculose/VIH, notamment : i) le dépistage régulier de la tuberculose chez les PVVIH ; ii) le dépistage du VIH chez les personnes présentant les symptômes de la tuberculose et chez les patients tuberculeux ; iii) l'administration d'un traitement antirétroviral, de cotrimoxazole et d'un

¹Les 28 pays à forte prévalence de tuberculose et de VIH pouvant prétendre au financement du Fonds mondial sont les suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cameroun, Congo, Congo (République démocratique du), Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Inde, Indonésie, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nigéria, Ouganda, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République centrafricaine, Eswatini, Tanzanie (République-Unie de), Tchad, Thaïlande, Zambie et Zimbabwe.

traitement antituberculeux aux PVVIH atteintes de tuberculose ; et iv) l'administration d'un TPT (notamment les combinaisons thérapeutiques de courte durée récemment recommandées, comme le 3HP et le 3RH) aux PVVIH chez lesquels une tuberculose active a été exclue. Certains appareils servant au diagnostic de plusieurs maladies, tels que GeneXpert, peuvent être utilisés pour diagnostiquer la tuberculose et mesurer la charge virale du VIH. Ils sont propices au renforcement de la collaboration entre les deux programmes. D'autres méthodes de dépistage et de diagnostic, notamment la radiographie numérique et la méthode LF-LAM, améliorent le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH. Plusieurs modèles permettent 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 universelle. Les possibilités d'intégrer les services liés à la tuberculose et au VIH, par exemple en comblant les lacunes de dépistage et de traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH, peuvent être complétées au moyen de services communautaires différenciés visant à renforcer l'adhésion thérapeutique et l'administration des TAR.

Comme le révèlent les enseignements tirés des demandes de financement et des programmes conjoints de lutte contre la tuberculose et le VIH, l'élaboration d'une demande de financement unique contribue à l'harmonisation des secteurs transversaux, notamment la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, la supervision, le suivi et l'évaluation, ainsi que la prestation de services intégrés de lutte contre la tuberculose et le VIH. Élaborer une seule demande de financement permet aussi d'alléger la charge administrative liée à la préparation du dossier et de simplifier la gestion de la subvention. Cette méthode convient donc aux pays voulant rationaliser la procédure de dépôt des demandes de financement et de gestion des subventions. Toutefois, elle présente quelques faiblesses. Lorsque seule la demande de financement est réalisée collectivement, la collaboration nationale entre les divers programmes indépendants tend à décliner au cours de l'élaboration et de la mise en œuvre de la subvention.

L'épidémiologie de la tuberculose et du VIH dans le pays, la maturité et la capacité des programmes, les infrastructures de santé et leur gestion, ainsi que les obstacles aux soins et les besoins des patients devraient déterminer la portée et les principales composantes des programmes d'action conjointe. 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, la prestation de services et la supervision. Cette démarche réduit les doubles emplois, favorise les synergies et cible les ressources afin d'obtenir le maximum d'impact. Elle contribue également à accroître la pérennité de la riposte à travers les programmes.

Pour en savoir plus, veuillez consulter la Note d'information relative au VIH et la Note d'information technique relative à la tuberculose et au VIH publiées par le Fonds mondial (disponibles sur [cette page](#)), [la Note d'information du Fonds mondial relative au VIH](#), les [bonnes pratiques/la note d'information technique du Fonds mondial relatives à la tuberculose et au VIH](#), [la Note d'orientation technique relative à la tuberculose et au VIH publiée par l'ONUSIDA et l'OMS](#), [la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose](#), les [Notes relatives aux populations clés publiées par le Partenariat « Halte à la tuberculose »](#) et les [Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente publiées par l'OMS](#).

2.8.2. Tuberculose et maladies non transmissibles^{2,3}

Les facteurs de risque tels que le diabète, le tabagisme, la silicose, la consommation excessive d'alcool et de drogue, les problèmes de santé mentale et la malnutrition constituent un frein à la lutte contre la tuberculose, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. En 2017, 1,9 million de cas de tuberculose ont été attribués à la malnutrition, 80 000 au tabagisme, 790 000 au diabète et 490 000 à la consommation excessive d'alcool. L'élimination de ces facteurs de risque fera donc considérablement baisser la prévalence de la tuberculose.

Outre les problèmes de santé mentale, ces maladies non transmissibles (MNT) augmentent le risque d'échec thérapeutique chez les patients atteints de tuberculose. Les personnes souffrant de MNT sont plus sensibles à la tuberculose et leur traitement a moins de chances de réussir si elles contractent l'infection. 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 MNT et à la tuberculose (mauvaise alimentation, tabagisme et consommation excessive de substances, par exemple). Ces maladies ont donc un effet inéquitable et constituent un double fardeau. Outre les PVVIH et les sujets-contacts, les personnes démarrant un traitement contre le facteur de nécrose tumorale (TNF), les patients sous dialyse, les patients se préparant à une greffe d'organe ou à une transfusion sanguine, ainsi que les patients atteints de silicose doivent effectuer un test de dépistage systématique et recevoir un traitement antituberculeux, notamment dans les unités spécialisées. Des services de santé intégrés et coordonnés sont nécessaires pour résoudre ces questions, en particulier au niveau des soins de santé primaires, afin d'élaborer des cadres conjoints de planification et de prévention et d'harmoniser les flux de financement.

Le diabète triple le risque 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. Le dépistage et le traitement précoces de la tuberculose chez les personnes diabétiques, de même que le dépistage et le traitement précoces du diabète chez les patients tuberculeux devraient être intensifiés.

Le tabagisme accroît également le risque de tuberculose, accélère la déclaration de la maladie, augmente sa gravité et multiplie le risque d'échec thérapeutique et de rechute post-traitement. Il convient donc d'envisager et de mettre en œuvre des interdictions de fumer dans les établissements de santé, ainsi que des programmes de sevrage tabagique. Des stratégies visant à intégrer le dépistage et la cogestion de ces comorbidités dans la prise en charge de la tuberculose doivent être mises au point et renforcées.

Enfin, certains patients atteints de tuberculose pulmonaire chronique et « guéris » peuvent connaître des rechutes et des complications chroniques ultérieures liées à la tuberculose et doivent être orientés vers des services de soins adaptés.

2.8.3. 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 lourdement 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 aux nourrissons. Elle va de pair avec des

² Pour en savoir plus, consulter : <http://www.who.int/nmh/events/ncd-coordination-mechanism/en/>.

³ https://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/english/TheUnion_DMTB_Guide_October2018_Text_AW_02.pdf

accouchements prématurés, un faible poids de naissance des nouveau-nés et une mortalité maternelle et infantile plus élevée. Dans les zones où les adolescentes et les femmes en âge de procréer (15-49 ans) sont fortement touchées par le VIH, l'intégration de services de lutte contre la tuberculose dans les programmes de prévention du VIH de grande envergure, notamment les programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), est essentielle pour dépister et soigner les femmes et leurs enfants.

La ventilation des données aide à mieux comprendre la situation des enfants et des adolescents en matière de tuberculose, car les difficultés qu'ils rencontrent en matière de dépistage et de réussite thérapeutique sont différentes de celles des adultes. 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(e) 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 d'autres services destinés aux femmes et aux enfants, notamment le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose. Une approche intégrée, communautaire et familiale des soins 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 tuberculose chez les femmes et les enfants, notamment grâce à la recherche des sujets-contacts et l'administration d'un TPT. La [feuille de route pour l'élimination de la tuberculose chez les enfants et les adolescents](#) fournit de plus amples détails sur les stratégies à adopter, et les « bonnes pratiques relatives à la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent » fournissent des exemples utiles issus des activités de terrain. Pour en savoir plus, consultez la [Note d'information technique du Fonds mondial relative à la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente](#) (The Global Fund Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Technical Brief).

2.8.4. Facteurs sociaux sous-jacents et obstacles à l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Plusieurs facteurs sous-jacents de l'épidémie de tuberculose doivent être pris en compte : la pauvreté et l'inégalité, l'insécurité alimentaire, le genre, 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, notamment la stigmatisation et la discrimination. Pour être efficaces, les programmes de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose doivent contribuer à l'élimination des obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre. Ceci doit passer 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 les effets de la migration, du vieillissement démographique et des maladies chroniques comme le diabète, qui constituent des facteurs de risque de la tuberculose. Il est nécessaire d'analyser, de manière plus nuancée et différenciée, la corrélation entre genre et tuberculose, en particulier chez les populations très exposées au risque de tuberculose et de co-infection tuberculose-VIH, et au sein des communautés mal desservies. L'imposition de frais importants aux usagers de la santé compromet également l'accès équitable aux services et fait peser une charge financière excessive sur les ménages pauvres. Cette difficulté est exacerbée par l'absence de mécanismes de protection sociale permettant de faire face aux autres problèmes financiers majeurs, tels que la perte de revenus et les frais non médicaux liés à la maladie. Par conséquent, améliorer l'accès aux soins de santé grâce à un meilleur financement de la santé et

à des systèmes de protection sociale reste une priorité mondiale et nécessite des mesures collaboratives et coordonnées.

3. Autres points importants à considérer durant l'élaboration de la demande de financement

3.1 Enseignements tirés des deux cycles de financement fondé sur l'allocation de fonds

En 2014, le Fonds mondial est passé à un modèle de financement fondé sur l'allocation de fonds, selon lequel chaque pays admissible reçoit une somme pour la période concernée. Le premier cycle de financement fondé sur l'allocation de fonds, dénommé dans un premier temps « nouveau modèle de financement », s'est déroulé sur la période 2014-2016. Le deuxième cycle s'est déroulé sur la période 2017-2019.

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. À la suite du premier cycle de financement fondé sur l'allocation de fonds (2014-2016, auparavant dénommé « nouveau modèle de financement »), la méthodologie d'allocation des fonds a été améliorée. Les « financements d'encouragement » ont été rebaptisés « demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée », des procédures distinctes de candidature et d'examen ont été instituées, les aspects liés à la pérennité et à la transition ont été clarifiés, et les procédures ont été simplifiées afin d'allonger la période de mise en œuvre.

Le TRP a fait part de ses observations et des enseignements tirés de l'examen des demandes de financement (appelées « notes conceptuelles » durant le cycle 2014-2016) issues des deux premiers cycles de financement fondé sur l'allocation de fonds dans un [rapport disponible sur le site Internet du Fonds mondial](#).

Les enseignements tirés du deuxième cycle de financement fondé sur l'allocation de fonds seront mis en pratique durant le cycle 2020-2022 afin de répondre à la principale demande des candidats et des parties prenantes, à savoir simplifier davantage la procédure d'accès aux fonds, mais sans apporter de changements trop radicaux. Les pays éligibles pour le cycle 2020-2022 recevront une lettre leur présentant le montant de leur allocation, en décembre 2019. Les informations concernant la procédure de dépôt des demandes de financement au titre du cycle 2020-2022, notamment les supports de candidature actualisés, sont disponibles sur le [site Internet du Fonds mondial](#).

3.2 Efficacité

Les ressources nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose sont plus importantes que celles dont nous disposons actuellement. Afin d'optimiser leur efficacité, les programmes doivent s'appuyer sur les données pour cibler les populations les plus touchées par la maladie et fournir des services de qualité, dans une optique d'efficacité.

Plusieurs stratégies existent pour améliorer l'efficacité des interventions de lutte contre la tuberculose. La première consiste à améliorer l'« efficacité des allocations », en octroyant des montants limités et différenciés selon les interventions, l'emplacement géographique et les groupes de population, afin d'optimiser l'efficacité. Avant de déposer leur demande de financement, les pays peuvent effectuer une analyse épidémiologique pour déterminer l'évolution des maladies et les

lacunes en matière de données. Ils peuvent ainsi cibler les populations et les zones prioritaires et mettre en place des dispositifs d'appui plus performants. Le Fonds mondial y contribue en aidant les pays à améliorer la cartographie et l'estimation démographique des populations clés.

Les PSN doivent faire apparaître les principes généraux de l'efficience des allocations dans leurs programmes, en montrant que les interventions sélectionnées présentent un bon rapport coût-efficacité, s'appuient sur des données probantes 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. Lorsque cela est faisable, la partie consacrée à l'efficience des allocations peut être liée plus directement à la sélection des interventions clés et à l'établissement des priorités.

La deuxième stratégie visant à améliorer l'efficacité consiste à élaborer et mettre en œuvre des services permettant de produire des effets ou des résultats de santé optimaux pour un coût minimal. Il s'agit de l'« efficacité technique ». Il existe de nombreux moyens d'y parvenir tout au long du parcours de prévention et de soins ; les pays sont encouragés à inventer et mettre en œuvre de nouveaux modes de prestation de services, plus efficaces et performants dans leur contexte. En voici plusieurs exemples : améliorer la détection des cas en concentrant le dépistage sur les populations très exposées, selon le contexte national ; recourir à des méthodes de diagnostic adaptées et rentables ; déterminer les ressources nécessaires à la prestation de services au sein des établissements (équipement, personnel, etc.), dans une optique de rentabilité ; créer des systèmes communautaires ou des structures de soins ambulatoires afin de déployer à grande échelle les modèles de prestation de services centrés sur la personne ; favoriser l'accessibilité des services, notamment grâce à des activités rentables visant à stimuler la demande de services de diagnostic et de traitement produisant des économies d'échelle ; et élaborer des dispositifs efficaces afin d'éliminer les obstacles entravant fréquemment la prestation de services (ruptures de stock, effectifs restreints, etc.).

La troisième stratégie consiste à améliorer l'efficacité en des points précis du système de santé, une démarche appelée « efficacité trans-programmatique ». Les pays sont encouragés à mettre en avant les efforts visant à améliorer l'harmonisation, l'intégration et la fonctionnalité de leur système de santé, afin que les usagers puissent facilement accéder aux services dont ils ont besoin. Ceci inclut l'élimination des doubles emplois, des chevauchements ou des disparités entre les principales fonctions, comme le financement, la gouvernance, les ressources et la prestation de services.

Tous les types d'efficacité sont intégrés dans la procédure d'élaboration de la subvention du Fonds mondial. Pour en savoir plus, veuillez consulter la Note d'information technique relative au rapport coût/efficacité (Value for Money Technical Brief) disponible sur [cette page](#).

3.3 Contextes d'intervention difficiles

Les contextes d'intervention difficiles (CID) sont l'un des domaines prioritaires du Fonds mondial. Dans sa Stratégie pour la période 2017/2022, celui-ci s'engage à améliorer l'efficacité des investissements en faveur de la santé et à atteindre les populations clés en se montrant plus souple, en soutenant l'innovation et en renforçant les partenariats, trois éléments essentiels des interventions menées dans les CID.

Les candidats concernés devront consulter la [Note de politique opérationnelle sur les contextes d'intervention difficiles](#) (Operational Policy Note on Challenging Operating Environments), qui comporte des indications sur l'accès au financement et la gestion des subventions.

3.4 Populations clés

Concernant la tuberculose, les populations clés sont les personnes vulnérables, mal desservies ou exposées à l'infection tuberculeuse et à la maladie. Ces 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 de lutte contre la tuberculose 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 aux droits de l'Homme et au genre. Dans tous les pays, les enfants constituent une population clé à part : ils pâtissent des défaillances en matière de diagnostic, ne disposent d'aucun revenu et ne sont pas capables de revendiquer eux-mêmes leurs droits.

Les populations clés constituent l'une des priorités du Fonds mondial et, à ce titre, elles sont de plus en plus impliquées dans la prise de décisions de premier plan. Des membres des populations clés doivent ainsi être intégrés aux instances de coordination nationales (ICN), au comité de gouvernement local et aux panels de 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.

Les populations clés doivent être expressément associées aux organisations de mise en œuvre afin d'apporter des renseignements et des orientations utiles et de contribuer à la supervision. Le Fonds mondial a publié un ensemble de stratégies, de politiques et de procédures complémentaires à cette fin.

Tableau 1 : Populations clés pour la tuberculose⁴

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 des enfants• travaillant dans des environnements surpeuplés• travaillant dans des hôpitaux ou des établissements de santé
Personnes ayant un ACCÈS LIMITÉ À DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DE QUALITÉ	Travailleurs migrants, femmes vivant dans un environnement marqué par une certaine inégalité de genre, enfants, migrants, réfugiés ou personnes déplacées internes, et mineurs en situation irrégulière. PERSONNES : <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 d'un handicap mental ou physique• confrontées à des obstacles juridiques à l'accès aux soins

⁴ http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf

Personnes PLUS EXPOSÉES à la tuberculose en raison de facteurs biologiques ou comportementaux qui compromettent leurs fonctions immunitaires	PERSONNES : <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 d'alcoolisme • consommant des drogues injectables
--	---

3.5 Éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre, notamment les inégalités de genre, la stigmatisation et la discrimination, accroissent la vulnérabilité à la tuberculose ou compromettent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose. 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. Plusieurs obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre et fréquemment observés dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose sont recensés ci-dessous :

- **Stigmatisation** : la stigmatisation associée à la tuberculose est souvent liée à la stigmatisation et à la marginalisation de la pauvreté, mais également à des informations erronées et à des craintes injustifiées concernant la maladie. Même s'ils ne sont pas stigmatisés dans le cadre de leur travail, les agents de santé doivent servir d'exemples auprès de leurs communautés. Toutefois, ils ne sont pas toujours correctement renseignés ou formés et peuvent nourrir des jugements ou des craintes vis-à-vis de cette maladie. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent amplifier la stigmatisation relative à la tuberculose.
- **Mauvaises conditions de vie et pénurie de services en milieu carcéral** : 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 eux aussi concernés, en particulier dans les juridictions où les infractions mineures sont passibles d'une peine privative de liberté menant à une incarcération. Les consommateurs de drogues sont également très exposés au risque de tuberculose à cause du partage du matériel (tuyaux pour inhalation, par exemple) et des pratiques provoquant la toux. De plus, ils vivent souvent dans la pauvreté. La consommation de drogues augmente aussi le risque d'infection à VIH.
- **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 épuisées. Il arrive pourtant que ce procédé soit appliqué, ce qui constitue une atteinte directe aux droits de l'Homme.
- **Insuffisance des services destinés aux agents de santé atteints de tuberculose** : les agents de santé touchés par la tuberculose bénéficient rarement de services de la médecine du travail, dont la qualité et la confidentialité font, du reste, généralement défaut.

- **Obstacles liés au genre** : les données révèlent que les hommes sont plus exposés au risque de contracter la tuberculose que les femmes et sont plus nombreux à décéder de cette maladie. Dans de nombreux secteurs d'activité à dominante masculine, notamment l'exploitation minière, le décapage et les travaux agricoles, les hommes sont plus exposés à l'infection. Ils sont aussi plus enclins à adopter des comportements à risque, notamment le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues. Enfin, ils sont plus susceptibles d'être incarcérés (ils représentent 93,1 % des 11 millions de détenus dans le monde).

Pourtant, la tuberculose est l'une des principales causes de décès des femmes en âge de procréer. Les femmes ont parfois plus de difficultés à accéder aux services de diagnostic et de traitement que les hommes, pour des raisons économiques, physiques ou liées au manque d'informations sur la santé. Il apparaît de plus en plus clairement que les femmes subissent davantage de discrimination liée à la tuberculose que les hommes, ce qui les dissuade de solliciter des soins. Il arrive souvent que les femmes ne jouissent d'aucune autonomie financière ni d'aucun pouvoir de décision pour recourir aux services de lutte contre la tuberculose et en bénéficier durablement. La stigmatisation touche différemment les femmes et les hommes. Il est important de comprendre la façon dont les normes et les inégalités liées au genre modifient le comportement de recours aux soins et l'accès aux services de lutte contre la tuberculose chez les hommes et les femmes.

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 la [Note d'information technique du Fonds mondial sur la tuberculose et les droits de l'Homme](#) [TB and Human Rights Technical Brief]).

En voici quelques exemples :

- **Réduction de la stigmatisation** : des outils de mesure, des programmes de formation et d'autres ressources favorisant l'égalité des genres 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, ainsi que des professionnels de la santé, peuvent être bénéfiques, en particulier pour les personnes marginalisées déjà exclues des services ou pour les personnes 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 et au genre : 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 d'accéder aux services de santé au même titre que le reste de la communauté. Les lois et politiques peuvent être remises en causes grâce au plaidoyer législatif, à la mobilisation et la sensibilisation de la communauté, aux procédures judiciaires, etc.
- La **formation des professionnels de la santé** peut être axée sur la réduction de la stigmatisation, sur l'importance du consentement éclairé, de la confidentialité et du respect de la vie privée, sur la participation active des patients aux processus de décision concernant

leur prise en charge, et sur la sensibilisation au fait que l'isolement involontaire doit rester une solution de dernier recours. Une formation de qualité et une formation professionnelle continue sont nécessaires afin d'améliorer l'expertise et la rétention du personnel de soins.

- **Faire évoluer les normes liées au genre** propres à une culture et un contexte particuliers, par exemple en créant des services de soins cliniques et communautaires différenciés pour les hommes et les femmes afin de gagner en efficacité, en recrutant davantage de professionnels masculins ou féminins, et en veillant à ce que les programmes d'information et d'éducation communautaires respectent les spécificités propres à chaque genre.
- **Promouvoir l'égalité des genres** dans les contextes où les femmes, les filles et les membres des communautés de genre non conformes sont en butte aux discriminations et aux inégalités, ce qui les expose à davantage de risques ou les empêche d'accéder aux services.
- **Le suivi communautaire de la qualité des services et des violations des droits de l'Homme** permet de veiller à ce que les prestations de services réalisées au sein des établissements et des communautés soient exemptes de stigmatisation et de discrimination. Il permet également de surveiller et de signaler les effets secondaires et les ruptures de stock. Le suivi assuré par la communauté favorise également le recensement et le signalement des violations des droits de l'Homme, telles que le non-respect du principe de confidentialité, l'imposition illégale de frais aux usagers, et l'exclusion arbitraire d'un emploi ou d'une formation à cause de la tuberculose.
- **Les programmes visant à améliorer l'accès à la justice sont essentiels pour la prévention et la réduction des violations des droits de l'Homme** en lien avec la pathologie de la tuberculose. La violation du secret médical et l'exclusion ou le renvoi arbitraire d'un emploi ou d'une formation comptent parmi les principaux obstacles à l'accès aux services de lutte contre la tuberculose. Même si elles connaissent leurs droits, certaines personnes ne sont pas capables de les faire valoir sans l'aide de juristes ou d'assistants juridiques. Dans certaines circonstances, l'accès à une assistance juridique peut être le moyen le plus direct et le plus efficace pour les communautés marginalisées d'avoir accès aux services de lutte contre la tuberculose, d'être protégées des traitements obligatoires ou de l'isolement involontaire, ou encore de remédier aux phénomènes de rejet social et de discrimination. Des services de conseil juridique à assise communautaire et dirigés par des pairs peuvent s'avérer particulièrement efficaces.
- **Programmes dans les prisons et autres lieux fermés** : les personnes en prison ou en détention provisoire ont les mêmes droits en matière de services de santé que le reste de la communauté. Ainsi, la formation du personnel médical pénitentiaire, des surveillants ou des autres agents pénitentiaires sur les notions de base de la prévention et la prise en charge de la tuberculose peut être efficace. Il est primordial de coordonner la prise en charge entre les différents établissements pénitentiaires et de continuer à suivre les détenus après leur libération et leur retour dans la communauté, afin qu'ils puissent démarrer un traitement antituberculeux durant leur incarcération sans crainte que celui-ci soit interrompu au moment de leur transfert ou de leur libération. Des approches axées sur les pairs et centrées sur le patient devraient être encouragées.

En vertu des principes relatifs aux droits de l'Homme, les programmes doivent être systématiquement élaborés, mis en œuvre et évalués avec la participation active des communautés concernées. Ils doivent être mis en œuvre de façon à respecter et encourager l'égalité des genres, la responsabilité et la non-discrimination.

3.6 Renforcement des systèmes communautaires (dans le cadre des interventions à base communautaire ou dirigées par la communauté)

Les ripostes communautaires sont nécessaires pour réaliser le changement de paradigme, c'est-à-dire passer d'une approche verticale descendante à une approche collaborative et multisectorielle du contrôle de l'épidémie de tuberculose. Pour cette raison, la collaboration avec les communautés et les organisations de la société civile est l'un des principaux axes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose de l'OMS et du Plan mondial pour éliminer la tuberculose du Partenariat « Halte à la tuberculose ». Les systèmes de santé communautaires et formels interagissent et se complètent, à mesure qu'ils évoluent et s'adaptent aux nouveaux défis, tout en participant individuellement à un seul et même écosystème de la santé.

L'expression « systèmes communautaires » englobe les structures, dispositifs, processus et acteurs communautaires impliqués dans les ripostes communautaires visant à répondre aux besoins de santé des individus. Elle est souvent employée dans le Cadre modulaire relatif aux Systèmes Résilients et Pérennes pour la Santé (SPRS). Il peut s'agir, par exemple, de renforcer la capacité d'une organisation communautaire à orienter les usagers vers un établissement de santé, et d'être ensuite capable de suivre et d'évaluer son programme de sensibilisation.

La « riposte communautaire » désigne les interventions mises en œuvre par les communautés pour résoudre leurs difficultés et répondre à leurs besoins. L'expression est souvent employée dans les cadres modulaires portant sur une maladie spécifique. La riposte communautaire englobe un large éventail de services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien liés à la tuberculose, à la tuberculose pharmacorésistante et à la co-infection tuberculose-VIH. Ces services permettent aux populations clés, vulnérables et marginalisées d'accéder à des services non fournis ou inaccessibles dans le système de santé formel. Il peut s'agir, par exemple, d'activités de proximité menées par une organisation communautaire afin de localiser les personnes atteintes de tuberculose manquantes.

La riposte communautaire est primordiale pour optimiser, dans la mesure du possible, la réactivité et l'exhaustivité des programmes de lutte contre la tuberculose, fournir des services de base au sein des communautés, et répondre aux besoins des groupes exclus et marginalisés. Le développement de la riposte à assise communautaire et dirigée par la communauté intervient largement dans l'amélioration des résultats en matière de santé.

Les communautés ont besoin de ressources, d'assistance technique, d'outils et des capacités organisationnelles, institutionnelles et techniques adéquates pour être sur un pied d'égalité avec les autres intervenants. Le renforcement des systèmes communautaires inclut des interventions visant à soutenir la création d'organisations, de réseaux et de structures dirigés par les pairs, reposant sur des données fiables ainsi qu'une approche centrée sur l'expertise, la coordination et la pérennité. Ces entités doivent assurer non seulement la prestation de services, mais également : 1) le suivi communautaire des programmes et services de lutte contre la tuberculose ; 2) le plaidoyer dirigé par la communauté ; 3) l'assistance technique, afin de faire progresser le développement organisationnel et institutionnel, le développement des systèmes, l'élaboration de plans de pérennisation, le leadership et l'organisation communautaire ; 4) le renforcement des liens et des partenariats avec les principales parties prenantes de la lutte contre la tuberculose ; et 5) l'évaluation de l'environnement juridique et politique et de la prise en compte des questions d'égalité des genres dans le cadre de la riposte. Pour en savoir plus,

consultez la note d'information technique intitulée « [Maximiser l'impact en renforçant les systèmes et les ripostes communautaires](#) » disponible sur [cette page](#).

La participation communautaire est indispensable pour améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies nationales et pour accroître la portée et la pérennité des interventions de lutte contre la tuberculose. Les démarches innovantes qui parviennent à mobiliser les communautés et les organisations de la société civile, telles que celles adoptées 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 la riposte communautaire.

3.7 Considérations relatives à la pérennité et à la transition

Le Fonds mondial encourage tous les pays à engager une réflexion sur la pérennité lors de l'élaboration de leurs programmes. Dans sa [Note d'orientation relative à la pérennité, à la transition et au cofinancement](#), le Fonds mondial expose ses principes visant à assurer la pérennité 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 relative à la pérennité, à la transition et au cofinancement](#) (Sustainability, Transition and Co-financing Guidance Note) disponible sur [cette page](#). En collaboration avec ses partenaires, le Fonds mondial a élaboré un document consacré à la pérennité, la transition et le cofinancement des produits de santé et de lutte contre la tuberculose, disponible [sur cette page](#).

3.8 Appui technique et renforcement des capacités

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 PSN, de l'élaboration de la demande de financement ou de la mise en œuvre. L'appui technique peut être apporté à l'ICN, aux acteurs dans le pays 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 contre la tuberculose : le KNCV, le Partenariat « Halte à la tuberculose », le SPM, l'OMS, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires et, entre autres, l'USAID. Ce dernier travaille en étroite collaboration avec d'autres départements et agences du gouvernement des États-Unis, ainsi qu'avec 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. L'USAID soutient les activités des programmes de lutte contre la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante dans plusieurs pays, notamment ceux qui mettent en œuvre des interventions financées par une subvention du Fonds mondial. Pour en savoir plus, consultez le site de l'[USAID](#). L'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires a publié des supports techniques disponibles sur son [site Internet](#).

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. Ce Protocole d'accord (PA) 2017-2019 actuellement en vigueur entre le Fonds

mondial et l'OMS 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 1^{er} avril 2017⁵. 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 (PMDT) dans le cadre des PSN.

Les pays dans lesquels les subventions du Fonds mondial sont versées à un bénéficiaire principal dans le cadre d'un accord prévoyant le financement d'activités de PMDT recevront l'un des deux ensembles de services d'assistance technique et de soutien consultatif coordonnés par les secrétariats des comités Feu vert régionaux. Selon les dispositions du protocole d'accord, les ensembles de services et les paiements annuels afférents sont les suivants :

- **Ensemble de services de base** destinés aux pays peu touchés par la tuberculose multirésistante ; contribution annuelle de 25 000 dollars US par pays.
- **Ensemble de services améliorés** destinés aux pays lourdement touchés par la tuberculose multirésistante selon le rapport le plus récent du Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS ; contribution annuelle de 50 000 dollars US par pays.

Le dispositif de soutien aux comités Feu vert établi dans le cadre du protocole d'accord évolue en fonction des enseignements tirés de l'expérience. De nouvelles composantes ont été ajoutées au moment du renouvellement du protocole. Un mandat et des dispositifs d'examen par les pairs ont été intégrés afin de normaliser l'appui offert aux pays et de garantir l'assurance qualité. Les contributions annuelles (frais des comités Feu vert) des subventions sont centralisées et versées à l'OMS en trois tranches. En vertu de l'accord en vigueur, les subventions sont octroyées en fonction des résultats et uniquement après que le pays ait confirmé avoir reçu un appui technique de la part des comités Feu vert régionaux.

Les enseignements tirés de la mise en œuvre du protocole d'accord en vigueur sont notamment : i) plus de 90 pays ont reçu un appui de la part des six comités Feu vert régionaux en 2018 ; ii) les missions et rapports des comités Feu vert régionaux ont été utilisés pour le plaidoyer et pour l'élaboration des demandes de financement dans le cadre des PSN ; iii) la qualité de l'appui aux pays et des rapports de mission s'est améliorée ; iv) la centralisation des paiements a favorisé la prévisibilité, a permis de transférer des fonds et a réduit les frais de transaction ; v) les pays ont bénéficié de la composante relative au renforcement des capacités ; vi) avec l'aide des comités Feu vert régionaux, les pays ont adopté les nouveaux schémas thérapeutiques contre la tuberculose pharmacorésistante prescrits par l'OMS, en déployant notamment à grande échelle les DST, les aDSM et le soutien aux patients⁶.

3.9 Résistance aux antimicrobiens

La résistance aux antimicrobiens représente une importante menace dans la lutte contre les maladies infectieuses, notamment la tuberculose, et reste une préoccupation majeure pour la sécurité sanitaire mondiale. La résistance aux médicaments contre les bactéries, virus, champignons et parasites rend le traitement des infections plus complexe et onéreux. Etant donné que tous les autres aspects des soins de santé dépendent de la capacité à prévenir et traiter les infections, la résistance accrue aux antibiotiques courants et aux autres antimicrobiens constitue

⁵ Protocole d'accord entre le Fonds mondial et l'OMS relatif aux comités Feu vert régionaux et à leurs secrétariats Avril 2017

⁶ « Performance-based technical support for drug-resistant TB responses: Lessons from the Green Light Committee », *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* (sous presse).

l'une des principales menaces sanitaires mondiales. La tuberculose représente presque un tiers des décès dus à la RAM dans le monde et pourrait représenter 2,6 millions des 10 millions de décès dus à la RAM attendus d'ici à 2050. Elle pourrait coûter 16 700 milliards de dollars US à l'économie mondiale si aucune mesure urgente n'est prise⁷. Dans le cas de la tuberculose, la résistance aux médicaments est généralement bien mieux comprise par les décideurs que la résistance aux antimicrobiens et constitue un exemple révélateur, à mettre en avant dans le cadre du plaidoyer.

La résistance aux antibiotiques augmente en raison de leur utilisation excessive dans la santé humaine et animale ainsi que dans la production alimentaire. Les antibiotiques sont utilisés comme substituts aux bonnes pratiques d'hygiène, au dépistage et à la prise en charge. Les systèmes visant à prévenir et maîtriser l'infection doivent être renforcés afin de remédier à ce problème. En 2016, au lendemain de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la RAM, le Secrétaire général des Nations Unies a convoqué le Groupe interinstitutions de coordination (GIC) chargé de la résistance aux antimicrobiens pour tenter de résoudre cette question. Le GIC réunit des partenaires des Nations Unies et des organisations internationales, des experts en santé humaine, animale et végétale, ainsi que des représentants des secteurs de l'agroalimentaire, de l'alimentation animale, du commerce, du développement et de l'environnement. Les rapports et les recommandations du GIC sont disponibles dans le [Rapport du GIC](#)⁸. La mise en œuvre des recommandations est coordonnée par le secrétariat tripartite (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture [FAO], OMS et Organisation mondiale de la santé animale [OIE]) dirigé par l'OMS. Bien qu'il s'agisse d'une problématique multisectorielle, il reste beaucoup à faire au niveau des systèmes de santé humaine. Une possibilité serait d'intégrer un volet consacré à la RAM dans les financements de la lutte contre les maladies et des SRPS afin de générer des avantages connexes pour un coût supplémentaire minime.

Plusieurs activités permettraient de lutter à la fois contre la RAM et la tuberculose :

- Intégrer la bactériologie et les tests de sensibilité aux antibiotiques dans les programmes de renforcement des systèmes de laboratoire et de surveillance.
- Tirer profit de l'expertise acquise en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments afin de garantir des livraisons fiables en antibiotiques adaptés et dont la qualité a été vérifiée (même si les subventions du Fonds mondial ne servent pas à l'achat des médicaments eux-mêmes).
- Inclure le renforcement de la prévention et du contrôle des infections dans les SRPS et les investissements en faveur de la qualité afin d'éviter les infections nosocomiales risquant de compromettre les soins.
- Œuvrer au rapprochement des comités de coordination de la lutte contre la RAM et des programmes de lutte contre les maladies à l'échelle nationale afin de simplifier la coordination et tirer profit d'éventuels avantages connexes.

3.10 Nouvelles méthodes de dépistage, nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques et technologies numériques innovantes

3.10.1. Dépistage

Au cours de la dernière décennie, l'OMS a recommandé plusieurs nouveaux tests de dépistage de la tuberculose et tests de sensibilité aux médicaments, parmi lesquels Xpert MTB/RIF, le test d'hybridation inverse en ligne (LPA), le test d'amplification isotherme induite par boucle (TB-LAMP), ainsi que le dosage du lipoarabinomannane à flux latéral (LF-LAM). Ce dernier est réservé au dépistage de la tuberculose chez les PVVIH gravement malades et présentant un faible taux de CD4. Ces méthodes, ainsi que d'autres innovations, doivent être rapidement déployées à grande

⁷ https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf

⁸ <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/en/>

échelle et utilisées de façon optimale, en fonction du contexte et des besoins locaux. Des systèmes d'assurance qualité doivent également être mis en place. À l'échelle mondiale, seuls 20 % environ des établissements de santé publics (de grande envergure cependant) pratiquent le dépistage de la tuberculose (et seuls 10 % d'entre eux disposent d'une machine GeneXpert). En effet, dans la plupart des pays, les services de dépistage sont implantés sur des sites ayant une forte proportion de soins ambulatoires. L'agrandissement des centres pratiquant le dépistage sur site et le développement rapide des systèmes de transport intégré des échantillons sont donc des priorités urgentes afin d'améliorer l'accès au dépistage de la tuberculose. Le réseau de transport des échantillons peut relier les unités de dépistage aux établissements axés sur les soins de santé primaires (80 %) afin d'accélérer la détection des cas de tuberculose manquants. Ces réseaux de dépistage doivent être mis en place dans les secteurs public et privé.

Une liste complète des documents stratégiques de l'OMS, relatifs au diagnostic de la tuberculose, est disponible sur la [page consacrée aux diagnostics de la tuberculose et aux laboratoires](#). Plusieurs tests de dépistage de la tuberculose et DST sont actuellement à l'étude. Dès qu'ils seront disponibles et que leur utilisation sera recommandée à différents niveaux, ils devront être introduits et déployés à grande échelle. Les subventions peuvent être modulées, notamment en utilisant les économies réalisées pour appuyer le déploiement d'outils de diagnostic et de nouveaux DST plus efficaces. Pour plus d'informations sur les outils de diagnostic de la tuberculose à l'étude, veuillez consulter le site Internet de [FIND](#).

3.10.2. Nouveaux schémas thérapeutiques contre la tuberculose pharmacorésistante et formules pédiatriques pour les enfants

L'OMS a publié de nouvelles recommandations (dans une communication rapide en août 2018 et dans les nouvelles lignes directrices de mars 2019) relatives au traitement de la tuberculose pharmacorésistante. Les lignes directrices abordent la reclassification des médicaments de deuxième intention (notamment les nouveaux médicaments et ceux ayant fait l'objet d'un repositionnement) ainsi que la suppression de certains agents (kanamycine et capréomycine) de la liste. L'administration de traitements oraux est généralement recommandée aux patients atteints de tuberculose résistante à l'isoniazide ou à la rifampicine ou de tuberculose multirésistante. Les traitements oraux de moins de 18 mois doivent être mis en œuvre dans des conditions de recherche opérationnelle. Pour en savoir plus, veuillez consulter les [Lignes directrices unifiées de l'OMS relatives au traitement de la tuberculose pharmacorésistante](#) et les [Questions fréquemment posées](#) sur les principaux changements opérés en matière de traitement de la tuberculose pharmacorésistante.

À la suite de la publication de la communication rapide de l'OMS en août 2018, le Fonds mondial a collaboré avec un groupe de travail créé par l'OMS et composé de partenaires, notamment le SPM, l'USAID et les principales agences techniques, en vue de faciliter l'adoption des nouveaux schémas thérapeutiques dans les pays. Le Fonds a encouragé ces derniers à adopter les nouveaux schémas thérapeutiques, et notamment à mettre en œuvre un traitement oral court dans des conditions de recherche opérationnelle, puisque celles-ci présentent plusieurs avantages, en particulier pour les patients et le système de santé. Les fonds nécessaires ont été mobilisés en prélevant sur les économies/gains d'efficacité réalisés, en reprogrammant les subventions actuelles du Fonds mondial et **en optimisant les portefeuilles**. Plus de 20 pays ont reçu un financement supplémentaire du fonds central en 2018-2019. Le Comité Feu vert régional, également financé par le Fonds mondial, fournit un appui technique aux pays axé sur l'élaboration des plans de transition

et sur l'adoption des nouveaux traitements oraux, avec notamment la diversification des activités des laboratoires (DST), l'aDSM, le dosage des médicaments et le soutien aux patients.

Les formules pédiatriques à dose fixe contre la tuberculose pharmacosensible ont été déployées en 2016 par les partenaires de l'Alliance mondiale contre la tuberculose. Elles facilitent le dosage adapté et pratique des médicaments pour les enfants atteints de tuberculose pharmacosensible, afin d'améliorer le recours au traitement, l'adhésion et les résultats thérapeutiques. Elles devraient être systématiquement administrées aux enfants souffrant de tuberculose active. Les pays ont reçu des subventions du Fonds mondial afin d'étendre leur utilisation. Pour en savoir plus, veuillez consulter la page du site Internet de l'Alliance mondiale contre la tuberculose consacrée aux [médicaments pédiatriques](#). Des formules pédiatriques similaires doivent désormais être mises au point pour traiter la tuberculose pharmacorésistante.

3.10.3. Prévention et traitement de la tuberculose

En 2018, l'OMS a publié de nouvelles lignes directrices relatives à la [gestion des programmes de lutte contre l'infection tuberculeuse latente \(ITL\)](#), dans lesquelles elle préconise le recours à l'intradermoréaction à la tuberculine et/ou à la prise de sang pour diagnostiquer l'infection, bien que l'absence de ces tests n'empêche pas l'administration d'un traitement préventif. L'OMS recommande également l'administration d'un TPT, notamment les nouvelles combinaisons thérapeutiques de courte durée (3HP et 3HR) et le TPT à l'isoniazide, en particulier chez les groupes très exposés, notamment les PVVIH et les sujets-contacts, quel que soit leur âge. La Déclaration politique relative à la tuberculose émise lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose vise notamment l'administration d'un TPT à 30 millions de personnes entre 2018 et 2022. Il faudra donc accorder plus d'attention et de ressources au déploiement à grande échelle des interventions de lutte contre la tuberculose. Le traitement préventif à l'isoniazide (TPI) figure dans le PSN et dans la majorité des programmes soutenus par le Fonds mondial, cependant la couverture et les résultats thérapeutiques sont décevants, en particulier chez les enfants. Depuis la publication des lignes directrices de l'OMS relatives à la gestion des programmes de lutte contre l'ITL en 2018, le Fonds mondial encourage les pays à déployer le TPT à grande échelle, notamment les nouvelles combinaisons thérapeutiques, grâce aux subventions existantes. En 2019, deux pays ont reçu un financement supplémentaire à cette fin (optimisation de portefeuille).

Bien que le diagnostic et le traitement précoces de la tuberculose, notamment de l'infection tuberculeuse, soient essentiels, l'élimination de la transmission de la tuberculose dans les contextes institutionnels et communautaires doit elle aussi figurer au premier rang des priorités et faire l'objet d'un financement. La prévention et le contrôle de l'infection comprennent des mesures étayées par des données probantes, qui visent à prévenir l'exposition et à réduire le risque de transmission des agents infectieux, dont *Mycobacterium tuberculosis*. Les activités doivent être coordonnées et intégrées, et la riposte mondiale doit contribuer à l'atténuation de la menace que représente la RAM. Pour plus d'informations sur la prévention et le contrôle de l'infection tuberculeuse et sur l'élimination de la transmission de cette maladie, consultez le [site Internet de l'OMS](#) et celui de l'[Initiative pour l'élimination de la transmission de la tuberculose](#).

3.10.4. Technologies numériques

Le potentiel des technologies de l'information et de la communication pour combattre la tuberculose demeure sous-exploité. De nombreux pays et partenaires ont déjà expérimenté diverses technologies numériques en vue d'améliorer le diagnostic de la tuberculose (notamment la lecture

des résultats des radiographies numériques par des logiciels intelligents), la prise en charge des patients et l'aide à l'adhésion thérapeutique (centres d'appel, applications mobiles, etc.), ainsi que la surveillance, la gestion logistique et l'apprentissage en ligne. En 2017, l'OMS a publié des recommandations reposant sur les données relatives à l'utilisation des technologies numériques favorisant l'adhésion thérapeutique, comme les dispositifs de suivi de la prise du traitement ou l'accompagnement des patients par vidéo ou SMS. Conformément à ces recommandations, ces outils doivent être généralisés afin d'améliorer les résultats des programmes et la prestation de soins centrés sur la personne. Cependant, ils doivent être choisis en fonction du contexte afin de garantir une utilisation optimale. Des données supplémentaires concernant la mise en œuvre et l'efficacité sont donc nécessaires. En 2018, l'OMS a publié un [guide pratique](#) relatif à la mise en œuvre des technologies numériques favorisant l'adhésion thérapeutique. Les pays doivent également instaurer des systèmes de collecte des données sur la mise en œuvre et les effets des technologies et interventions numériques innovantes.

3.11 Situation en matière de financement

Malgré une augmentation du financement de la lutte contre la tuberculose dans les pays lourdement touchés par cette maladie, 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 et d'infection tuberculeuse, puissent bénéficier d'un diagnostic et d'un traitement sans se ruiner. La première Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose a renforcé l'engagement en faveur de l'élimination de la tuberculose dans le monde et cet élan doit être poursuivi. Une augmentation significative des ressources nationales et internationales est nécessaire afin d'atteindre les objectifs de la déclaration formulée à cette occasion. Un financement supplémentaire est également requis pour mener des programmes de recherche et de développement (R&D) et concevoir de nouveaux outils, sans lesquels il sera difficile d'éliminer la tuberculose d'ici à 2030 conformément aux objectifs de développement durable (ODD).

En 2017, le coût médian du traitement par patient s'établissait à 1 224 dollars US pour la tuberculose pharmacosensible et à 7 141 dollars US pour la tuberculose multirésistante. Le coût du traitement pour la tuberculose multirésistante a baissé par rapport aux années précédentes en raison du recours accru à un schéma thérapeutique court plus économique, initialement recommandé par l'OMS en 2016. Par conséquent, afin d'atteindre les échéances de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose et du Plan mondial pour éliminer la tuberculose, des financements supplémentaires importants doivent être immédiatement débloqués. Il faut également redoubler d'efforts pour infléchir la dynamique des marchés, notamment en demandant aux entreprises de baisser le prix unitaire des kits de test de dépistage, des consommables et des médicaments. La somme annuelle moyenne globale nécessaire s'élève à 13 milliards de dollars US pour la période 2018-2022 et 2 milliards de dollars US par an sont requis pour financer la R&D. Cela signifie que le budget mondial actuellement disponible pour la prise en charge et la prévention de la tuberculose doit être doublé, et celui de la R&D, triplé. Afin d'atteindre les objectifs de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose à l'horizon 2022, les pays lourdement touchés doivent augmenter, notablement leurs budgets consacrés à la lutte contre la tuberculose ([Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2018](#)).

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 d'autres sources de financement (obligations à impact social, microtaxes ou fonds d'affectation spéciale commun multidonateurs) pourrait accélérer de manière spectaculaire l'intensification des investissements. ([Plan mondial pour éliminer la tuberculose : le changement de paradigme 2016-2020](#)).

3.12 Stratégie du Fonds mondial

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 plusieurs sous-objectifs 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 des genres, et mobiliser des ressources accrues. Concernant la tuberculose, l'objectif en matière de prestation de service pour la période stratégique est de « faire baisser rapidement l'incidence de la tuberculose, de la co-infection TB-VIH et de la tuberculose multirésistante, ainsi que la mortalité associée à ces maladies, en mettant en place un accès universel à des services de prévention et de soins de qualité, conformément à la Stratégie pour 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 national, 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 ces 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 pour mettre fin à la tuberculose et de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme, et d'autre part, à la réalisation des ODD.

La mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé est indispensable pour garantir un accès à des services efficaces, efficients, intégrés, centrés sur la personne, sûrs, rapides 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 essentiel pour faire progresser 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 et au genre, notamment la stigmatisation et la discrimination, les inégalités de genre, la perte de revenu et l'exclusion d'un emploi ou d'une formation à cause de la tuberculose, compromettent 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 communautaires, fondées sur les droits de l'Homme et favorisant l'égalité des genres, de façon à maximiser l'impact de la riposte. L'adoption d'une approche différenciée selon le genre dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose facilite l'élimination des obstacles liés au genre, notamment les inégalités de genre.

Il est nécessaire de mobiliser davantage de ressources afin de pouvoir 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 : le besoin d'innovation et de différenciation tout au long du continuum de développement ainsi que le besoin de soutenir des partenariats reposant sur la responsabilité mutuelle.

4. Principales références

Notes d'information et Notes d'information technique du Fonds mondial (en cours de mise à jour/finalisation et disponibles sur [cette page](#))

Autres documents du Fonds mondial (certains sont en cours de mise à jour/finalisation et disponibles sur [cette page](#) et sur le [site Internet du Fonds mondial](#))

- [Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022 : Investir pour mettre fin aux épidémies \(2016\)](#)
- [Manuel du candidat. Guide pratique de préparation d'une demande de financement \(2019\)](#)
- [Instructions relatives à la demande de financement \(2019\)](#)
- [Global Fund Modular Framework Handbook](#)
- [Questions fréquemment posées : Le cycle de financement 2017/2019 \(2016\)](#)
- [Cadre de financement de la lutte contre les co-infections et comorbidités liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme \(COIM\) \(2015\)](#)
- [Global Fund Operational Policy Manual](#)
- [Programmes d'intensification visant à éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme qui entravent l'accès aux services de santé \(2016\)](#)
- [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement \(2016\)](#)
- [Politique relative aux contextes d'intervention difficiles \(2016\)](#)
- [Observations consolidées du Comité technique d'examen des propositions concernant le modèle de financement fondé sur l'allocation de fonds pour la période 2014-2016](#)

Directives et documents de référence de l’OMS

- [Handbook for the use of Digital Technologies](#) (2017)
- [WHO Consolidated Guidelines on DR-TB Treatment](#) (2019)
- [Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2018](#)
- [Stratégie pour mettre fin à la tuberculose](#)
- [Public–private mix for TB prevention and care: a roadmap](#) (2018)
- [Approche ENGAGE-TB](#)
- [Gestion des programmes de lutte contre l’infection tuberculeuse latente en 2018](#)
- [Cadre d’indicateurs et de cibles pour le renforcement des laboratoires en ligne avec la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose](#)
- [Feuille de route pour mettre fin à la tuberculose de l’enfant et de l’adolescent](#) (2018)
- [Implementing tuberculosis diagnostics. A policy framework](#) (2015)
- [Mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose : points essentiels](#) (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)

- [Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low and middle-income countries](#)
- [Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne](#)
- [Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide](#) (2015)
- [TB diagnostics and laboratories](#)
- [Compendium of standards](#)

Partenariat « Halte à la tuberculose »

- [Initiative mondiale pour les laboratoires : GII quick guide to TB diagnostics connectivity solutions](#)
- [Le changement de paradigme 2016-2020](#) (2015)
- [Improving TB Case Detection: A compendium of TB REACH Case studies, lessons learned and a monitoring and evaluation framework](#)
- [Notes sur les populations-clés](#)
- [Initiative mondiale pour les laboratoires : GII quick guide to TB diagnostics connectivity solutions](#)
- [Service pharmaceutique mondial](#)
- [Projets financés par TB REACH](#)
- [Strategic Initiative - Finding the missing people with TB – how to do guides](#)

- [Évaluation de l'environnement juridique](#)
- [Évaluation des questions de genre](#)
- [Cadre relatif aux données sur les populations clés touchées par la tuberculose](#)

Autres documents de référence

- Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires : [The Unions desk guide for diagnosis and management of tuberculosis in children](#) – [Afrique](#) et [Asie](#) (2016)
- UNITAID : [Tuberculosis diagnostics technology and market landscape - 5th edition](#) (2017)
- ONUSIDA : [UNAIDS/WHO Technical Guidance Note on HIV/TB](#)
- Alliance mondiale contre la tuberculose : [Child-friendly medicines](#)
- USAID : [USAID Tuberculosis](#)

Autres documents utiles (Fonds mondial)

- [Program Quality and Efficiency Case Study](#) (2018)
- [Bonnes pratiques de dépistage et de traitement de la tuberculose : Réflexions et enseignements tirés de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et d'ailleurs](#) (2018) - Versions [anglaise](#) et [française](#)
- Bonnes pratiques/note d'information technique relatives à la tuberculose et au VIH

5. Liste des abréviations

3HP		Traitement de 3 mois (12 doses) à l'isoniazide et la rifapentine
3RH		Traitement de 3 mois (12 doses) à la rifampicine et l'isoniazide
aDSM	-	Suivi et gestion de la pharmacovigilance relatifs à la tuberculose active
ARV	-	(Médicament) antirétroviral
CSU	-	Couverture sanitaire universelle
DST	-	Test de sensibilité aux médicaments
Hr-TB	-	Tuberculose résistante à l'isoniazide (sensible à la rifampicine)
ICN	-	Instance de coordination nationale
ITL	-	Infection tuberculeuse latente
LF-LAM		Dosage du lipoarabinomannane à flux latéral
MNT	-	Maladie non transmissible
OMS	-	Organisation mondiale de la Santé
PMDT	-	Prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante
PNLT	-	Programme national de lutte contre la tuberculose
PPP	-	Partenariat public-privé
PSN	-	Plan stratégique national
PVVIH	-	Personne vivant avec le VIH
RAM	-	Résistance aux antimicrobiens
RR-TB	-	Tuberculose résistante à la rifampicine
S&E	-	Suivi et évaluation
SL-LPA	-	Test d'hybridation inverse en ligne pour les médicaments de deuxième intention
SPM	-	Service pharmaceutique mondial
SRPS	-	Systèmes résistants et pérennes pour la santé
TAR	-	Traitement antirétroviral
TB	-	Tuberculose
TB-LAMP	-	Test d'amplification isotherme induite par boucle
TPI	-	Traitement préventif à l'isoniazide
TPT	-	Traitement préventif de la tuberculose
TRP	-	Comité technique d'examen des propositions