

Note d'orientation

---

Fonds de Contrepartie et  
Financements à Effet  
Catalyseur  
Tuberculose  
Cycle de financement 2020/2022

JANVIER 2020

GENÈVE, SUISSE

# Table des matières

## 1. Introduction

- 1.1 **Objet du document**
- 1.2 **Contexte**
- 1.3 **Mode d'attribution des fonds de contrepartie**
- 1.4 **Fonds de contrepartie : enseignements du cycle de financement 2017/2019**
- 1.5 **Enseignements du Comité technique d'examen des propositions, tirés du cycle de financement 2017/2019**

## 2. Traitement préventif de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH, selon une démarche familiale

- 2.1 **Contexte**
- 2.2 **Principes et raisons**
- 2.3 **Conditions**
- 2.4 **Conditions programmatiques supplémentaires**
- 2.5 **Centrage des investissements**
- 2.6 **Initiatives stratégiques**

## 3. Identification des personnes tuberculeuses manquant à l'appel

- 3.1 **Contexte**
- 3.2 **Principes et raisons**
- 3.3 **Conditions**
- 3.4 **Conditions programmatiques supplémentaires**
- 3.5 **Centrage des investissements**
- 3.6 **Initiatives stratégiques**

## 4. Identification des personnes tuberculeuses manquant à l'appel : engagement stratégique en Afrique occidentale et centrale

- 4.1 **Contexte**
- 4.2 **Principes et raisons**
- 4.3 **Centrage des investissements**
- 4.4 **Initiatives stratégiques**

# 1. Introduction

## 1.1 Objet du document

Le présent document fournit des orientations stratégiques aux candidats désignés pour recevoir des financements supplémentaires au-delà de la somme allouée dans le cadre du cycle de financement 2020/2022, appelés **fonds de contrepartie**.

Il a également vocation à :

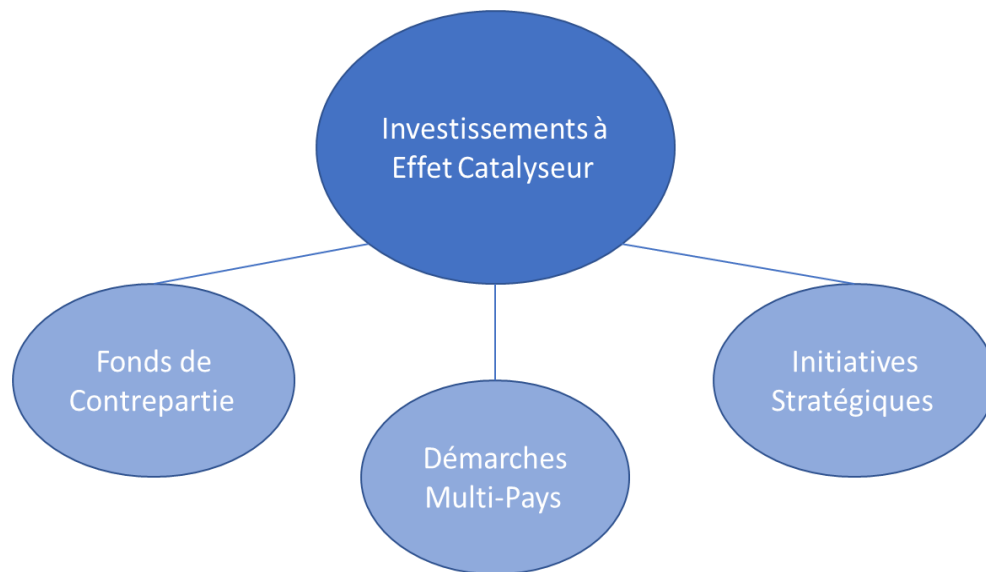
- apporter des précisions sur la note de politique opérationnelle relative à la [conception et l'examen des demandes de financement pour le cycle de financement 2020/2022](#) ;
- présenter les conditions d'attribution de fonds de contrepartie dans chaque « domaine prioritaire stratégique » ;
- émettre des recommandations pour l'attribution des fonds de contrepartie et le centrage des investissements qui seront prises en compte lors de l'examen du Comité technique d'examen des propositions et du Comité d'approbation des subventions ; et
- présenter les enseignements relatifs aux fonds de contrepartie tirés du cycle de financement 2017/2019.

## 1.2 Contexte

Dans le cadre de chaque cycle de financement, le Fonds mondial réserve, en plus des enveloppes allouées aux pays, une part des ressources appelées « investissements à effet catalyseur » à la prise en charge d'initiatives qui ne peuvent pas être financées uniquement avec les sommes allouées aux pays. Pour le cycle de financement 2020/2022, le Fonds mondial a ainsi réservé 890 millions de dollars US, répartis dans trois catégories :

- **les fonds de contrepartie** : ces fonds sont attribués à certains pays aux fins d'encourager les investissements dans des « domaines stratégiques prioritaires » (présentés plus en détail ci-après) ;
- **les démarches multipays** : ces fonds sont attribués à des initiatives ciblant un nombre limité de domaines stratégiques prédéfinis dans des régions géographiques spécifiques ; et
- **les initiatives stratégiques** : ces fonds limités sont réservés à des démarches gérées au niveau central, dans des domaines stratégiques ne pouvant pas être pris en charge par les sommes allouées aux pays en raison de leur nature innovante ou unique, ou parce qu'elles ne correspondent pas au cycle de financement.

Schéma 1 : Les trois catégories d'investissements à effet catalyseur



En définitive, les fonds de contrepartie ont vocation à encourager les pays à utiliser leurs subventions au regard des domaines stratégiques prioritaires, afin d'éliminer le VIH, la tuberculose et le paludisme dans le monde à l'horizon 2030, conformément aux Objectifs de développement durable (ODD). Les fonds de contrepartie sont conçus pour inspirer l'innovation et des démarches de programmation ambitieuses, fondées sur des données probantes.

Les fonds de contrepartie doivent être investis dans les **domaines stratégiques prioritaires** ci-après :

1. la prévention du VIH (notamment les initiatives ciblant les adolescentes et les jeunes femmes, les populations-clés, la programmation en matière de préservatifs et l'autodépistage) ;
2. le traitement préventif de la tuberculose (TPT) des personnes vivant avec le VIH, selon une démarche familiale ;
3. l'identification des personnes tuberculeuses manquant à l'appel ;
4. l'identification des personnes tuberculeuses manquant à l'appel, avec un engagement stratégique en Afrique occidentale et centrale ;
5. les droits humains ; et
6. la science des données dans la santé communautaire.

Tableau 1 : Aperçu des domaines stratégiques prioritaires visés par les fonds de contrepartie

Prévention du VIH	Adolescentes et Jeunes Femmes
	Programmes auprès des Populations-clés mis en œuvre et pilotés par les Communautés
	Programmation en matière de préservatifs
	Auto-dépistage
VIH/TB	Traitement Préventif de la Tuberculose
TB	Personnes Manquantes
Domaines Transversaux	Droits Humains
	Science des Données

### 1.3 Mode d'attribution des fonds de contrepartie

Les fonds de contrepartie seront attribués aux pays, au regard des considérations ci-après :

- i) les lacunes majeures dans les domaines stratégiques prioritaires, au vu du contexte épidémiologique et des éléments de preuve ; et
- ii) le potentiel d'impact à effet catalyseur (la possibilité d'obtenir des résultats au-delà d'une augmentation proportionnelle de la somme allouée au pays).

Les pays pouvant recevoir des fonds de contrepartie en ont été informés dans leur **lettre d'allocation**. Afin de demander et recevoir des fonds de contrepartie, les candidats doivent intégrer les interventions prises en charge par leurs subventions et par les fonds de contrepartie dans leur demande de financement au Fonds mondial (se référer aux [documents de candidature](#) et à la [note de politique opérationnelle relative à la conception et l'examen des demandes de financement](#)).

Afin d'utiliser les fonds de contrepartie, les pays peuvent recevoir un **appui technique dans le cadre d'initiatives stratégiques**. Des informations sur les modalités d'attribution de cet appui seront communiquées ultérieurement.

### 1.4 Fonds de contrepartie : enseignements du cycle de financement 2017/2019

Au regard des enseignements du cycle de financement 2017/2019 et de la forte augmentation de l'enveloppe disponible pour le cycle 2020/2022, le Comité d'approbation des subventions, en concertation avec les partenaires, a fourni des orientations stratégiques afin de garantir l'intégration de cette hausse dans les démarches et en définitive, d'encourager l'amélioration des résultats, optimiser l'impact et éviter tout relâchement des efforts. Aux fins de renforcer l'efficacité et de garantir l'impact, **les candidats sont fortement encouragés à envoyer leurs demandes de fonds de contrepartie avec leurs demandes de financement.**

## 1.5 Enseignements du Comité technique d'examen des propositions, tirés du cycle de financement 2017/2019

Dans son [rapport d'observation 2017/2019](#), le comité a recommandé aux candidats de tenir compte des éléments ci-après dans leurs demandes de fonds de contrepartie :

- Dans leurs demandes de fonds de contrepartie, les candidats doivent éviter de présenter des listes d'interventions ou de programmes sans ordre de priorité, et privilégier les démarches d'investissement cohérentes, articulées autour d'un nombre restreint d'interventions, et visant un fort impact.
- Les investissements proposés s'appuieront sur des éléments probants ou sur un programme pilote innovant, conçu pour être élargi au regard des résultats obtenus.
- Si des montants importants sont investis ou que des idées novatrices sont proposées, les indicateurs d'évaluation des effets induits par les fonds de contrepartie sur le programme doivent être identifiés.
- **Les demandes de financements de contrepartie doivent être envoyées avec les demandes de financement**, afin d'optimiser les opportunités d'impact pendant la période de mise en œuvre et de favoriser l'efficacité des procédures de candidature et d'examen.

## 2. Traitement préventif de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH, selon une démarche familiale

### 2.1 Contexte

La tuberculose reste la première cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Il est primordial de mettre fin à la transmission de la tuberculose au sein des institutions, des communautés et des ménages pour réussir à réduire de 90 pour cent le taux d'incidence de la maladie à l'horizon 2030. À ce titre, il est essentiel de traiter les infections tuberculeuses latentes, dont on estime aujourd'hui qu'elles touchent 1,7 milliard de personnes dans le monde, afin de prévenir le développement d'une forme évolutive de la maladie. Actuellement, le traitement préventif de la tuberculose fait partie des trois principales catégories d'interventions préventives, avec la prévention de la transmission de l'agent *Mycobacterium tuberculosis* au travers d'activités de prévention et de lutte contre les infections, et l'inoculation du BCG aux enfants (Bacille de Calmette et Guérin).

Le traitement préventif de la tuberculose est une intervention à fort impact indispensable à la réduction de la charge de morbidité et l'atteinte des objectifs mondiaux. L'OMS recommande de dépister systématiquement les PVVIH, les contacts des cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés et les groupes à risque clinique, et de leur fournir un traitement préventif (dans tous les pays). Pourtant, dans la plupart des pays, ces personnes ne reçoivent pas ces soins. En 2018, les couvertures de traitement préventif de la tuberculose des patients séropositifs récemment pris en charge et des enfants de moins de cinq ans atteignaient 49 pour cent et 27 pour cent respectivement.

La déclaration politique sur la tuberculose approuvée à la Réunion de haut niveau des Nations Unies définit plusieurs objectifs ambitieux en matière de prévention de la maladie pour les personnes les plus vulnérables. Elle inclut notamment une intensification rapide de l'accès au dépistage et au traitement préventif de 30 millions de personnes ou plus à l'horizon 2022, dont 6 millions sont des PVVIH et 4 millions des enfants de moins de cinq ans vivant dans des foyers de personnes touchées par la tuberculose. De plus, le point n° 3.3 de l'objectif de développement durable 3 (ODD 3) appelle à éliminer l'épidémie de tuberculose (de sida et de paludisme) à l'horizon 2030. Ces objectifs ne pourront pas être atteints sans intensification de stratégies complètes en matière de prévention, de diagnostic et de prise en charge des personnes tuberculeuses.

### 2.2 Principes et raisons

Dans le cadre des domaines stratégiques prioritaires des fonds de contrepartie, le traitement préventif de la tuberculose a pour principal objectif d'intensifier les thérapies préventives chez les PVVIH et les enfants de moins de cinq ans au contact de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose. Cet objectif a été établi au terme de longues consultations avec les partenaires clés, dont l'OMS, PEPFAR, Stop TB et l'ONUSIDA.

Les pays ont été sélectionnés au regard de la forte charge de morbidité liée à ces deux maladies, de la complémentarité avec d'autres initiatives et projets stratégiques visant à maximiser les résultats, et/ou en cas de situations épidémiologiques particulières telles qu'une résistance importante à l'isoniazide (INH) et si l'administration hebdomadaire d'isoniazide-rifapentine pendant 12 semaines (3HP) peut apporter une valeur ajoutée.

## 2.3 Conditions

Pour accéder aux financements supplémentaires alloués au domaine stratégique prioritaire « Traitement préventif de la tuberculose », tel qu'indiqué dans la lettre d'allocation, les pays admissibles doivent satisfaire aux conditions présentées ci-après :

Le pays doit investir une part de sa subvention liée au VIH qui soit supérieure ou égale au montant des fonds de contrepartie dans des activités de traitement préventif de la tuberculose auprès des personnes vivant avec le VIH en prenant en compte le contexte familial.

## 2.4 Conditions programmatiques supplémentaires

Parallèlement aux conditions standard indiquées ci-avant, les candidats doivent allouer les fonds de contrepartie à des activités de TPT en tenant compte du centrage et des considérations programmatiques ci-après. Au terme de son examen, le Comité technique confirme si ces priorités programmatiques ont été respectées, auquel cas il les recommande au Comité d'approbation des subventions.

Les fonds de contrepartie doivent être investis dans le respect constant des principes ci-après :

- les fonds soutiennent des stratégies ou démarches innovantes, visant à intensifier le TPT auprès des PVVIH et des enfants de moins de cinq ans au contact de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose ,
- une hausse correspondante des cibles programmatiques liées au TPT pour les PVVIH et les enfants de moins de cinq ans est attendue, à travers une utilisation accrue des sommes allouées aux pays et l'investissement des fonds de contrepartie dans ce domaine stratégique prioritaire ; et
- le programme encourage la collaboration avec les initiatives d'autres partenaires centrées sur l'intensification du TPT, telles que IMPAACT4TB, TB REACH et les initiatives soutenues par PEPFAR.

## 2.5 Centrage des investissements

Des exemples d'interventions et d'activités sont présentés ci-après (et détaillés dans la [note d'information sur la tuberculose](#)), et peuvent être adaptés ou élargis selon le contexte du pays et l'épidémiologie de tuberculose :

- **Le dialogue et la collaboration entre le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) et le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) sont encouragés** : Les programmes liés au VIH doivent s'approprier les activités de TPT auprès des PVVIH, dans le cadre d'un panier de soins courants à ces personnes. Ces activités doivent être définies en collaboration avec les programmes liés à la tuberculose. Ce transfert de responsabilités au programme lié au VIH doit également inclure le financement des produits et un suivi stratégique global.
- **Interventions prioritaires auprès des groupes à haut risque** : Les pays doivent également inclure le traitement des infections tuberculeuses dans leur liste des interventions prioritaires auprès des groupes à haut risque, dont les PVVIH et les contacts de personnes touchées par la tuberculose pulmonaire (en particulier les enfants de moins de cinq ans). Les directives nationales relatives au VIH et à la tuberculose doivent tenir compte des nouveaux schémas thérapeutiques, notamment des développements les plus récents liés aux interactions médicamenteuses et des technologies novatrices.
- **Intensification du dépistage et du diagnostic de la tuberculose en centre de santé et dans les communautés** : Les personnes vivant avec le VIH doivent systématiquement et régulièrement bénéficier d'un dépistage de la tuberculose en centre de santé. Le dépistage de la tuberculose doit être réalisé au sein de plusieurs départements/unités des centres de



santé, notamment dans les services ambulatoires, les cliniques spécialisées (VIH, diabète, santé mentale), dans les centres de soins maternels et infantiles, et dans les services d'hospitalisation. Tous les agents de santé, pas uniquement ceux travaillant dans les unités de lutte contre la tuberculose, doivent être sensibilisés et investis. Le dépistage systématique des PVVIH doit également être déployé au moyen d'initiatives communautaires et de proximité. Une personne vivant avec le VIH dont la tuberculose est diagnostiquée doit être enregistrée et placée immédiatement sous traitement. Conformément aux recommandations de l'OMS, l'absence d'accès à un appareil de radiographie thoracique, de test cutané à la tuberculine et de test de détection de l'interféron gamma ne doivent pas empêcher le traitement préventif de la tuberculose. Les patients coinfectés VIH/tuberculose doivent également commencer un traitement antirétroviral et un traitement prophylactique par cotrimoxazole si ce n'est pas encore le cas.

- **Prévention et prise en charge des infections tuberculeuses** : Le dépistage des PVVIH a vocation à identifier de nouvelles personnes touchées par la tuberculose et servir de point d'entrée pour fournir un TPT aux PVVIH n'ayant pas contracté la forme active de la maladie. Les contacts de PVVIH dont l'infection tuberculeuse est diagnostiquée (enfants de moins de cinq ans) doivent être régulièrement suivis et évalués afin d'exclure les cas actifs. Un TPT doit être proposé aux contacts non atteints d'une forme évolutive de la maladie.
- **Schémas thérapeutiques TPT** : Les pays doivent choisir le schéma thérapeutique le mieux adapté à leurs besoins et sont invités à tenir compte des schémas de résistance de leur contexte épidémiologique. Ils doivent également tenir compte des effets secondaires, des avantages de l'observance et des coûts. Ils sont également invités à utiliser les fonds supplémentaires en complément ou dans le prolongement de travaux définis par d'autres projets ou initiatives (IMPAACT4TB, PEPFAR, etc.).
- **Démarches visant à accélérer l'intensification du TPT** : Par le passé, des pays comme le Kenya et l'Ouganda ont déployé des plans de 100 jours afin d'intensifier rapidement le TPT, et ont obtenu de bons résultats. Si leur contexte s'y prête, les pays peuvent adapter ces méthodes à leur environnement. L'expérience du Kenya est présentée dans le rapport « Assessment and best practices of joint TB and HIV applications. Progress, challenges and way forward ».
- **Amélioration de l'accès au TPT** : Les populations mal desservies et vulnérables doivent pouvoir accéder à des points de prestation de services autres que les centres de santé traditionnels. Selon le contexte, cet élargissement de l'offre devra s'appuyer sur une utilisation efficace des systèmes communautaires, des agents de santé communautaires et des cliniques mobiles. Des modèles de soins différenciés doivent être envisagés, afin de fournir des services de TPT efficaces, en particulier auprès des populations-clés. Les groupes de populations-clés mal desservis ou confrontés à des obstacles spécifiques seront prioritaires. Les questions de genre, la stigmatisation et les questions juridiques font partie des obstacles qui doivent être évalués et pris en compte.
- **Soutien psychologique** : Les personnes suivant un traitement préventif de la tuberculose doivent recevoir un conseil, un suivi et un soutien appropriés (les technologies de santé numérique peuvent être utilisées).
- **Chaîne d'approvisionnement** : La prévision et l'approvisionnement des TPT pour les PVVIH doivent être réalisés au travers de la chaîne d'approvisionnement de produits liés au VIH.
- **Suivi et évaluation** : Contrairement aux financements à effet catalyseur qui ne requièrent pas de cadre de suivi et d'évaluation séparé, les pays recevant des fonds de contrepartie doivent accroître les cibles et la couverture programmatiques. Les résultats seront publiés dans le rapport sur les résultats habituel. Les indicateurs visés par le suivi sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 3 : Indicateurs de la tuberculose visés par le suivi

<b>Module</b>	<b>Code indicateur</b>	<b>Indicateur</b>	<b>Catégorie de ventilation</b>
Tuberculose/VIH	Tuberculose/VIH-7	Pourcentage de PVVIH sous antirétroviraux ayant commencé un traitement préventif de la tuberculose parmi la cohorte admissible pour la période de rapport.	Âge (-5, 5-14, 15+) ; genre (féminin, masculin) ; schéma thérapeutique TPT (3HP, 1HP, RIF, 3RH, INH)
Tuberculose, soins et prévention	TCP-5.1	Nombre de personnes au contact de patients tuberculeux ayant commencé un traitement préventif.	Âge (-5)

## 2.6 Initiatives stratégiques

Afin d'aider le pays à déployer une stratégie complète et de haute qualité en matière de TPT, apte à produire des résultats opportuns, le Fonds mondial peut également fournir un appui technique. Pendant le dialogue au niveau du pays, les pays doivent être en mesure de déterminer les domaines pouvant nécessiter un appui technique. Celui-ci sera fourni pendant la mise en œuvre des subventions et financé par l'initiative stratégique. Contactez votre équipe de pays pour en savoir plus sur les modalités d'attribution d'un appui technique à la mise en œuvre.

## 3. Identification des personnes tuberculeuses manquant à l'appel

### 3.1 Contexte

L'identification et le diagnostic de toutes les personnes tuberculeuses à des fins de prise en charge représentent l'une des difficultés majeures auxquelles les programmes font face. En 2018, 30 pour cent des personnes atteintes de tuberculose manquaient à l'appel, soit parce qu'elles n'avaient pas été diagnostiquées/prises en charge, soit parce que les programmes nationaux ne les avaient pas déclarées. La part de cas manquant à l'appel est nettement plus élevée au sein des personnes atteintes de la forme pharmacorésistante de la maladie (68 pour cent), des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) (44 pour cent), et des enfants. Les cas de tuberculose manquant à l'appel contribuent à la transmission de la maladie et freinent le déclin de la charge de morbidité.

Ils sont principalement concentrés dans les communautés mal desservies et les populations-clés. La fourniture de services complets de prise en charge en collaboration avec les communautés touchées dans les pays à forte charge de morbidité permettra d'obtenir des avancées rapides en matière de lutte contre la tuberculose. Pour ce faire, il convient d'intensifier les démarches novatrices et de combler les lacunes programmatiques. Plus on tarde à trouver les cas manquants, plus il faudra de temps pour atteindre les objectifs internationaux.

### 3.2 Principes et raisons

Pendant le cycle de financement 2020/2022, vingt pays concentrant les quantités (et les parts) les plus importantes de cas manquants de tuberculose ont été désignés pour recevoir des fonds de contrepartie. À l'échelle mondiale, ils représentent 83 pour cent de tous les cas manquants (voir le tableau 4 ci-après).

Ce domaine stratégique prioritaire a pour principal objectif d'identifier les cas pharmacosensibles et pharmacorésistants manquant à l'appel. Les candidats doivent intensifier les interventions probantes visant à identifier et prendre en charge les cas de tuberculose, et déployer des activités, démarches et idées nouvelles et novatrices, en parallèle des initiatives habituelles.

### 3.3 Conditions

Pour accéder aux financements supplémentaires alloués au domaine stratégique prioritaire « Identification des cas de tuberculose manquant à l'appel », tel qu'indiqué dans la lettre d'allocation, les pays admissibles doivent satisfaire aux conditions présentées ci-après :

1. Les pays recevant des fonds de contrepartie alloués à ce domaine stratégique prioritaire pour la première fois au cours du cycle de financement 2020/2022 doivent investir une part de leur subvention liée à la tuberculose égale ou supérieure au montant des fonds de contrepartie dans des initiatives d'identification des cas manquants.
2. Les pays dont les fonds de contrepartie alloués à ce domaine sont reconduits (ayant déjà reçu des fonds pour identifier les cas manquants pendant le cycle de financement 2017/2019) doivent quant à eux augmenter l'enveloppe allouée à cette activité, comparé aux niveaux inscrits dans les subventions du Fonds mondial au cours du cycle 2017/2019.

### 3.4 Conditions programmatiques supplémentaires

Parallèlement aux conditions standard indiquées ci-avant, les candidats doivent allouer les fonds de contrepartie à des activités d'identification des cas de tuberculose manquants, en tenant compte du centrage et des considérations programmatiques ci-après.

Les pays doivent apporter les preuves ci-après :

- des financements sont réservés à l'intensification des interventions probantes, des interventions/démarches nouvelles et novatrices visant à identifier et prendre en charge les cas de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante manquant à l'appel, notamment les enfants. Des fonds doivent également être alloués à l'intensification du TPT pour les contacts, en particulier les PVVIH et les enfants ;
- les fonds sont soumis à des plans et objectifs ambitieux en matière d'identification et de prise en charge élargie des cas pharmacosensibles et pharmacorésistants, et d'élargissement de la couverture de TPT ;
- une augmentation correspondante des cibles programmatiques relatives au nombre de personnes diagnostiquées et placées sous traitement des formes pharmacosensible et pharmacorésistante de la maladie et sous traitement préventif est anticipée par l'augmentation de la part de la somme allouée au pays et les fonds de contrepartie ; et
- le programme encourage la collaboration avec les initiatives d'autres partenaires centrées sur l'amélioration de l'identification des cas manquants de tuberculose et de tuberculose pharmacosensible, et sur l'intensification du TPT.

### 3.5 Centrage des investissements

Les candidats sont fortement encouragés à adopter une démarche globale en matière de services, intégrant les cas de tuberculose manquant à l'appel dans les services de prise en charge et de prévention.

Des exemples d'interventions et d'activités sont présentés ci-après (et détaillés dans la [note d'information sur la tuberculose](#)), et peuvent être adaptés ou élargis selon le contexte du pays et l'épidémiologie de tuberculose :

- **Intensification du dépistage et du diagnostic de la tuberculose en centre de santé.** Le dépistage de la tuberculose n'est pas systématiquement proposé aux personnes venant en consultation ou déjà admises dans les centres de santé, ce qui représente une opportunité manquée de diagnostiquer et prendre en charge les personnes touchées par la maladie. Le dépistage de la tuberculose doit être réalisé au sein de plusieurs départements/unités des centres de santé, notamment dans les services ambulatoires, les cliniques spécialisées (diabète, santé mentale), dans les centres de soins maternels et infantiles, et dans les services d'hospitalisation. Pour être efficaces, le dépistage et le diagnostic précoce des formes pharmacosensible et pharmacorésistante de la tuberculose requièrent des outils plus spécifiques tels que des appareils de radiographie (notamment numériques faisant appel à l'intelligence artificielle) et des tests moléculaires rapides.
- **Dépistage systématique des groupes à haut risque, notamment à travers des interventions communautaires et de proximité.** Cette activité vise tous les contacts de cas de tuberculose, les personnes vivant avec le VIH, 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. Les contacts de patients tuberculeux identifiés doivent recevoir un test de dépistage, afin d'exclure les cas atteints de la forme active de la maladie. Un TPT doit être proposé aux contacts dont on pense qu'ils ne sont pas atteints d'une forme évolutive de la maladie.

- **Élimination des obstacles à l'accès aux services de prévention, de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose touchant les enfants.** L'intensification des activités de prise en charge complète des enfants vivant au contact de personnes tuberculeuses améliore fortement l'identification des cas et la couverture de TPT chez les enfants. Le renforcement du dépistage systématique des enfants dans les services ambulatoires pédiatriques et maternels ; les unités de nutrition et de santé infantile dans les centres de santé publics et privés, doit être prioritaire. Les enfants atteints de tuberculose doivent recevoir la nouvelle formulation pédiatrique adaptée, qui améliore l'utilisation et les résultats.
- **Prévention et prise en charge des infections tuberculeuses.** Il est primordial de mettre fin à la transmission de la tuberculose au sein des institutions, des communautés et des ménages. Les candidats doivent inclure le traitement préventif de la tuberculose dans leur liste des interventions prioritaires auprès des groupes à haut risque, dont les PVVIH et les contacts de personnes touchées par la tuberculose. Le programme doit ainsi intensifier l'utilisation des nouveaux traitements plus courts et plus sûrs (3HP et 3RH), notamment à travers un soutien financier des autorités publiques, du Fonds mondial et de PEPFAR.
- **Élargissement de l'accès aux tests de diagnostic moléculaire rapides et aux radiographies, et optimisation de leur utilisation.** Les systèmes de transport des échantillons et la santé numérique doivent également être renforcés, afin d'améliorer les diagnostics et la communication des résultats.
- **Couverture universelle de tests de pharmacosensibilité et de diagnostic de la tuberculose pharmacorésistante.** Les tests de pharmacosensibilité doivent être intensifiés auprès des nouveaux patients et des cas de récurrence, afin d'atteindre un niveau de couverture universel. De plus, la prise en charge doit être intensifiée afin de garantir l'inclusion de tous les patients diagnostiqués.
- **Élimination des obstacles à l'accès aux services, notamment communautaires et intégrés.** Intensification des programmes ciblant des démarches intégrées de prise en charge des cas de tuberculose simple et pharmacorésistante aux niveaux communautaire et familial ; élimination des obstacles à l'accès aux services ; réduction des délais de diagnostic ; et amélioration de la prise en charge des cas de tuberculose chez les hommes, les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées.
- **Activités collaboratives VIH/tuberculose.** Il est possible de réduire fortement l'incidence de la tuberculose et de prévenir les décès de patients tuberculeux liés au VIH, à travers l'adoption et l'intensification de politiques garantissant des services intégrés et centrés sur le patient, à des fins de prévention efficace, de diagnostic précoce, et de prise en charge rapide des cas de tuberculose et de VIH. À ces fins, la collaboration entre les programmes liés au VIH et à la tuberculose doit être renforcée, les services de prise en charge des deux maladies doivent être intégrés, et les activités de programmation, de mise en œuvre, de supervision et de suivi doivent être conjointes.
- **Engagement du secteur privé dans la fourniture des services de diagnostic, de prise en charge et de prévention de la tuberculose.** Dans certains pays, la plupart des patients tuberculeux consultent des prestataires privés pour traiter leurs symptômes. L'engagement de ces prestataires de soins dans les activités de diagnostic, de prise en charge et de prévention de la tuberculose est primordial. Des démarches innovantes favorisant la sensibilisation et la participation de ces acteurs, notamment à travers la notification obligatoire, des agents d'interface et des dispositifs d'incitation, devraient être étudiées et intégrées dans les programmes de lutte contre la tuberculose.

### 3.6 Initiatives stratégiques

Aux fins d'utiliser les fonds de contrepartie, les vingt pays peuvent également recevoir un appui technique supplémentaire à travers les initiatives stratégiques, un accord entre le Fonds mondial et les partenaires visant à soutenir les pays dans la mise en œuvre des activités d'identification des personnes tuberculeuses manquant à l'appel au regard des objectifs établis. Les candidats sont invités à identifier les domaines pouvant nécessiter un appui technique lors de l'établissement de

leur demande de financement. Ils peuvent contacter leur équipe de pays pour connaître les modalités d'attribution de ces appuis.

Tableau 4 : Pays regroupant la majorité des cas de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante manquant à l'appel à l'échelle mondiale (en 2018)

	Pays	Tuberculose pharmacosensible (TPS)				Tuberculose pharmacorésistante (TPR)			
		Estimation du taux d'incidence (TPS)	Cas de tuberculose manquant à l'appel	% manquant	Taux mondial de cas manquants (%)	Estimation du taux d'incidence (TPR)	Cas de TPR manquant à l'appel	% manquant (TPR)	Taux mondial de cas de TPR manquants (%)
1	Bangladesh	357 000	89 857	25 %	3,0 %	5 900	4672	79	1,6 %
2	Congo (RD)	270 000	100 252	37 %	3,3 %	6 000	5235	87	1,8 %
3	Inde*	2 690 000	696 000	26 %	23,2 %	130 000	71653	55	24,1 %
4	Indonésie	845 000	281 121	33 %	9,4 %	24 000	14962	62	5,0 %
5	Kenya	150 000	55 466	37 %	1,8 %	2 300	1835	80	0,6 %
6	Mozambique	162 000	69 619	43 %	2,3 %	8 300	7142	86	2,4 %
7	Myanmar	181 000	43 028	24 %	1,4 %	11 000	7521	68	2,5 %
8	Nigéria	429 000	325 079	76 %	10,8 %	21 000	18725	89	6,3 %
9	Pakistan	562 000	201 528	36 %	6,7 %	28 000	24176	86	8,1 %
10	Philippines	591 000	219 332	37 %	7,3 %	18 000	10724	60	3,6 %
11	Afrique du Sud	301 000	73 001	24 %	2,4 %	11 000	-2199	-20	-0,7 %
12	Tanzanie	142 000	67 308	47 %	2,2 %	1 900	1451	76	0,5 %
13	Ukraine	36 000	9 488	26 %	0,3 %	13 000	6453	50	2,2 %
14	Cambodge	49 000	20 380	42 %	0,7 %	1 000	872	87	0,3 %
15	Cameroun	47 000	23 597	50 %	0,8 %	890	714	80	0,2 %
16	Éthiopie	165 000	51 387	31 %	1,7 %	1 600	859	54	0,3 %
17	Ghana	44 000	30 126	68 %	1,0 %	870	639	73	0,2 %
18	Ouganda	86 000	30 165	35 %	1,0 %	1 500	984	66	0,3 %
19	Viet Nam	174 000	74 342	43 %	2,5 %	8 600	5474	64	1,8 %
20	Zambie	60 000	24 929	42 %	0,8 %	3 100	2473	80	0,8 %
	Tous	7 341 000	2 486 005	33 %	83 %	297 960	184 365	62	62 %

\*L'Inde n'a pas reçu de fonds de contrepartie.

## 4. Identification des personnes tuberculeuses manquant à l'appel : engagement stratégique en Afrique occidentale et centrale

### 4.1 Contexte

En Afrique occidentale et centrale, des lacunes majeures en matière d'identification et de prise en charge des cas de tuberculose ont contribué à accroître sensiblement le nombre de cas non diagnostiqués et ont nui aux résultats des traitements. Selon les estimations régionales, plus de 40 pour cent des cas de tuberculose ne sont pas déclarés ou sont manquants, et 70 pour cent des pays de la région enregistrent des taux de réussite des traitements inférieurs à la moyenne mondiale (voir le tableau 5 ci-après).

Selon le dernier [rapport sur la tuberculose dans le monde](#), la couverture de traitement atteint seulement 57 pour cent dans la région, et 20 pour cent seulement des vingt pays qui la composent (quatre pays : le Cap-Vert, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo) enregistrent une couverture de traitement supérieure à la moyenne mondiale (69 pour cent). Les 16 autres pays restent en deçà de la moyenne mondiale et n'atteignent pas les objectifs mondiaux. La même année (2018), 117 000 cas de tuberculose manquaient à l'appel, dont 41 284 en Afrique occidentale et 69 086 en Afrique centrale. L'identification des cas dans la région est largement passive et fait peu appel à l'engagement des communautés.

Malgré une expansion progressive de la disponibilité d'appareils GeneXpert et de leur utilisation dans la région, leur accès reste limité et les systèmes de transport des échantillons restent problématiques. Le système de santé et les capacités des laboratoires restent peu développés dans la plupart des pays. Dans la région, l'identification des cas de tuberculose est peu élevée chez les enfants dont les trois quarts ne sont pas diagnostiqués. En 2018, seulement 7,8 pour cent des cas de tuberculose étaient des enfants (0 à 14 ans). De plus, les taux de patients mal diagnostiqués atteints de tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine sont très élevés, et dix-sept pour cent seulement des patients atteints de la forme pharmacorésistante ont été diagnostiqués et pris en charge en 2018.

Par ailleurs, les taux de réussite de traitement dans la région sont parmi les plus faibles. Comparé à la moyenne mondiale (dont le taux de réussite est de 85 pour cent), seuls le Bénin, le Burundi, le Cap-Vert, la Guinée, le Sénégal et la Sierra Leone obtiennent de meilleurs résultats. Les taux de réussite les plus faibles touchent les cohortes de patients coinfectés par le VIH (dont le taux de mortalité atteint 14 pour cent, contre 5 pour cent chez les patients séronégatifs).

### 4.2 Principes et raisons

Ce domaine prioritaire a vocation à déployer et intensifier des activités novatrices visant à améliorer les indicateurs liés à la tuberculose dans cinq pays : Burkina Faso, Congo, Mali, Niger et Tchad. Les pays désignés pour prendre part à cette initiative ont été sélectionnés au vu de plusieurs facteurs, dont :

- i) la pertinence épidémiologique dans la région ;
- ii) le nombre de cas de tuberculose manquant à l'appel ;
- iii) les lacunes et les opportunités ;
- iv) les aspects programmatiques ; et
- v) le potentiel d'impact.

Cette initiative devrait également profiter à d'autres pays de la région, à travers la production de données probantes au niveau local et de partage des enseignements.

Même si les pays sélectionnés ne sont pas tenus d'apporter un soutien financier par des subventions ou d'autres sources à la hauteur des financements alloués à cette initiative, ils doivent accroître leurs investissements proportionnellement dans les interventions soutenues par cette initiative, au travers de subventions nationales ou d'autres sources de financement. Cette initiative sera mise en œuvre dans le cadre de la subvention au pays.

Les pays sont tenus de définir dans leurs demandes de financement des interventions hiérarchisées à fort impact qui seront soutenues par cette initiative, et d'en indiquer les raisons et les justifications. Le Comité technique examinera les interventions et celles qu'il juge techniquement et stratégiquement solides seront recommandées au Comité d'approbation des subventions. En définitive, l'enveloppe attribuée à chaque pays dépendra de la qualité des interventions proposées dans la demande de financement. Pendant le cycle de financement 2020/2022, deux millions de dollars US pourront être attribués aux pays à des fins de mise en œuvre, avec pour principaux objectifs :

1. d'améliorer la qualité des diagnostics et de la prise en charge de la tuberculose ;
2. d'intensifier les interventions communautaires innovantes liées à la tuberculose ;
3. d'améliorer les soins et la prévention de la tuberculose au sein des groupes vulnérables, notamment les enfants et les personnes vivant avec le VIH et le sida ;
4. de fournir un appui technique local au déploiement des activités dans les pays ; et
5. de renforcer un engagement de haut niveau dans les pays et les régions avec les parties prenantes concernées.



Tableau 5 : Indicateurs importants liés à la tuberculose dans les pays sélectionnés

Indicateur	Burkina Faso	Tchad	Congo	Mali	Niger
Estimation des cas de tuberculose manquant à l'appel en 2018	3505	8922	9294	3111	8361
Couverture de prise en charge de la tuberculose	63 %	59 %	54 %	69 %	56 %
Couverture mondiale de prise en charge de la tuberculose	69 % - moyenne mondiale				
Taux de réussite du traitement de la tuberculose	80 %	79 %	66 %	78 %	82 %
Taux mondial de réussite du traitement de la tuberculose	85 % - moyenne mondiale				
% d'enfants tuberculeux déclarés	3 %	7 %	8 %	4 %	4 %
% mondial d'enfants tuberculeux déclarés	8 %				
Couverture de prise en charge de la tuberculose multirésistante	30 %	7 %	8 %	9 %	10 %
Couverture mondiale de prise en charge de la tuberculose multirésistante	30 % environ - moyenne mondiale				
Patients tuberculeux ayant reçu un test de dépistage du VIH	84 %	71 %	19 %	71 %	81 %
Patients tuberculeux ayant reçu un test de dépistage du VIH dans le monde	Dans la région Afrique, la moyenne est de 87 %				
Patients coinfecteds tuberculose/VIH sous antirétroviraux	91 %	NA	49 %	95 %	85 %
Patients coinfecteds tuberculose/VIH sous antirétroviraux dans le monde	Dans les 30 pays fortement touchés par la coinfection tuberculose/VIH, la moyenne est de 87 %				
Taux de coinfection tuberculose/VIH	10 %	17 %	28 %	10 %	4 %
Enfants de moins de cinq ans au contact de patients tuberculeux sous TPT	25 %	NA	NA	3,90 %	36 %
Moyenne mondiale Enfants de moins de cinq ans au contact de patients tuberculeux sous TPT	27 %				

### 4.3 Centrage des investissements

La liste d'interventions proposées est fournie à titre indicatif. Les pays peuvent choisir les mieux adaptées au regard de leur contexte épidémiologique et de leurs priorités.

#### 1. Améliorer la qualité des diagnostics et de la prise en charge de la tuberculose

- ✓ **Des stratégies d'intensification du dépistage et du diagnostic de la tuberculose dans les centres de santé doivent être établies** afin de garantir le dépistage systématique et régulier des personnes venant en consultation ou déjà admises dans les centres de santé, et de ne pas manquer les opportunités de diagnostiquer et prendre en charge les personnes touchées par les formes simples et pharmacosensibles de la maladie.

Le dépistage de la tuberculose doit être réalisé au sein de plusieurs « points d'entrée » des centres de santé, notamment dans les services ambulatoires, les cliniques spécialisées (diabète, santé mentale), dans les centres de soins maternels et infantiles, et dans les services d'hospitalisation. Pour être efficaces, le dépistage et le diagnostic précoce des formes simples et pharmacorésistantes de la tuberculose requièrent des outils plus spécifiques de dépistage et de diagnostic tels que des appareils de radiographie (notamment numériques) et des tests moléculaires rapides. Dans certains pays, les prestataires de santé privés contribuent fortement à la détection des cas de tuberculose.

L'engagement de ces prestataires de soins dans les activités de diagnostic, de prise en charge et de prévention de la tuberculose est primordial. Les pays peuvent étudier des pistes innovantes visant leur engagement.

- ✓ **Le renforcement des réseaux de laboratoire et de l'accès à des outils de diagnostic rapide** est indissociable du déploiement de diagnostics précoces et exacts des formes simples et pharmacorésistantes de la tuberculose.

Il est indispensable d'intensifier l'accès et d'optimiser l'utilisation des tests de diagnostic moléculaire rapides et des radiographies afin d'élargir l'accès aux services de dépistage et de diagnostic de la tuberculose. Les systèmes de transport des échantillons et la santé numérique doivent également être renforcés afin d'améliorer les diagnostics et la communication rapide des résultats. Les améliorations peuvent notamment couvrir les tests de pharmacosensibilité des nouveaux patients et des cas de récurrence (afin d'atteindre des niveaux de couverture universels), ainsi que l'initiation rapide des traitements afin de garantir une prise en charge adéquate de tous les cas confirmés. Les capacités nationales doivent être renforcées afin de garantir une utilisation optimale des réseaux de diagnostic existants.

L'élargissement des services de diagnostic de la tuberculose ne requiert pas toujours un déploiement massif d'outils de diagnostic. Les systèmes de transport des échantillons jouent un rôle essentiel en matière d'accès aux services de dépistage en laboratoire. Les patients peuvent ainsi recevoir des soins sur un site, tandis que leurs échantillons sont transférés aux services adéquats du système de laboratoire à des fins d'analyse. À ce titre, les pays doivent optimiser l'utilisation des appareils GeneXpert disponibles (les placer stratégiquement dans les centres de grandes capacités, améliorer le système de transport des échantillons, etc.), et augmenter le nombre d'appareils afin de diagnostiquer davantage de patients, dans la limite des ressources disponibles.

Les appareils GeneXpert peuvent parfois être utilisés pour d'autres maladies également (charge virale du VIH, diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson, Ebola, etc.). Cependant, la tuberculose doit rester prioritaire, la charge virale du VIH étant principalement utilisée à des fins de suivi du traitement. D'autres technologies récentes de diagnostic rapide recommandées par l'OMS pourraient également être utilisées.

- ✓ **Prescription rapide d'un traitement approprié à tous les cas de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante, et suivi adéquat.**

Les patients tuberculeux doivent recevoir sans délai un traitement approprié afin de couper court à la transmission des infections au sein des communautés et d'accroître les chances de guérison.

Les services de soins et de prise en charge de la tuberculose doivent être centrés sur la personne (notamment les services intégrés et les démarches communautaires), acceptés par le patient et garantir un accès à des traitements essentiels gratuits pour toutes les personnes atteintes des formes simples, pharmacorésistantes et latentes de la maladie.

À ces fins, des traitements sans injection doivent être disponibles pour tous, et les enfants atteints de la forme active de la maladie doivent recevoir des formules adaptées et un encouragement/soutien au traitement approprié. Les technologies numériques de mesure de l'adhésion thérapeutique (suivi thérapeutique par vidéo, etc.) peuvent notamment être utilisées, ainsi que des soins et un soutien de suivi afin de garantir la réussite des traitements. Des outils appropriés de suivi des patients et de pharmacovigilance et des médicaments d'appoint visant à prévenir/traiter les effets secondaires potentiels des médicaments de deuxième intention doivent être accessibles selon les besoins. L'expansion des tests moléculaires rapides entraînant une forte hausse du nombre de patients atteints de tuberculose multirésistante diagnostiqués, les pays doivent planifier la mise en place de services de santé adéquats et se préparer dûment à garantir une prise en charge qualitative de cette forme de la maladie.

## **2. Intensifier les interventions communautaires innovantes liées à la tuberculose**

Pour être efficaces, les activités d'identification des cas de tuberculose, en particulier auprès des populations à risque et vulnérables, doivent s'appuyer sur des systèmes de santé solides, une riposte communautaire robuste propice à l'appropriation et à la mobilisation sociale, et des démarches innovantes.

Le dépistage systématique et amélioré des cas de tuberculose au sein des groupes les plus vulnérables peut nécessiter une réorganisation et une décentralisation des services et des démarches de prestation de services intégrés et communautaires afin de toucher tous les contacts de personnes vivant avec la tuberculose ou le VIH, les travailleurs exposés à la poussière de silice, les détenus, les migrants, les nomades et les personnes vivant dans des bidonvilles et des zones rurales isolées. Les démarches donnant de bons résultats dans certains contextes ou auprès de certains groupes peuvent être adaptées et répliquées ailleurs.

Les agents de santé communautaires et les prestataires de services communautaires peuvent contribuer à identifier les cas manquants de tuberculose et améliorer les résultats à travers le suivi et le soutien des patients. L'exploitation et l'élargissement de ces ressources locales afin de déployer des ripostes locales et spécifiques à chaque contexte peuvent représenter une opportunité majeure de renforcer les liens stratégiques entre les services de santé et les communautés.

Les démarches communautaires peuvent également contribuer au suivi et à l'évaluation des contacts, et à fournir des traitements préventifs de la tuberculose. Les formules plus courtes et plus récentes des nouveaux traitements (3HP et 3RH) doivent être envisagées à des fins de TPT.

## **3. Améliorer les soins et la prévention de la tuberculose au sein des groupes vulnérables, notamment les enfants et les personnes vivant avec le VIH et le sida**

- ✓ **Adoption de modèles de prestation de services innovants contribuant à l'élimination des obstacles à l'accès aux services de prévention, de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose touchant les enfants et les populations vulnérables.**

Les initiatives visant à renforcer l'identification des cas, à améliorer le suivi des patients et les résultats des traitements sont indispensables, tant au niveau des centres de santé (notamment au travers de services intégrés) que dans les communautés.

Il convient d'intensifier les programmes ciblant : des démarches intégrées de prise en charge des cas de tuberculose simple et pharmacorésistante aux niveaux communautaire et familial ; l'élimination des obstacles à l'accès aux services ; la réduction des délais de diagnostic ; et l'amélioration de la prise en charge des cas de tuberculose chez les hommes, les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées. Des démarches innovantes d'identification et de prise en charge des cas de tuberculose doivent être définies spécialement pour les détenus et les populations difficiles d'accès telles que les nomades et les réfugiés.

L'intensification des activités (notamment des démarches communautaires) de prise en charge complète des enfants vivant au contact de cas de tuberculose améliore fortement l'identification des cas et la couverture de TPT chez les enfants. Le renforcement du dépistage systématique des enfants dans les services ambulatoires pédiatriques et maternels, et les unités de nutrition et de santé infantile dans les centres de santé publics et privés doit être prioritaire. Les enfants atteints de tuberculose doivent recevoir la nouvelle formulation pédiatrique adaptée qui améliore le traitement et les résultats. Les formules plus courtes et plus récentes des nouveaux traitements (3HP et 3RH) doivent être envisagées à des fins de TPT.

## ✓ **Activités collaboratives VIH/tuberculose**

Il est possible de réduire fortement l'incidence de la tuberculose et de prévenir les décès de patients tuberculeux liés au VIH à travers l'adoption et l'intensification de politiques garantissant des services intégrés et centrés sur le patient à des fins de prévention efficace, de diagnostic précoce, et de prise en charge rapide des cas de tuberculose et de VIH. Cette démarche requiert une collaboration accrue entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH ; l'intégration de services conjoints VIH/tuberculose le cas échéant ; des programmations, mises en œuvre, supervisions et suivis conjoints ; et un fort engagement politique afin de faciliter l'adhésion des deux programmes.

Tous les patients tuberculeux doivent recevoir un test de dépistage du VIH et les personnes coinfectedes doivent recevoir sans délai des soins, une prise en charge, et un traitement prophylactique par cotrimoxazole. Les services de prise en charge du VIH doivent fournir un dépistage régulier de la tuberculose aux personnes vivant avec le VIH et le sida, et les cas suspects de tuberculose doivent être confirmés au moyen des outils de diagnostic disponibles les plus sensibles et précis. Les programmes doivent veiller à établir des liens entre les services de prise en charge du VIH et de la tuberculose, et fournir un soutien et un suivi aux patients afin de garantir l'observation des traitements et le contrôle de sécurité des médicaments et de leurs interactions. Les personnes au contact de cas de tuberculose doivent être évaluées et pouvoir recevoir un TPT, le cas échéant. Les démarches conjointes tuberculose/VIH peuvent également servir à optimiser l'utilisation des ressources et accroître la couverture et l'impact des interventions communautaires.

### **4. Appui technique local au déploiement des activités dans les pays**

Dans plusieurs pays de la région, le déploiement et l'intensification des interventions se heurtent principalement à l'insuffisance d'expertise technique locale adaptée à la demande. À travers cette initiative, les pays peuvent recevoir de l'aide de la part d'experts locaux pour la planification, le déploiement et le suivi des activités. L'expertise peut être fournie à moyen ou long terme, selon les besoins, par des prestataires de formation, des universités ou d'autres parties prenantes dans le pays.

### **5. Renforcement de l'engagement de haut niveau dans les pays et les régions**

Dans de nombreux pays de la région, la tuberculose est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité. Pour autant, les hauts fonctionnaires, les parties prenantes et la population n'en font généralement pas une priorité. À travers cette initiative, les pays doivent plaider pour une meilleure riposte à la maladie auprès des hauts fonctionnaires et des parties prenantes, et sensibiliser la population. Ils doivent également plaider pour une mobilisation accrue des ressources nationales afin de soutenir les activités stratégiques de lutte contre la tuberculose. L'initiative doit également encourager un engagement de haut niveau à l'échelle de la région.

Des informations supplémentaires sur les interventions prioritaires et les meilleures pratiques liées à la tuberculose sont présentées dans la [note d'information sur la tuberculose](#) et dans les [meilleures pratiques et enseignements tirés en Afrique occidentale et centrale](#).

#### **4.4 Initiatives stratégiques**

Afin d'utiliser les fonds de contrepartie, les pays peuvent recevoir un appui technique supplémentaire de spécialistes tels que des partenaires techniques. Ils doivent identifier leurs besoins dans ce domaine afin de recevoir un financement du Secrétariat du Fonds mondial à travers l'initiative stratégique. Ils communiqueront ces besoins à l'équipe de pays du Fonds mondial lors de la préparation de la demande de financement ou de l'établissement des subventions.