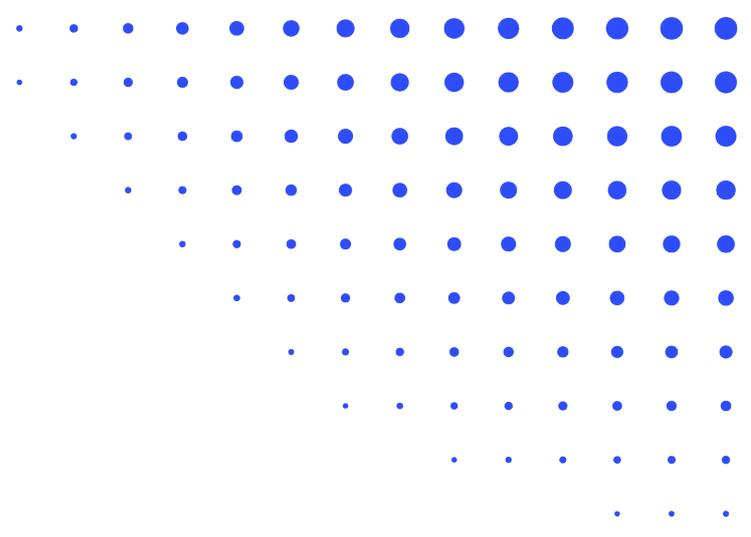
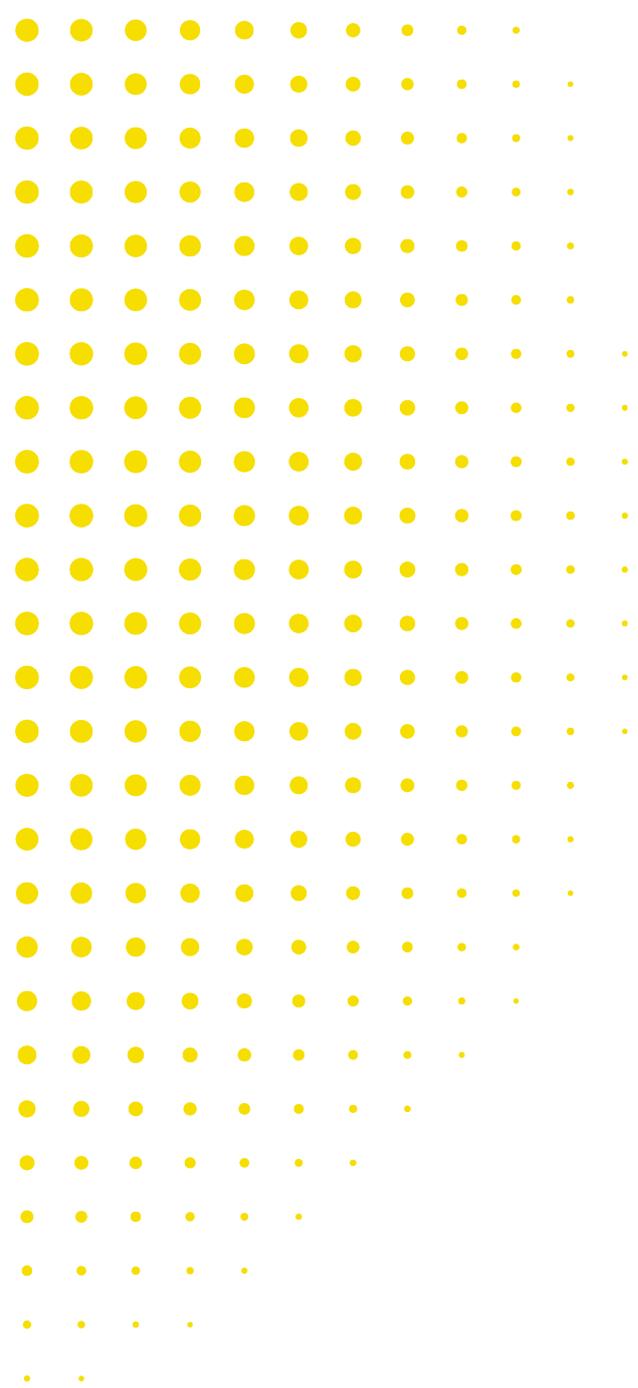




# Mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose Innovation

JUILLET 2025



# Sommaire

---

1. Nouveautés.....	3
2. Partage des connaissances et ressources d'apprentissage.....	5
3. Témoignages.....	11

## **À propos de la mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose**

La mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose, rédigée par l'Équipe Tuberculose du Fonds mondial, présente les meilleures pratiques, les enseignements tirés et les informations des pays soutenus par le Fonds mondial, les partenaires et d'autres parties prenantes, ainsi que des mises à jour sur les nouveaux outils et les innovations qui arrivent sur le marché. Si vous avez des informations à nous communiquer, veuillez contacter [TBQuarterly.Update@theglobalfund.org](mailto:TBQuarterly.Update@theglobalfund.org).



# 1. Nouveautés

## Le prix des principaux médicaments antituberculeux n'a jamais été aussi bas

En avril 2025, le Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose a annoncé une réduction de 25 % du prix du prêtomanide fabriqué par Lupin. Le traitement complet coûte désormais 169 dollars US, alors qu'il était à 224 dollars US en octobre 2024. Le prix du schéma thérapeutique de six mois à base de bédaquiline,

prétomanide, linézolide et moxifloxacine (BPaLM), utilisé contre la tuberculose pharmacorésistante, a aussi atteint un nouveau plancher de 310 dollars US. Ces baisses de prix sont le reflet des efforts déployés sans relâche pour rendre les antituberculeux abordables. De plus amples informations sont disponibles sur le [site Web du Partenariat Halte à la tuberculose](#).

## Atelier régional sur les directives de l'OMS pour la gestion de la tuberculose pharmacorésistante et l'adoption d'innovations

Chaque année, environ un demi-million de personnes développe une tuberculose résistante à la rifampicine/multirésistante (TB-RR/MR). Le Rapport mondial de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la tuberculose en 2024 estime le nombre de personnes ayant développé une TB-RR/MR à 165 400 dans la région Asie du Sud-Est de l'OMS et à 74 400 dans la région Pacifique occidental de l'OMS. Actuellement, les schémas thérapeutiques standard mis en œuvre sont longs, puisqu'ils peuvent durer de 9 à 18 mois. La toute dernière directive de l'OMS préconise un traitement de la tuberculose pharmacorésistante oral plus court, plus sûr et plus efficace.

Du 1<sup>er</sup> au 4 avril 2025, le Fonds mondial, avec les régions Asie du Sud-Est et Pacifique occidental de l'OMS, le programme national de lutte contre la tuberculose au Viet Nam, le projet de coalition pour le soutien à l'observance du traitement contre la tuberculose (ASCENT) financé

par Unitaid et la fondation néerlandaise KNCV TB Plus, ont organisé un atelier de quatre jours à Hanoï, Viet Nam, en vue de faciliter la mise en œuvre rapide et efficace des directives les plus récentes de l'OMS sur la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante. L'atelier a réuni plus de 80 représentants des différents secteurs, dont des responsables de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, du personnel de laboratoire, des personnes référentes pour la tuberculose chez les enfants et les adolescents, des membres de la société civile, des partenaires techniques et des donateurs. Il visait à renforcer la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose dans les deux régions de l'OMS. Les participants ont fait part de leurs expériences de mise en œuvre dans ces régions, y compris sur la manière de lever les obstacles à l'introduction. Les connaissances et les outils acquis durant l'atelier pourraient entraîner des progrès tangibles dans les régions concernées.

Parmi les sujets traités lors des sessions, citons, entre autres : 1) les mises à jour des politiques de l'OMS ; 2) les méthodes diagnostiques, dont la détection assistée par ordinateur/



Crédits : avec l'aimable autorisation de KNCV TB Plus

intelligence artificielle et le séquençage de nouvelle génération ; 3) le traitement préventif de la tuberculose ; 4) la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante chez les enfants et les adolescents ; 5) la nutrition et l'accès au marché ; 6) les nouveaux schémas thérapeutiques (BDLLfxC) pour la tuberculose pharmacorésistante et 7) la surveillance et la prise en charge des événements indésirables.

Les sessions parallèles ont accueilli des personnes qui plaident en faveur de la lutte contre la tuberculose, des membres de la société civile et des organisations partenaires qui agissent directement avec et pour les communautés affectées par la tuberculose dans huit pays. Les discussions ont permis de mettre en lumière les stratégies de réduction de la stigmatisation de manière à influencer les perceptions de la tuberculose dans la population en général.

### **Principaux enseignements tirés des interventions des parties prenantes sur le dépistage proche du lieu de soins et par prélèvement**

L'atelier s'est attaché à faire avancer la discussion sur les nouveaux diagnostics de la tuberculose, notamment les tests moléculaires à proximité du lieu de soins, qui pourraient révolutionner l'accès aux services de lutte contre la tuberculose et permettre un dépistage et une détection décentralisés. Bien que l'OMS n'ait pas encore examiné ces tests, les comprendre et en appréhender l'usage potentiel dans la riposte à la tuberculose pourrait servir de base pour les actions mondiales visant à faire évoluer le recours aux nouveaux diagnostics.

Les diagnostics proches du lieu de soins aident à élargir l'accès aux services de lutte contre la tuberculose et à diagnostiquer davantage de personnes dans les communautés où ils sont utilisés. Il s'agit là d'une priorité pour les programmes de lutte contre la tuberculose dans la région Asie du Sud-Est de l'OMS. Trois cas d'usage potentiels ont été étudiés durant l'atelier :

1. Contenir les coûts en installant dans un même lieu les plateformes de diagnostic à proximité du lieu de soins et les plateformes existantes de test d'amplification des acides nucléiques de faible complexité.
2. Remplacer la microscopie diagnostique.
3. Décentraliser les diagnostics vers les structures de soins de santé primaires.

Les approches privilégiées portaient sur le remplacement de la microscopie diagnostique et l'élargissement de l'accès aux niveaux de soins inférieurs, notamment les structures de santé dans les prisons, les postes frontaliers desservant

les populations migrantes et les zones rurales ne disposant pas de diagnostics moléculaires de la tuberculose. Le recours aux tests à proximité du lieu de soins a aussi été envisagé dans les activités de dépistage menées auprès des communautés. Ces discussions ont mis en évidence le besoin urgent d'atteindre les populations qui manquent actuellement à l'appel (à savoir les enfants, les personnes migrantes et les personnes vivant dans des zones difficiles d'accès) et d'élaborer des stratégies de communication efficaces pour introduire et intégrer cette nouvelle classe de diagnostics.

Les principaux facteurs à l'origine de la demande de nouveaux diagnostics proches du lieu de soins sont leur faible coût, la possibilité de décentraliser le dépistage et l'usage de techniques d'échantillonnage par prélèvement buccal. Une des limites est, toutefois, l'absence de test de sensibilité aux médicaments. Afin de garantir l'adoption, les avantages en termes de coûts et la possibilité de décentralisation doivent être évalués par rapport aux changements nécessaires au niveau de la gestion, de la logistique de la mise en œuvre et de l'affectation de ressources, dont la capacité en ressources humaines, les répercussions sur la charge de travail, les contraintes d'espace dans les laboratoires, les structures de soins de santé et les exigences liées aux batteries. Ces discussions ont réitéré l'importance de produire des éléments probants à l'échelle régionale pour chaque cas d'usage proposé, non seulement sur la précision, mais aussi sur les aspects opérationnels. De plus, il a été mis en avant qu'une communication soutenue avec les parties prenantes (directions des laboratoires, programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, organismes de financement, agentes et agents de santé, société civile et autres groupes concernés) était cruciale pour une mise en œuvre réussie, en adéquation avec les contextes et les besoins spécifiques des pays. En relevant ces défis grâce à une planification minutieuse, à la participation des parties prenantes et à une évaluation continue de la qualité, la mise en œuvre du dépistage proche du lieu de soins et par prélèvement peut significativement accroître les capacités de diagnostic de la tuberculose et améliorer les résultats pour les patients dans les contextes où les ressources sont limitées.

L'atelier s'est conclu sur la nécessité d'intensifier les efforts de manière à accélérer l'adoption de pratiques fondées sur des éléments probants et à améliorer les approches programmatiques en matière de riposte à la tuberculose pharmacorésistante. Les ressources et outils de l'atelier peuvent être consultés [ici](#) (en anglais).

## 2. Partage des connaissances et ressources d'apprentissage

### Enseignements : optimisation des investissements pour faire progresser la riposte à la tuberculose

#### Contexte

Les investissements du Fonds mondial ont stimulé l'innovation, l'orientation des marchés et l'adoption de technologies avancées dans la lutte contre la tuberculose. Cela a notamment consisté à élargir l'accès à des outils de dépistage plus sensibles (p. ex. la radiographie numérique avec détection assistée par ordinateur/IA, le diagnostic moléculaire rapide) et des schémas thérapeutiques plus courts et plus efficaces (p. ex. le BPaL/M de six mois pour la tuberculose pharmacorésistante et le 3HP pour le traitement préventif de la tuberculose). Ces avancées ont amélioré la couverture et les résultats, de même que l'efficacité globale de la riposte à la tuberculose. Toutefois, en dépit d'une augmentation de l'allocation du Fonds mondial pour la tuberculose au cours du cycle de subvention 7, le financement n'a atteint qu'un quart de l'objectif de 22 milliards de dollars US établi lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies (UNHLM) sur la lutte contre la tuberculose. Les déficits de financement importants et l'accès limité à des produits de santé abordables menacent de saper les progrès et soulignent la nécessité d'optimiser les interventions de manière stratégique et d'utiliser les ressources de manière plus efficace. Face à ces défis, l'Équipe Tuberculose du Fonds mondial a passé en revue les données probantes et l'expérience en matière d'interventions de lutte contre la tuberculose afin d'identifier les pratiques exemplaires et les enseignements pour renforcer l'efficacité de la riposte mondiale. Les conclusions de cette évaluation peuvent servir à optimiser les ressources financières, programmatiques et techniques et à garantir la pérennité et l'impact renforcé des interventions de lutte contre la tuberculose en fonction du contexte.

#### Méthodologie

L'équipe a mené une étude de la documentation existante, notamment les articles publiés, les notes d'orientation, les études de cas et les rapports du Fonds mondial et de l'OMS, ainsi que des entretiens avec des informateurs clés qui ont fourni un éclairage complet sur les défis actuels et les stratégies innovantes de la riposte. Le but était de recueillir des informations détaillées sur les interventions et les stratégies de lutte contre la tuberculose efficaces au regard des coûts et pouvant être mises à l'échelle, en

Crédits : Le Fonds mondial / Johis Alarcón / Panos



se focalisant sur l'optimisation des ressources financières, humaines et techniques aux fins d'améliorer l'efficacité et les résultats des programmes et d'assurer la mise à l'échelle et la pérennisation, en particulier dans les contextes où les ressources sont limitées. Les enseignements et les pratiques exemplaires capables de relever des défis tels que le déficit de financement, les inefficacités dans la prestation de services et les disparités dans l'accès aux soins ont été identifiés. Les entretiens menés avec les représentants d'organisations internationales axées sur la tuberculose, d'établissements universitaires ou de recherche, de ministères de la Santé, de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et d'organisations non gouvernementales, présentant des expertises variées sur divers aspects de la riposte à la tuberculose, ont permis d'approfondir les éclairages et de recueillir des expériences pratiques liées au financement, au diagnostic, à la recherche de cas et à l'accès aux soins. L'équipe de l'étude a triangulé les constatations issues de la revue de la littérature et des entretiens pour produire des recommandations clés en fonction des contextes nationaux, de l'épidémiologie de la tuberculose et de la disponibilité des ressources.

#### Résultats

Les principaux résultats insistent sur l'intégration de l'ensemble des services liés à la tuberculose dans les programmes existants, l'exploitation d'infrastructures partagées pour l'intégration multimaladies et l'optimisation du recours à des outils, algorithmes et stratégies de dépistage, de diagnostic et de traitement efficaces et efficaces au regard des coûts. Sont fournis ci-après des exemples d'interventions efficaces au regard des coûts identifiées dans l'étude.

### Intégration dans les programmes de lutte contre la tuberculose

En **Afrique du Sud**, le dépistage systématique de la tuberculose avec recherche de contacts et traitement préventif de la tuberculose a réduit les coûts (économie de 9 050 dollars US/années de vie corrigées du facteur invalidité). Un modèle mathématique a été utilisé pour évaluer le dépistage systématique en fonction de l'âge (jusqu'à l'âge de cinq ans) avec et sans recherche de contacts et traitement préventif. Le dépistage consistait en l'historique des symptômes, le test cutané à la tuberculine, la radiographie thoracique et le test GeneXpert Ultra pour confirmation. Le modèle effectuait une projection des cas de tuberculose, des décès, des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) et des coûts. Le dépistage systématique avec recherche de contacts et traitement préventif de la tuberculose dès l'âge de deux ans a évité 11 900 cas, 1 360 décès et 40 000 AVCI. Cette stratégie combinée a résulté en un rapport coût-efficacité différentiel de 9 050 dollars US par AVCI, démontrant premièrement que le dépistage systématique de la tuberculose chez les jeunes enfants, associé à la recherche de contacts et au traitement préventif, pourrait considérablement réduire les décès pédiatriques imputables à la tuberculose dans les régions à forte incidence comme l'Afrique du Sud, et deuxièmement qu'il est efficace au regard des coûts.

Aux **Philippines**, une stratégie innovante de recherche active de cas faisant appel à des unités mobiles a considérablement accru la détection des cas de tuberculose et donné des taux de succès thérapeutique élevés. Les efforts de dépistage visaient les prisons, les populations autochtones, ainsi que les communautés urbaines et rurales mal desservies, et ont consolidé l'identification de cas en associant le recours à la radiographie thoracique et aux tests Xpert MTB/RIF. La radiographie thoracique pouvant être coûteuse pour le dépistage initial, la radiographie numérique avec détection assistée par ordinateur/IA réduit les dépenses et rationalise la logistique, ce qui en fait une option applicable d'un bon rapport coût-efficacité pour la recherche active de cas à grande échelle dans les contextes où les ressources sont limitées. Le pays a aussi mis en œuvre des services intégrés pour les personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante par l'intermédiaire du programme iDOTs (USAID integrated Delivery of Tuberculosis Service), qui a favorisé la décentralisation rapide des services de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante, amélioré l'accès au traitement et les résultats de ce dernier, et fait baisser les coûts pour les patients et les services.

En **Zambie**, un « guichet unique » pour les services liés à la tuberculose a intégré la radiographie, la détection assistée par ordinateur et les tests Xpert, améliorant l'imagerie pour plusieurs maladies et amplifiant l'accès à des services abordables. Le concept de « guichet unique » a facilité l'accès au diagnostic de la tuberculose dans les populations clés (dans les prisons et les mines, entre autres) avec une capacité quotidienne de plus de 300 personnes. Les unités mobiles de diagnostic ont comblé les lacunes dans les soins de la tuberculose, en fournissant des services directement aux populations à haut risque et mal desservies, en levant les obstacles à l'accessibilité et en améliorant la détection précoce des cas. Elles sont par ailleurs économiquement rentables grâce à un faible coût par test ; ainsi, elles sont abordables pour les patients et participent du diagnostic de plusieurs maladies (imagerie pour tuberculose extrapulmonaire, traumatismes, etc.).

Au **Pakistan**, les modèles d'engagement du secteur privé mis en œuvre par Mercy Corps et les programmes au niveau national et provincial ont contribué à 45 % de la notification de cas de tuberculose dans le pays. Les modèles de démarche mixte public-privé ont renforcé le diagnostic précoce, amélioré l'observance et les résultats pour les patients, optimisé les ressources et réduit les retards de diagnostic.

### Intégration des services de lutte contre la tuberculose dans d'autres programmes et secteurs

Au **Zimbabwe**, un modèle intégré de transport d'échantillons pour le diagnostic de la tuberculose et du VIH et le diagnostic précoce chez le nourrisson a considérablement raccourci le temps d'obtention des résultats, de plusieurs mois à seulement 72 heures, parvenant à un délai de huit jours pour la numération des CD4 et les échantillons d'expectorations. Le modèle couvre 63 districts avec un réseau de plus de 2 000 structures de santé et s'appuie sur 280 livreurs. Le volume annuel d'échantillons est passé de 400 000 en 2021 à plus de 1 million en 2025. Il en a résulté une réduction des coûts de 44 % par échantillon et de 35 % par structure. Grâce à ce modèle, les résultats en matière de santé ont aussi connu une évolution, notamment le renforcement des soins pour les nouveau-nés porteurs du VIH ou exposés au virus et les personnes atteintes de la tuberculose, améliorant le suivi des échantillons, réduisant les taux de rejet et garantissant au final des résultats de meilleure qualité.

### Enseignements et prochaines étapes

Alors que les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et les principales parties prenantes en la

matière devraient plaider en faveur de ressources plus importantes, dont des financements mixtes innovants d'origine nationale et extérieure, les pays devraient aussi étudier les opportunités de réaliser des gains d'efficacité et de combler les déficits urgents. L'intégration (dans les programmes de lutte contre la tuberculose et au-delà) et l'optimisation tout au long de la cascade de soins des outils, approches et algorithmes, nouveaux ou existants, se sont révélées efficaces. Les options fondées sur des éléments probants mises en avant ci-après pourraient être adoptées, rationalisées et optimisées plus avant de manière à être en adéquation avec les besoins, le contexte, la capacité et la disponibilité des ressources des pays. La liste d'options suivante détaille comment gagner en efficacité et accompagner la riposte à la tuberculose :



<b>Amélioration de l'efficacité des programmes de lutte contre la tuberculose</b>	<b>Intégration des services de lutte contre la tuberculose dans d'autres programmes et secteurs</b>
<p>Combiner le dépistage des contacts et le dépistage de la tuberculose dans d'autres groupes à haut risque avec le diagnostic, le traitement et le traitement préventif de la tuberculose.</p>	<p>Intégrer le dépistage des maladies (tuberculose, VIH, diabète, santé maternelle et infantile et nutrition) dans les programmes de santé pour une prise en charge globale.</p>
<p>Décentraliser et intégrer les activités de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante et pharmacosensible.</p>	<p>Former et habiliter les agentes et agents de santé communautaires à la détection des maladies, à l'observance du traitement et à la prestation de services de santé intégrés pour de multiples maladies.</p>
<p>Privilégier des schémas thérapeutiques économiques et plus courts pour la tuberculose pharmacorésistante et le traitement préventif, ainsi que pour les enfants atteints de tuberculose pharmacosensible.</p>	<p>Élargir les réseaux de transport d'échantillons et les intégrer aux plateformes et systèmes nationaux/locaux pour la tuberculose et d'autres maladies.</p>
<p>Optimiser les ressources en combinant le dépistage par radiographie thoracique numérique avec intelligence artificielle, le regroupement des échantillons d'expectorations et les tests de diagnostic rapide recommandés par l'OMS.</p>	<p>Privilégier des plateformes de test et de dépistage multimaladies susceptibles de contribuer aux systèmes résilients et pérennes pour la santé et à la préparation et la riposte aux pandémies.</p>
<p>Numériser les dossiers et la communication de l'information, améliorer l'interopérabilité et renforcer les systèmes de surveillance.</p>	<p>Utiliser des plateformes numériques et en ligne pour la formation et la participation communautaire.</p>
<p>Investir dans de nouveaux outils de dépistage et de diagnostic peu coûteux, plus sensibles et spécifiques, lorsqu'ils sont disponibles et recommandés.</p>	<p>Utiliser des solutions numériques pour l'intégration des activités de surveillance et de communication de l'information.</p>
<p>Mettre à l'échelle les nouveaux modèles les plus efficaces de participation des prestataires privés.</p>	

Pour plus d'informations, consultez [ici](#) le rapport *Programmatic Efficiency and Optimizing Tuberculosis Response* (en anglais).

## Étude de cas : utilisation de l'approche de qualité et d'efficacité des programmes pour intégrer le dépistage systématique de la tuberculose en RDC

### Contexte

La République démocratique du Congo (RDC) se classe parmi les 30 pays à forte charge de morbidité de la tuberculose, de la co-infection tuberculose/VIH et de la tuberculose pharmacorésistante. En 2023, le taux d'incidence était de 316 pour 100 000 personnes (OMS). Le nombre estimé de personnes atteintes de la tuberculose était de 334 000. L'incidence communiquée en 2023 par le programme national de lutte contre la tuberculose était de 258 069 cas, soit une couverture du traitement de 77 %. L'écart avec les cas de tuberculose pharmacorésistante reste important et représente plus de 5 000 personnes non détectées en 2023. En 2022, le programme national de lutte contre la tuberculose, avec le soutien du Fonds mondial, a instauré une approche de qualité et d'efficacité des programmes, visant à intégrer le dépistage systématique dans les services ambulatoires des structures de santé de manière à améliorer la détection et le traitement des cas de tuberculose.

### Méthodologie

Le programme national de lutte contre la tuberculose a commencé par une analyse de la situation au niveau des

structures de santé pour identifier les obstacles au diagnostic et au traitement de la tuberculose pharmacorésistante et pharmacosensible, et ce, en impliquant le personnel de santé des points d'entrée (consultations ambulatoires générales, soins prénatals, nutrition, VIH, médecine interne, pédiatrie, etc.). Ont été clarifiés les rôles et les responsabilités pour améliorer la qualité du diagnostic et des soins, tout en renforçant le lien entre les points d'entrée, le laboratoire et les personnes référentes en matière de tuberculose. L'approche consistait en des réunions mensuelles, la communication d'informations sur l'assurance qualité, une supervision et un mentorat réguliers, ainsi qu'une validation trimestrielle des données par les provinces concernées. Le coût total pour instaurer l'approche de qualité et d'efficacité des programmes était de 4 675 dollars US par structure de santé, dont les outils, la formation et le mentorat initial. Le coût mensuel de fonctionnement est de 271 dollars US par structure de santé adoptant cette approche. Cela englobe les réunions mensuelles, le mentorat et les activités de suivi.

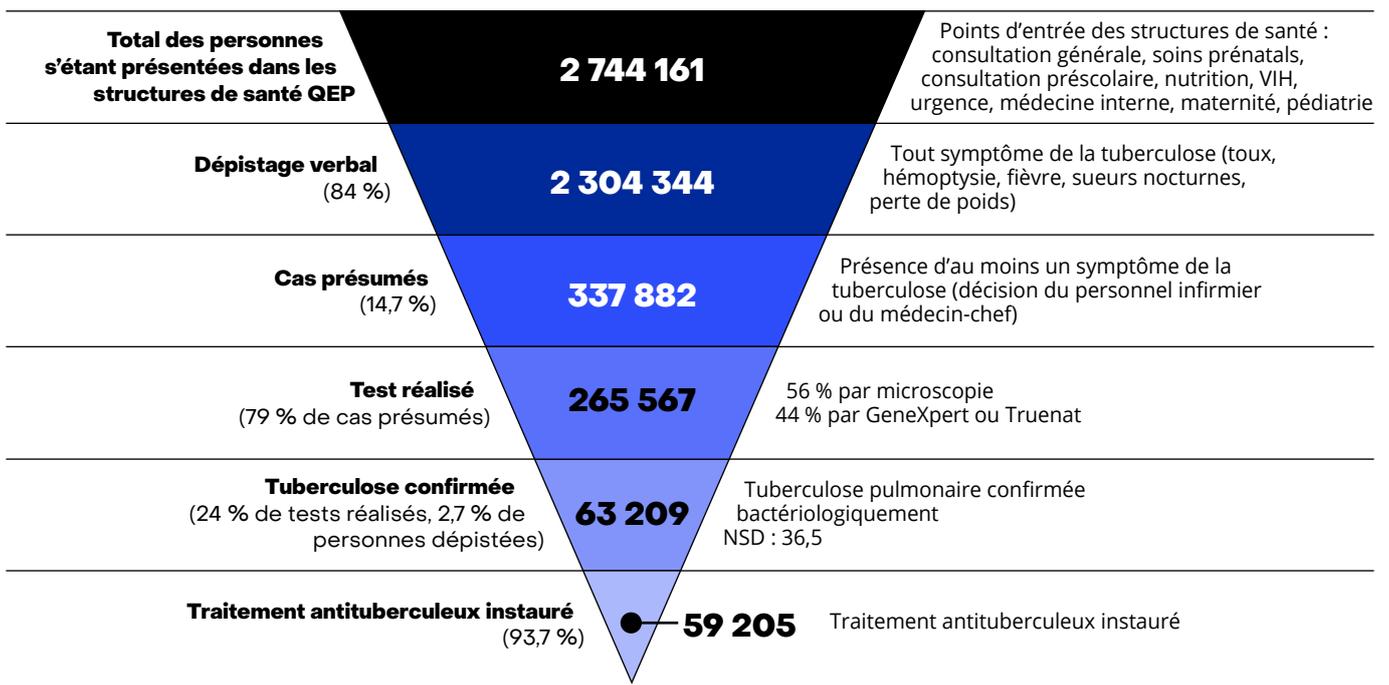
### Résultats

Trente structures de santé ont piloté l'approche de qualité et d'efficacité des programmes à Kinshasa en 2022. Durant cette phase, la notification des cas de tuberculose est passée de 4 957 patients en 2021 (avant l'intervention) à 7 841 (+58 %) en 2022 (durant l'intervention). En 2023, 70 nouvelles structures de santé ont été incluses à

**Figure 1 :** Résultats de la cascade de soins de la tuberculose active dans les structures de santé ayant adopté l'approche de qualité et d'efficacité des programmes (QEP) en RDC

Source : Programme national de lutte contre la tuberculose

Données communiquées pour 30 structures de santé en 2022, 160 en 2023 et 280 en 2024



Kinshasa et 60 à Kwilu et Kwango. En 2024, le programme national de lutte contre la tuberculose a élargi l'approche à quatre nouvelles provinces et 120 structures de santé, couvrant ainsi un total de sept provinces et 280 structures.

Entre 2023 et 2024, les 280 structures de santé prenant part à l'approche de qualité et d'efficacité des programmes avaient enregistré 2 744 161 patients (voir la Figure 1). Sur ce total, 2 304 344 avaient été soumis à un dépistage de la tuberculose (84 %), 337 382 étaient des cas présumés (15 %) et 265 567 avaient été testés (79 %). Parmi ceux testés (56 % par microscopie et 44 % à l'aide des tests de diagnostic rapide recommandés par l'OMS), 63 209 étaient des cas confirmés bactériologiquement (24 %), dont 59 205 ont été placés sous traitement (94 %).

En 2024, le nombre de sujets à dépister (NSD) dans les structures de santé où l'approche de qualité et d'efficacité des programmes était en œuvre s'élevait à 43 (voir le Tableau 1). Il était inférieur au NSD identifié dans une revue de 2022 publiée par l'International Journal of Tuberculosis and Lung Disease<sup>1</sup>. Cette étude a montré que lorsque le dépistage des symptômes était utilisé, le NSD moyen pondéré n'était que de 463 chez les personnes adultes en consultation ambulatoire dans les contextes d'incidence moyenne/élevée de la tuberculose (plage de 28 à 1 628). Le nombre cumulé de personnes atteintes de la tuberculose supplémentaires identifiées dans les sept provinces au cours des années 2023 et 2024 grâce à l'approche de qualité et d'efficacité des programmes était estimé à 12 884 par le programme national de lutte contre la tuberculose.

**Tableau 1 :** Données sur la tuberculose collectées dans les structures de santé ayant adopté l'approche de qualité et d'efficacité des programmes (QEP) entre 2022 (phase pilote) et 2024 (phase d'intensification)

Source : Programme national de lutte contre la tuberculose

	De janvier à décembre 2022 (phase pilote)	De janvier à décembre 2023	De janvier à décembre 2024
<b>Structures de santé QEP</b>	30	160 (dont les 30 de la phase pilote)	280 (dont les 160 de 2023)
<b>Nombre de personnes dépistées par rapport au nombre de personnes inscrites dans des centres de santé</b>	383 730/465 413 (82 %)	742 981/914 001 (81 %)	1 561 363/1 830 160 (85 %)
<b>Nombre de cas présumés de tuberculose détectés</b>	32 062 (8 %)	121 880 (16 %)	215 502 (14 %)
<b>Nombre de personnes testées pour la tuberculose</b>	23 427 (73 %)	92 987 (76 %)	172 580 (80 %)
<b>% de personnes soumises à des tests moléculaires</b>	Données non disponibles durant la phase pilote	32 913 (35 %)	83 412 (48 %)
<b>Nombre total de personnes atteintes de la tuberculose (toutes formes confondues)</b>	7 841 (33 % des personnes testées)	26 437 (28 % des personnes testées)	36 638 (21 % des personnes testées)
<b>Nombre de personnes atteintes placées sous traitement</b>	7 568 (97 %)	25 419 (96 %)	33 786 (92 %)
<b>Nombre de sujets à dépister</b>	49	28	43

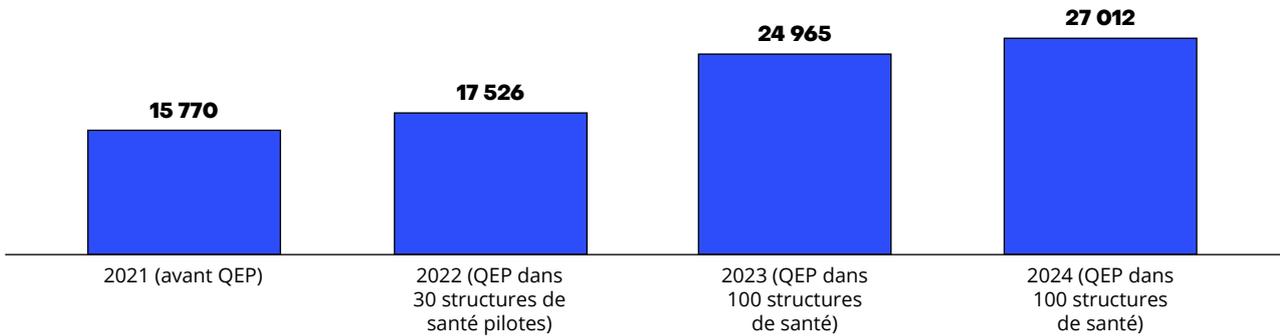
La Figure 2 montre le nombre de patients atteints de la tuberculose confirmée bactériologiquement déclarés dans 100 structures de santé à Kinshasa avant l'intervention en 2021 (n = 15 770), durant l'intervention en 2022 (n = 17 526), puis en 2023 et 2024 (n = 24 965 et n = 27 012, respectivement). À noter que le nombre total de structures de santé à Kinshasa dotées d'un laboratoire et capables

de proposer un diagnostic de tuberculose en 2024 était de 158, 63 % étant couvertes par l'approche de qualité et d'efficacité des programmes. La variation globale des déclarations entre 2023 et 2024 pour la province de Kinshasa était de +5 % : 8 % dans les structures de santé ayant adopté l'approche de qualité et d'efficacité des programmes et -0,1 % dans les structures autres.

<sup>1</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35650693/>

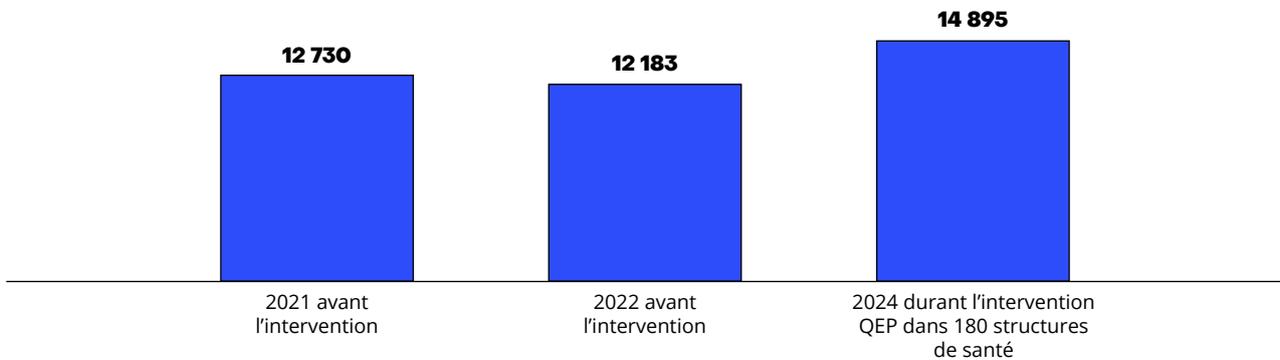
**Figure 2 :** Nombre de patients atteints de la tuberculose confirmée bactériologiquement déclarés en 2021 (avant l'intervention) et durant l'intervention dans 100 structures de santé à Kinshasa

Source : Programme national de lutte contre la tuberculose



**Figure 3 :** Nombre de patients atteints de la tuberculose confirmée bactériologiquement déclarés avant l'intervention et durant l'intervention dans 180 structures de santé de six provinces en 2024

Source : Programme national de lutte contre la tuberculose



La Figure 3 illustre le nombre de patients atteints de la tuberculose confirmée bactériologiquement en 2021 et 2022 (avant l'intervention) et en 2023 (durant l'intervention) dans les 180 structures de santé de Kwilu, Kwango, Sud Kivu, Mongala, Kasai Oriental et Kasai Central. La variation globale des déclarations entre 2023 et 2024 pour Kwilu et Kwango était de +30 % : 73,5 % dans les structures de santé ayant adopté l'approche de qualité et d'efficacité des programmes et 8,5 % dans les structures autres.

**Enseignements et prochaines étapes**

En intégrant le dépistage de la tuberculose dans les autres départements ou points d'entrée des structures de santé, la RDC a amélioré la détection de la tuberculose confirmée bactériologiquement partout dans le pays. De plus, l'analyse mensuelle des données et les réunions sur la performance avec les responsables des points d'entrée ont ouvert la voie à l'adoption de l'approche de qualité et d'efficacité des programmes. Le personnel a fait savoir que les modèles mensuels de communication de l'information sur la tuberculose étaient des outils utiles pour analyser la performance pendant les visites

de supervision et de mentorat. Le renforcement de la supervision des structures de santé ayant adopté l'approche de qualité et d'efficacité des programmes a encouragé les fournisseurs à intégrer la démarche. Une supervision et un suivi réguliers par l'équipe du district et de la province ont motivé le personnel des structures de santé à dépister systématiquement la tuberculose dans les services ambulatoires. Bien que le NSD semble concordant avec des approches similaires dans les pays à forte charge de morbidité, il n'existe pas suffisamment de données disponibles pour élaborer une recommandation concernant le rapport coût-efficacité.

Le programme national de lutte contre la tuberculose prévoit d'étendre l'approche à quatre nouvelles provinces en 2025. Compte tenu des coupes financières prévues, l'équipe procédera à une analyse pour identifier les gains d'efficacité et réduire les coûts de mise en œuvre. Une baisse de la fréquence des réunions mensuelles et des coûts liés au mentorat dans les structures de santé appliquant actuellement l'approche de qualité et d'efficacité des programmes est en cours de discussion.

### 3. Témoignages

« L'intégration de la lutte contre la tuberculose dans les services de santé reste un défi pour tous les programmes nationaux. En effet, nombre d'agentes et agents de santé perçoivent la tuberculose comme une maladie « sale » et extrêmement contagieuse. Cette perception nourrit la peur et contribue à la discrimination des patients et des agentes et agents de santé chargés de leurs soins. Dans ce contexte, l'intégration des services est fondamentale pour améliorer l'efficacité. En Côte d'Ivoire, le programme national de lutte contre la tuberculose a déployé des efforts considérables dans ce sens, notamment en mettant en place des laboratoires conteneurs dans les structures de soins de santé primaires, en utilisant GeneXpert pour le diagnostic de la tuberculose, les tests de charge virale et la détection du papillomavirus humain, et en intégrant le système de transport des échantillons à d'autres programmes de santé. Au vu de tout cela, l'intégration de la lutte contre la tuberculose dans les services de santé est envisageable, mais elle doit prendre en compte des exigences clés, telles que la mise en place adéquate des outils de gestion, la qualité des soins et le suivi quotidien des patients. En outre, la discrimination et la peur sont des obstacles qui doivent être surmontés par la sensibilisation et la mise en œuvre stricte des mesures de contrôle des infections. »



**Dr Jacquemin Kouakou**  
Responsable du programme national de lutte contre la tuberculose, Côte d'Ivoire

« Alors que les pays sont confrontés à une réduction de leur marge de manœuvre budgétaire, une approche intégrée de mise en œuvre se traduira par des gains d'efficacité et nous permettra de faire beaucoup plus avec moins de ressources. En outre, la collaboration multisectorielle offrira des possibilités de mobiliser des ressources dans d'autres secteurs que la santé. »



**Dr Immaculate Kathure**  
Responsable du programme national de lutte contre la tuberculose, Kenya



Le Fonds mondial / Quinn Ryan Mattingly



**Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme**  
Campus de la santé mondiale  
Chemin du Pommier 40  
1218 Le Grand-Saconnex  
Genève, Suisse

+41 58 791 17 00  
[theglobalfund.org/fr/](http://theglobalfund.org/fr/)

**À propos de l'initiative stratégique d'orientation des marchés de prochaine génération**

L'initiative stratégique d'orientation des marchés de prochaine génération, financée par le Fonds mondial, appuie la mise en œuvre d'approches et de mécanismes innovants pour l'introduction et la mise à l'échelle de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose dans les pays soutenus par l'organisation. Cette initiative fait partie de l'approche d'orientation des marchés de prochaine génération du Fonds mondial, qui décrit un ensemble holistique d'interventions pour orienter l'innovation et accélérer l'introduction de nouveaux produits à grande échelle, promouvoir le renforcement des capacités pour la fabrication régionale et favoriser des achats et des chaînes d'approvisionnement respectueux de l'environnement.