

LE CHANGEMENT DE PARADIGME

→ 2016-2020 Le Plan Mondial pour Éliminer la Tuberculose (TB)

Copyright © 2015
Stop TB Partnership, UNOPS
All rights reserved.



Changement de Paradigme

"Fait référence à un renouvellement global des connaissances fondamentales, une révolution conceptuelle."



Conten

REMERCIEMENTS	6
ABRÉVIATIONS	8
GLOSSAIRE	10
AVANT-PROPOS	14
PRÉFACE	18



INTRODUCTION	20
---------------------	-----------

Éliminer la tuberculose : défis et opportunités	21
Le Plan Mondial pour Éliminer la Tuberculose 2016-2020 ..	25



1. UN CHANGEMENT DE PARADIGME DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	26
--	-----------

Les objectifs mondiaux 90-(90)-90 centrés sur les populations	28
Le changement de paradigme	31
Les contextes spécifiques aux pays.....	34
Formules d'investissement.....	35



2. MODÉLISATION D'IMPACT ET APPROCHE DIFFÉRENCIÉE	38
--	-----------

L'impact mondial de l'atteinte des objectifs 90-(90)-90.....	40
Modélisation de l'impact à l'échelle nationale	41
De la modélisation de l'impact aux plans nationaux.....	52



3. ATTEINDRE LES POPULATIONS CLÉS 54

Groupes de populations clés.....	56
----------------------------------	----



4. PARTENAIRES COLLABORATIFS ESSENTIELS : LA SOCIÉTÉ CIVILE, LES COMMUNAUTÉS ET LE SECTEUR PRIVÉ 66

La société civile et les communautés en tant que partenaires en réponse à la tuberculose	67
Le partenariat avec le secteur privé et les entreprises ...	75



5. COUVERTURE-MALADIE UNIVERSELLE ET ACTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES 78

Amélioration de services médicaux : couverture-maladie universelle.....	80
Intégration de la tuberculose dans l'allègement de la pauvreté et dans les programmes de justice sociale	81
Programmes de protection sociale	81
Création d'un environnement favorable : volonté politique et élaboration de cette politique.....	84



6. NOUVEAUX OUTILS 86

Introduction et utilisation des nouveaux outils	87
Nouveaux médicaments : Etat et progression	91
Nouveau diagnostics : État & Progression	96
Nouveaux vaccins : État et progression	101
Développement de stratégies d'accès pour de nouveaux outils	105
Plaidoyer et engagement communautaire pour de nouveaux outils	107



7. LES RESSOURCES NÉCESSAIRES 108

Investissements requis pour atteindre les cibles 90-(90)-90	110
Qu'est-ce que le Plan mondial va réaliser?	116
La nécessité urgente de financement pour la recherche et le développement.	120
Sources de financement pour le Plan mondial	123

TOUTES LES ANNEXES
auxquels il est fait référence
peuvent être trouvées en ligne à :

www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp



Remerciements

Le Partenariat Halte à la tuberculose exprime sa gratitude aux contributions de chacun. Des centaines de personnes ont participé à l'élaboration de ce Plan Mondial via divers canaux, réseaux, y compris la consultation en ligne et quatre consultations régionales. Nous remercions chacun d'entre eux pour leurs commentaires et leurs soutiens enthousiastes et nous espérons mettre cela en œuvre ensemble.

Groupe de Travail du Plan Mondial

Draurio Barreira, Amy Bloom, Paula Fujiwara (Chair), Rein Houben, Michel Kazatchkine, Blessina Kumar, David Lewinsohn, Jon Liden, David Mameitja, Aaron Oxley, Thokozile Phiri-Nkhoma, Mukund Uplekar, Eliud Wandwalo, Richard White.

Membres Suppléants :

Cherise Scott, Alessandra Varga, Diana Weil, Jennifer Woolley, Mohammed Yassin.

Groupe des Economistes ad hoc

Carol D'Souza, Ines Garcia Baena, Andrew Siroka, Shan Soe-Lin, Stephane Verguet.

Membres du Conseil de Coordination du Partenariat Halte à la tuberculose

Timur Abdullaev, Erika Arthun, Patrick Bertrand, Joanne Carter, Mark Dybul, Evan Lee, David Lewinsohn, Susan Maloney, Aaron Motsoaledi, Austin Obiefuna, Anshu Prakash, Miriam Schneidman, Thomas Shinnick, Kitty van Weezenbeek, Cheri Vincent, Deborah von Zinkernagel, Gloria Wiseman.

Secrétariat du Groupe de Travail du Plan Mondial

Jennifer Dietrich, Lucica Ditiu, Samuel Nuttall, Catie Rosado, Suvanand Sahu, Anissa Sidibe.

Un remerciement tout particulier à Avenir Santé : Matt Hamilton et Carel Pretorius pour le travail de modélisation.

Il n'aurait pas été possible de développer ce document sans le soutien de Bill & Melinda Gates, de Global Affairs Canada, de l'USAID et du Fond mondial.

Sincères remerciements également aux membres des Groupes de Travail des Nouveaux Outils.

Lal Mani Adhikari, Uzodinma Adirieje, Sevim Ahmedov, Kerstin Akerfeldt, Islam Akramul, Edith Alarcon, Alena Alba, Mohammad Reza Aloudal, Tamiru Amade, Derek Ambrosino, Emmanuel Andre, Hassan Abdullahi Arale, Magnolia Arango, Alla Asaeva, Ayele Ashenafi, Anita Asiime, Chynara Bakirova, Beatrice Baltaci, Sayera Banu, Carlos Basilia, Samhari Baswedan, Claire Baudot, Soledad Belhomowe, Shirley Bennett, Olga Belyaeva, Heather Benjamin, Vineet Bhatia, Lijun Bi, Elena Bilokon, Serge Bisuta Fueza, Lucie Blok, Oktam Bobokhojaev, Catharina Boehme, Cheryl Boon, Grania Brigden, Mikkel Broholt, Sarah Boulton, Kathy Brito, Yves Buisson, Tracy Burton, Haluk Calisir, Nicolas Cantau, Emanuele Capobianco, Martina Casenghi, Cristina Celan, Angela Chang, Sylvie Chantereau, Sandy Charles, Rabir Kumar Chatterjee, Meet Chauhan, Lucy Chesire, Gillian Chihwayi, Ketevan Chkhatarashvili, Sopha Chum, Gavin Churchyard, Yvette Citegetse, Daniela Cirillo, Brian Citro, Austin Coe, Alberto Colorado, Rondon Cotacio, Svetlana Cotelea, Phil Coticelli, Jacob Creswell, Andrei Dadu, Kapil Dahal, Kieran Daly, Colleen Daniels, Carla Patricia da Silva Barbosa, Marie-Ange Demoitie, Meaghan Derynck, Anne Detjen, Edona Dobroshti Deva, Mark Diabase, Cindy Dlamini, Sicelo Dlamini, Svetlana Doltu, Maki Dominguez, David Dowdy, Daniela Draghici, Andrii Dudnyk, Ahmed Elidrisi, Rupert Eneogu, Dara Erck, Kayt Erdahl, Johnson C. Ezeigbo, Celia Falconi, Rukia Farah, Harley Feldbaum, Ana Filipovska, Sergey Filippovych, Joy Fleming, Charles Joseph Fleurimonde, Eric Fleutelot, Mike Frick, Florentia Furtunescu, Luis Gallo, Dhikrayet Gamara, Svetlana Gavrilova, Agnes Gebhard, Daniel Gemechu, Qader Ghulam, Norman Gil, Ann Ginsberg, Jacques Godfroid, Serifa Godinjak, Lucille Godwin, Mikhail Golichenko, Ana Leila Gonçalves, Naya Goneto, Vanessa Govender, Ogtay Gozalov, Nellie Gqwaru, Mauro Guarinieri, Eyup Gumus, Roman Hailevich, Ida Hakizinka, Christoph Hamelmann, Willem Hanekom, Malayah Harper, Myriam Haxaire-Theeuwes, Philip Hill, Tiny Hlokwé, Meghan Holohan, Behnam Honarvar, Rob Hooff, Douglas Hooper, Mehran Hosseini, Marina Hue, Ashaque Husain, Malahat Ibrahimigizi, Sharkhimurat Ismailov, Asker Isamayilov, Nazir Ishmael, Jasmína Islambegovic, Lkhamsuren Jantsan, Paul Jensen, Oluwamayowa Joel, Anohar John, Lymo Johnson, Martin Joya, Omar Juma, Rafael Lopez, Erhan Kabasakal, Aamir Khan, Brian Kanyemba, Henry Kanyerere, , Indira Kazieva, Yared Kebede Haile, Joel Keravec, GR Khatri, Irma Khonelidze, Michael Kimerling, Sarah Kirk, Ilana Kirsytajin, Max Klein, Andrew Klepikov, Maxim Kogan, Gavin Koh, Boyan Konstantinov, Aleksei Korolkov, Serge Kovbasyuk, Sanjay Kumar, Shiva Kumar, Andargachew Kumsa, Alexey Kurmanayevski, Aida Kurtovic, Tariro Kutadza, Michelle Lafay, SS Lal, Jason Lane, Ilya Lapin, Barbara Laughon, Leonid Lecca, Lisa Leenhouts-Martin, Erica Lessem, Maria Paola Lia, Christian Lienhardt, Eva Lucia Limachi, Fabio Luelmo,

Sharonann Lynch, Anna Maalsen, Hloniphile Mabuza, Jacques Mader, Rebecca Mahoko-Tadokera, Surya Prakash Makarla, Robert Makombe, Peter Mamacos, Ivan Manhiça, Davide Manissero, Eang Mao, Maphefo Masango, Irina Maslova, Dara Masoud, Benigna Matsinhe, Mea Maura, Thulani Mbatha, Magatte Mboj, Lindsay McKenna, Ruth McNerney, Heather Menzies, Emmanuel Meribole, Philippe Meunier, Ntombi Mhlongo, Evelyn Mhlope, Amit Misra, Naimjon Mizorakhimov, Ntombizodwa Mntambo, Musa Mobolaji, Daria Mogucheva, Fritz Moise, Omphemetse Mokgatilhe, Refilwe Mokgetle, Yvonne Morgan, Svitlana Moroz, Andrei Mosnega, Jose Moya, Mbulawa Mugabe, Sugata Mukhopadhyay, Elchin Mukhtarli, Stephen Mula, Beauty Muringani, Ellen Murray, Seher Musaonbasioğlu, Lindiwe Mvusi, Safar Naimov, Anna Nakanwagi, Angeline Nanni, Alejandro Navarro, Thaddée Ndikumana, Norbert Ndjeka, Luan Quang Nguyen, Vuet Nhung Nguyen, Isabel Nieto, Pierre-Yves Norval, Thomas Novotny, Helena Nygren Krug, Carol Nawina Nyirenda, Oksana Ocheretina, Rafael Olarte, Francisco Olea-Popelka, Cintia Oliveira Dantas, Igor Oliznzk, James Oloya, Christy Omidiji, Viktoriia Osipenko, Oyebanji Oyebola, Seref Oykara, Amindavaa Oyunbileg, Manita Pandey, Basanta Parajuli, Gregory Paton, Kerry Pelzman, Freddy Perez, Luis Perez, Christophe Perrin, Kimsour Phirith, Phyllis Pholoholo, Shiba Phurailatpam, Yogan Pillay, Evgenz Pisemskiy, , Milena Prvulovic, Robert Pukose, John Puvimanasinghe, Pedro Enrique Quinones Figuero, Kirankumar Rade, Stefan Radut, Victor Ramathesele, Oriol Ramis, Bruno Rivalan, Yoir Rayyakov, Alasdair Reid, Stephen Resch, John Ridderhof, Barbara Rijks, Fedora Rodiukova, Florencia Rodriguez, Sandra Roelofs, Mirta Roses Perigo, Gennadz Roshchupkin, Tomas Roubal, Kuldeep Sachdeva, Tsovinar Sakanyan, Margaret Sakatsie, Ataulhaq Sanaie, Babatunde Sanni, Sanjay Sarin, Amy Sarmiento, Irina Schelokova, Khaled Seddiq, Rita Seicas, Ravini Senanayake, Abdulai Abubakarr Sesay, Rita Shah, Amer Irshad Sheikh, Hanna Shevchenko, Viktor Siebert, Dalbir Singh, Pavlo Skala, Anyhela Skopenko, Alena Skrahina, Mandy Slutsker, Caoimhe Smyth, Simeon C. Solomon, Jemberu Soressa, Mel Spigelman, Monica Mira Silvana Spindola, Karen Steingart, David Stevenson, Raminta Stukitze, Todd Summers, Jami Taylor, Miryagaleb Tillyashkhov, Ezio Tavora, David Traynor, Aneta Trgacevska, Alejandro Trossero, Oylen Tumer, Denis Valec, Anke van Dam, Martin van den Boom, Joost van der Meer, Ernesto Varela Villota, Ivan Varentsov, Tonka Verleva, Frank Verreck, Kgomotso Vilakazi-Nhlapo, Andreeva Vladanka, Fanny Voitzwinkler, Gerald Voss, Sergey Votyagov, Shekhar Waikar, Brenda Waning, Peter Warner, Carine Weiss, Charles Wells, Christine Whalen, Ellen Wilcox, David Wilson, Bawa Wuryaningtyas, Phumlani Ximiya, Rajendra Yadav, Mohammad Yassin, Vladimir Yhovitz, Merlijn Young, Imran Zafar, Maria Zamfirova, Vitaly Zhumagaliev.



Abréviations

ARNT

Association Royale Néerlandaise contre la Tuberculose

ART

Thérapie Antirétrovirale

ARV

Antirétroviral

BCG

Bacille Calmette-Guérin (le vaccin)

BRICS

Groupe Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud

CPTR

Piste Essentielle pour le Traitement Médicamenteux de la Tuberculose

DALY

Espérance de vie ajustée à l'incapacité

DST

Test de Sensibilité aux Médicaments

GAVI

Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination

GDF

Dispositif Mondial du Financement des Médicaments Antituberculeux

HBC

Pays à Fardeau Elevé

MSF

Médecins Sans Frontières

NCE

Nouvelle Entité Chimique

NDB

Nouvelle Banque de Développement

INAMI

Institut National de l'Allergie et des Maladies Infectieuses

NIH

Instituts Américains de la Santé

LNR

Laboratoire National de Référence

PNLT

Programme National contre La Tuberculose

OCDE

Organisation de Coopération et de Développement Economiques

ONG

Organisation Non-Gouvernementale

PIB

Produit Intérieur Brut

PVVIH-SIDA

Gens Vivant avec VIH-SIDA

PNB

Produit National Brut

R&D

Recherche et Développement

RSE

Responsabilité Sociétale des Entreprises

SIDA

Syndrome d'Immunodéficience Acquise

LSR

Laboratoire Supranational de Référence

TB

Tuberculose

TB-MR

Tuberculose Multi-Résistante

TB-UR

Tuberculose Ultrarésistante

TPI

Thérapie Préventive par Isoniazide

TPP

Profil de la cible du Produit

UICTMR

Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires

UNAIDS

Programme Conjoint des Nations Unies contre le VIH/SIDA

UNICEF

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID

Agence des Etats-Unis pour le Développement International

QALY

Espérance de Vie pondérée par la Qualité

VIH

Virus de l'Immunodéficience Humaine

OMS

Organisation Mondiale de la Santé



Glossaire

Antibiotique

un médicament qui traite des infections bactériennes. Les ANTI TB sont aussi des antibiotiques. Les antibiotiques n'ont aucun effet sur des infections virales.

Approche orientée vers le patient pour soigner la tuberculose (TB)

Une approche centrée sur le patient envisage les besoins, les perspectives et les expériences individuelles des personnes affectées par la tuberculose, en respectant leur droit d'être informées et recevant la meilleure qualité de soin qui se base sur les besoins individuels. Cela exige l'établissement d'une confiance mutuelle, une forme de partenariat dans la relation fournisseur de soin/patient, en matérialisant des moments et des opportunités pour les personnes malades de participer à la planification et à la gestion de leurs propres soins. Une approche centrée sur le patient améliore les résultats du traitement car il est respectueux de la dignité humaine.

BCG

le Bacille Calmette-Guérin (TB) ; le vaccin porte le nom des scientifiques français qui l'ont développé, Calmette et Guérin. Le BCG fournit aux adolescents et aux jeunes adultes une protection contre la tuberculose, mais on l'administre souvent aux enfants en bas âge, aux petits enfants (et aux mineurs) dans des pays où la tuberculose est commune, dans la mesure où il peut empêcher l'apparition de certaines formes plus sévères de tuberculose chez les enfants.

Communauté de développement d'Afrique Australe (CDAA)

c'est une organisation intergouvernementale basée à Gaborone, capitale du Botswana. Son but est d'encourager la coopération socio-économique ainsi que l'intégration tant en matière de coopération politique qu'au niveau de la sécurité entre 15 états du sud de l'Afrique. Il complète donc le rôle de l'Union Africaine.

Contact

ce terme désigne une personne qui a passé du temps avec un malade ayant contracté le virus de tuberculose infectieux.

Contact rapproché

ces termes désignent une personne qui a été en contact prolongé, fréquent, ou intense avec une personne infectée par la tuberculose infectieuse. Ce groupe inclut les gens qui vivent ensemble ou qui passent beaucoup de temps ensemble, très proches. Les contacts rapprochés (par exemple au sein d'un

même foyer) sont plus enclins à être infectés par la tuberculose M (*Mycobacterium tuberculosis*) que les personnes qui voient ou fréquentent moins la personne malade.

Crachat

ce terme désigne le flegme craché du plus profond de l'intérieur des poumons. Le crachat est examiné afin d'y repérer les bactéries de tuberculose en utilisant le microscope via des frottis, la culture ou des tests moléculaires.

Culture

c'est un test pour dépister les bactéries de tuberculose dans le crachat/le flegme d'un individu ou d'autres liquides du corps. Ce test peut prendre deux à quatre semaines dans la plupart des laboratoires.

Dépistage des cas

lorsqu'une personne est diagnostiquée tuberculeuse, elle doit être reportée dans le système de surveillance national. Bien que le terme de « cas » soit largement utilisé dans le domaine de la santé publique pour se référer à une personne malade, il doit être utilisé avec sensibilité dans le vocabulaire de services médicaux afin d'éviter de déshumaniser les individus. Une personne n'est pas un « cas », mais un être humain. Une personne à qui l'on prodigue des soins pourrait fort bien trouver cela dégradant de s'entendre être décrit comme un « cas » dans la bouche même du personnel en charge de la soigner.

Individus affectés par la Tuberculose

ce terme englobe les gens atteints de tuberculose, les membres de leur famille, les personnes à charge, les communautés et les personnels de santé qui peuvent être impliqués aux soins ou exposés à la maladie de quelque manière que ce soit.

Infection par la Tuberculose

on l'appelle aussi l'infection de tuberculose latente. C'est une condition dans laquelle les bactéries TB sont vivantes bien qu'inactives dans l'organisme. Les personnes infectées par une TB latente n'ont aucun symptôme ; ils ne se sentent pas malades, ne peuvent pas transmettre des bactéries à d'autres et ils apparaissent généralement positifs au test d'infection - test de peau tuberculine ou test spécial appelé IGRA. Dans le Plan Mondial, les personnes considérées comme « infectées de TB » sont celles infectées par une TB latente.

Intégration de programme

ce terme désigne le regroupement et la synergie des différentes

sortes de services ou de programmes opérationnels afin d'en maximiser les résultats, par exemple en tissant des passerelles d'un service à un autre ou encore en offrant des services complets et intégrés. Dans le contexte des soins contre la tuberculose, les programmes intégrés peuvent inclure le test de virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des conseils et des traitements, un check-up en termes de santé sexuelle et reproductive, des soins de santé primaires, maternels et infantiles.

Maladie Tuberculose (TB) active

c'est une maladie provoquée par la prolifération et la multiplication des bactéries de tuberculose qui attaquent une partie du corps, souvent les poumons. Les symptômes de la tuberculose active incluent : une faiblesse générale, une perte de poids, de la fièvre, la perte de l'appétit et des sueurs nocturnes. D'autres symptômes de la maladie peuvent se déclarer, en fonction de l'endroit précis dans le corps où les bactéries se multiplient. Si la tuberculose s'est logée dans les poumons (TB pulmonaire), les symptômes peuvent inclure une mauvaise toux, des douleurs au niveau de la poitrine, une toux avec des crachats sanglants. Une personne atteinte de tuberculose pulmonaire peut être contagieuse et répandre des bactéries de tuberculose à d'autres.

Microscopie des frottis

cela consiste en un test pour déterminer s'il y a des bactéries de tuberculose dans le crachat. Pour faire ce test, les personnels de laboratoire mettent le frottis de crachat sur une lame en verre, saturent la lame avec un colorant spécial et cherchent sur sa surface n'importe quelles bactéries de tuberculose. Ce test livre son verdict au bout d'un jour généralement.

M Santé

(aussi écrit comme le m de « mobile ») est une abréviation pour la santé mobile, un terme utilisé pour la pratique médicale et la santé publique soutenue par des dispositifs mobiles.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

l'OCDE rassemble 30 pays membres partageant un engagement au gouvernement démocratique et à l'économie de marché.

Gender-specific

refers to any programme or tailored approach that is specific to either women or men, due to the particular challenges faced by that gender.

Personne devant être dépistée

par le passé, une personne qui présentait des symptômes ou des signes suggestifs de tuberculose était mentionnée comme « suspect TB ». Le mot « suspect » ne doit plus être utilisé.

Personnes atteintes de TB (PATB)

ce terme englobe les personnes qui sont atteintes de tuberculose active. Les termes « personnes atteintes de TB » reconnaissent que les gens malades de la tuberculose ne devraient pas être définis seulement par leur condition. Le terme est préférable au mot « patient » dans certains contextes (par exemple dans les cadres non médicaux et communautaires).

Personne perdue de vue en cours de suivi

ce terme désigne une personne qui, ni ne commence, ni n'achève le traitement contre la TB. La plupart du temps, la responsabilité en incombe à une Sécurité Sociale défaillante ou une approche trop centrée ou axée sur le patient. Précédemment, les personnes perdues de vue en cours de suivi ont été mentionnées comme des « défailants ». Le terme défailant doit cependant être évité, car il fait injustement reposer toute la responsabilité sur les épaules des patients.

Renforcement des systèmes communautaires

se réfère aux initiatives qui contribuent au développement et/ou au renforcement d'organisations à base de communauté pour augmenter la connaissance et améliorer l'accès au service de santé améliorée. Il inclut d'habitude le renforcement des capacités d'infrastructure et des systèmes, la construction d'un partenariat et le développement de solutions de financement durables.

Résistance antibiotique

cela désigne la capacité d'un micro-organisme à résister aux effets d'antibiotiques. La résistance antibiotique se développe typiquement lorsqu'une mutation aléatoire du micro-organisme se produit, le faisant moins sensible ou vulnérable aux effets d'un médicament particulier.

Sensibilité au genre

ce sont les politiques, les programmes ou les modules de formation tenant compte des sexo-spécificités reconnaissant que, si les femmes et les hommes sont les acteurs d'une même société, ils sont différemment et inégalement contraints et ont de fait des perceptions, des besoins, des intérêts et des priorités divergentes et parfois contradictoires.

Soin et prévention de la tuberculose

ce sont les efforts des personnels de soins et de santé pour fournir des services TB aux communautés qu'ils servent. Ces termes sont préférés à l'expression « contrôle de la TB », qui peut créer la perception que les experts de tuberculose ont le contrôle total de tous les aspects de la prévention, du traitement et des soins des personnes. Il est utile d'examiner le terme « contrôle » d'une façon critique afin d'éviter de négliger les ressources et les capacités de la communauté et du patient lui-même.

Spécifique au sexe

qui se réfère à n'importe quel programme ou approche adaptée qui est spécifique aux femmes ou aux hommes, en raison des défis particuliers auxquels ce sexe est confronté.

Support(Assistance) nutritionnel(le)

cela vise à assurer la nutrition adéquate et inclut l'évaluation de la consommation diététique, le statut nutritionnel et la sécurité alimentaire de l'individu ou du ménage. Il propose une éducation à la nutrition et des conseils sur la façon d'assurer une alimentation équilibrée, d'atténuer les effets secondaires du traitement et des infections et d'assurer un accès à une eau propre. En outre, ce programme fournit aussi des compléments alimentaires ou des apports en micronutriments si nécessaire.

Stigmate

ce terme est tiré du grec signifiant une « marque » ou un « signe ». Le stigmate peut être décrit comme un processus dynamique de dépréciation qui passe par la discréditation significatif d'un individu aux yeux des autres. Dans des cultures particulières ou dans certains milieux, certains attributs sont saisis et définis par d'autres comme compromettants ou indignes. Quand il s'agit d'un stigmate, le résultat est la discrimination qui peut prendre la forme d'actions (notamment néfastes) ou d'omissions (notamment volontaires).

Systèmes communautaires

les systèmes communautaires sont des structures, des mécanismes, des processus et des acteurs par lesquels les communautés agissent sur les défis et les besoins auxquels ils font face. Ils sont composés de types différents d'entités : des membres ou des organisations communautaires (formelles et informelles), des réseaux et des autres organisations de la société civile. De tels systèmes sont généralement moins encadrés et moins clairement définis que des systèmes de santé types. Les entités qui les composent ont des liens avec les communautés, ils sont donc naturellement dans une position qui leur permet de mieux comprendre les questions de ceux qui sont plus affectés et de trouver des solutions intelligentes et adaptées.

Test de sensibilité antibiotique

aussi connu comme test de sensibilité au médicament (TSM), il consiste en un test en laboratoire qui permet d'évaluer si des bactéries TB sont sensibles ou résistantes à certains médicaments antituberculeux.

Thérapie antirétrovirale (ART)

cela désigne l'utilisation d'une classe particulière de médicaments (des antirétroviraux) pour traiter l'infection au virus de l'immunodéficience humaine.

Thérapie préventive

ces termes désignent les médicaments qui empêchent l'infection tuberculeuse de progresser vers une tuberculose active.

Tuberculose (TB) extra-poumons

désigne une forme de la tuberculose située dans n'importe quelle partie du corps autre que les poumons (par exemple, les reins, l'épine, le cerveau ou les ganglions lymphatiques).

Tuberculose Ultrarésistante (TB-UR)

c'est une forme de la maladie dans laquelle les bactéries TB sont résistantes à l'isoniazide et à la rifampicine (les deux étant les médicaments anti-TB généralement les plus utilisés), aussi bien que le fluoroquinolone et, au moins, l'un de ces trois médicaments injectables (amikacine kanamycine ou capreomycin).

Tuberculose Mycobacterium

ce sont les bactéries qui causent l'infection de la tuberculose et la maladie de la tuberculose.

Tuberculose Pharmacorésistante (DR-TB)

c'est une forme de la maladie dans laquelle les bactéries TB sont résistantes aux médicaments anti-TB les plus généralement utilisés.

Tuberculose Multirésistante (TB-MR)

c'est une forme de la maladie dans laquelle les bactéries TB sont résistantes - au moins - à l'isoniazide et à la rifampicine (les deux étant les médicaments anti-TB les plus fréquemment utilisés).



Avant-propos

Au cours de l'histoire de la lutte contre les maladies évitables, beaucoup des plus grands succès ont été caractérisés par des changements marquants dans la croyance des populations en ce qui est possible. Pendant trop longtemps, le monde a cru que mettre fin à la tuberculose n'était pas faisable et que la vie habituelle comme nous la connaissons était ce qu'elle était et devait demeurer inchangée. Nous savons que rien de cela n'est vrai ! Nous avons besoin d'un changement de paradigme, maintenant plus que jamais. Le Plan Mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020 reflète ce changement de paradigme et doit être mis en œuvre avec urgence et vigueur.

Lorsque le monde a d'abord voulu éradiquer la variole, près d'un demi-siècle plus tôt, beaucoup pensaient que c'était impossible, et certains étaient même fortement opposés à l'idée. Des visionnaires dans la lutte mondiale contre le sida ont également rencontré de la résistance quand ils ont suggéré que les médicaments contre ce fléau pourraient être fournis à tous ceux qui en avaient besoin, indépendamment de leur revenu, de leur nationalité ou de leur statut dans la société. A l'instar de ceux qui avaient douté que l'éradication de la variole était possible, il s'est avéré que l'histoire leur a donné tort.

Qu'est-ce qui a changé et rendu ces succès possibles ?

Simplement la conviction que le changement était non seulement possible, mais nécessaire.

Alors que nous célébrons l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement qui a

pour but d'arrêter et d'inverser la propagation de la tuberculose, il faut aussi se demander pourquoi cette maladie est devenue la principale maladie infectieuse mortelle. Même si nous nous concentrons sur les vies qui ont été sauvées au cours des 20 dernières années, ne perdons pas de vue et demandons-nous pourquoi 1,5 million de personnes meurent encore de la tuberculose année après année.

Ceci sont les questions auxquelles « le Plan Mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020 : Le changement de paradigme » cherche à répondre. C'est un plan d'action ambitieux qui fournit un modèle, un cadre dans une conduite et une action collective et audacieuse à tenir, pour un changement ambitieux à toutes les strates du monde soignant/soigné. Un groupe de travail d'experts de renommée mondiale et une large communauté de personnes dévouées travaillant sur la tuberculose se sont réunis pour contribuer à l'élaboration de ce plan.

Le Plan mondial 2016-2020 énonce les actions et les ressources nécessaires au cours des cinq prochaines années pour mettre le monde sur le chemin de l'éradication de l'épidémie mondiale de tuberculose d'ici 2030, telle qu'approuvée par les leaders mondiaux dans les Objectifs de Développement Durable récemment adoptés.

Ce plan établit clairement que ce qui est nécessaire pour mettre fin à la tuberculose est un changement de paradigme - un changement dans la façon dont nous luttons contre elle à tous les niveaux, dans chaque communauté, dans chaque établissement de santé et dans

tous les pays. La tuberculose a persisté tout au long de l'histoire parce que ses racines sont profondément entrelacées avec des inégalités économiques et sociales. La tuberculose a toujours été une maladie de la pauvreté, et un test décisif pour notre engagement à l'égalité sociale et la santé pour tous.

D'une certaine manière et fort malheureusement, sa longévité, sa présence tellement ancrée dans le temps a créé un sentiment d'acceptation, comme si la tuberculose est là pour rester, indéfectiblement, fatalement. Le Plan Mondial vise à briser ce statu quo, et fournit un moyen de répondre à ces défis au travers de l'intensification et de l'intégration des soins de la tuberculose dans une approche du système de santé et de la communauté plus large, cela dans le but d'éliminer la pauvreté, et d'ériger des sociétés saines et durables.

Ce Plan Mondial a le potentiel d'atteindre les étapes et les objectifs de la Stratégie, pour peu qu'il soit entièrement financé et mis en œuvre. Établir les objectifs 90-90-90 pour la tuberculose, impose que la communauté internationale se concentre et mette en œuvre des programmes qui mettent les gens au centre de tous les efforts. Cela met les populations clés les plus vulnérables ainsi que les communautés au centre de nos efforts, et positionne le secteur privé comme un partenaire essentiel.

Concrètement, le Plan Mondial veillera à ce que 29 millions de personnes soient traitées, que 10 millions de vies soient sauvées et que 45 millions de personnes ne contractent pas la tuberculose. Le plan va conduire au dévelop-

pement de nouveaux outils nécessaires pour lutter contre la maladie : des diagnostics, des vaccins et des nouveaux médicaments agissant dans un délai plus court pour accélérer les progrès vers un monde sans tuberculose.

Nous soutenons le Plan Mondial et appelons les collègues, les partenaires et toutes les parties

prenantes à travailler ensemble pour engager et financer intégralement le Plan Mondial, et pour atteindre ses objectifs.

Ensemble, nous mettrons fin à la tuberculose de notre vivant!

Dr. Aaron Motsoaledi

Président du Partenariat Halte à

la tuberculose

Conseil de Coordination

et

Ministre de la Santé de la République
d'Afrique du Sud

Dr. Joanne Carter

Vice-président du Partenariat Halte à

la Tuberculose

et

Directeur exécutif, RESULTS and RESULTS
Fonds pour l'éducation



Préface

L'ampleur de la réponse à l'épidémie mondiale de tuberculose exige une action urgente et efficace dès aujourd'hui.

Cette maladie que l'on peut/sait soigner tourmente l'humanité depuis des milliers d'années, au point d'être désormais la maladie infectieuse la plus mortelle sur la planète, avec 4.400 victimes par jour. La tuberculose et le VIH / SIDA sont des « complices », affectant souvent les mêmes personnes, et impactant de façon drastique leur espérance de vie, surtout si la tuberculose est de forme résistante. Les investissements actuels très limités en termes de recherche et de développement dans la lutte contre cette maladie ont fait que l'on utilise désormais sur le terrain, des outils complètement obsolètes et inadéquats pour circonscrire les épidémies. Le taux de déclin de l'incidence de la tuberculose est tellement lent que si la situation actuelle devait se poursuivre, il faudrait jusqu'en 2182 pour atteindre les objectifs d'élimination de la Tuberculose fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé.



Le Partenariat Halte à la tuberculose a été créé en 2000, dans l'idée d'un mouvement mondial pour accélérer l'action sociale et politique afin de stopper la propagation de la tuberculose. Quinze ans après sa création, nous avons le plaisir de vous présenter la quatrième édition - le Plan Mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020 : le changement de paradigme.

Développé au cours d'une période de réflexion de 18 mois, sous la direction d'un groupe de travail composé d'experts de la tuberculose de renom et de partenaires, il a bénéficié des apports d'experts globaux, régionaux et nationaux de la tuberculose et du VIH, à travers quatre consultations régionales et une mondiale en ligne, le plan doit être détenu par chaque partenaire et chaque programme pays.

Il fournit une feuille de route cohérente pour les cinq prochaines années afin de rallier tous les partenaires, mettre en œuvre et élargir des interventions éprouvées, d'accélérer la recherche et le développement, et de permettre

sa mise en œuvre efficace et rapide au niveau des pays pour aller vers la fin de l'épidémie de tuberculose.

Un Plan Mondial entièrement financé permettra à tous les acteurs de pouvoir atteindre les objectifs d'élimination de la Tuberculose approuvés par les ministres de la santé du monde en 2014. Ce n'est qu'à cette condition que nous serons en mesure de nettoyer le monde du fléau de la tuberculose. **Nous pouvons le faire.**

Dr. Paula Fujiwara

Présidente

Groupe de travail du Plan mondial pour éliminer la tuberculose

et

Directrice scientifique, Union internationale
Contre la Tuberculose et les Maladies
Respiratoires

Dr. Lucica Ditiu

Directrice Exécutive

Secrétariat du Partenariat Halte à
la tuberculose



INTRODUCTION



Éliminer la tuberculose : défis et opportunités

Si l'on prend en compte le nombre de personnes qui en meurent chaque année, la tuberculose (TB) est la maladie infectieuse la plus mortelle du monde. Transmise par l'air et ciblant principalement les poumons, cette maladie causée par une infection bactérienne emporte trois vies chaque minute^{1,2}. En 2014, plus de 9 millions de personnes ont contracté la tuberculose et 1.5 millions en sont mortes, faisant de cette dernière la maladie infectieuse la plus meurtrière de la planète³. Dans le monde entier, plus de 2 milliards de personnes sont infectées par le *Mycobacterium tuberculosis* (c'est le nom de la bactérie qui cause la tuberculose) qui contient une souche de la maladie qui doit être supprimée si nous voulons remporter la lutte contre la maladie.

En 2000, l'ONU a établi les Objectifs du Millénaire pour le Développement, s'engageant à endiguer et à inverser la courbe de l'épidémie mondiale de TB avant 2015. Les objectifs ont été remplis, et grâce aux programmes de lutte, pas moins de 43 millions de vies ont été sauvées entre 2000 et 2014.

Il faut cependant noter que les objectifs du Partenariat Halte à la tuberculose (Stop TB Partnership) de diviser par deux avant 2015, tant la fréquence de la maladie que son taux de mortalité, n'ont pas été respectés dans toutes les

régions du monde. Entre 2000 et 2014, l'incidence de tuberculose a chuté de 1,5 % par an⁴ – ce qui représente un taux de diminution lent et inacceptable pour une maladie évitable et guérissable. Des enquêtes récentes montrent que les niveaux de tuberculose dans plusieurs pays au fardeau élevé sont encore plus grands que précédemment évalués.

Plus de 9 millions de personnes contractent la tuberculose chaque année, plus de 3 millions ne sont pas diagnostiquées, traitées, ou officiellement enregistrées par des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Collectivement, ces millions de « manquants » sont un échec de santé publique mondial. Cela s'avère d'autant plus vrai considérant que la tuberculose est aéroportée et que chaque personne non diagnostiquée et non traitée peut infecter plus de 15 individus par an.

Le progrès contre le virus de l'immunodéficience humaine a largement dépassé les efforts globaux consentis pour aborder la tuberculose. En 2014, pour la première fois depuis des décennies, la tuberculose a tué plus de personnes que toute autre maladie infectieuse dans le monde. De plus, la tuberculose continue à être la cause principale de mortalité parmi les individus qui vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine. Elle représente presque un décès sur trois liés au virus de l'immunodéficience humaine. Malgré la collaboration accrue entre la tuberculose et les programmes du virus de l'immunodéficience humaine, malgré les progrès significatifs, particulièrement dans la région africaine, moins

1 Les 10 premières causes de mort. Genève : Organisation Mondiale de la Santé (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>).

2 Interligne de la lutte contre TB. Genève : Partenariat Halte à la TB

3 Le rapport mondial de tuberculose 2015. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2015 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1http://www.who.int/tb/publications/global_report/indicators_global_and_regional_summaries.pdf

4 Ibid.



de la moitié des patients ayant la tuberculose sont testés pour le virus de l'immunodéficience humaine et à peine la moitié de la population dépistée positive à la tuberculose liée au virus de l'immunodéficience humaine reçoit le traitement adéquat.

Quelques pays à revenu moyen ont connu une croissance économique élevée et stable au cours des 15 dernières années. Au demeurant, dans beaucoup de ces pays, la réduction de l'incidence de la tuberculose et de ses ravages est restée, de façon très décevante, trop discrète. La croissance économique n'était pas toujours accompagnée par les investissements intérieurs nécessaires pour le financement des programmes de lutte contre la tuberculose. Si vous ajoutez à cela le soutien financier à l'international poussif, à l'endroit des programmes anti-TB, le résultat est un manque de financement chronique pour la lutte mondiale contre cette maladie. Même avec les efforts actuellement consentis, il manque environ 2 milliards d'USD par an à l'échelle mondiale, sans même parler de la recherche.

La tuberculose pharmaco résistante pose un défi grave et central. Plus d'un demi-million de personnes développent la Tuberculose multi résistante (TB-MR) chaque année. La Tuberculose Ultra résistante (TB-UR), une forme encore plus sévère de la maladie, a été rapportée dans 105 pays. Malgré tous les efforts, trois personnes sur quatre qui ont contracté une tuberculose pharmaco résistante

ne sont pas diagnostiquées de manière précise et moins d'un quart de celles évaluées comme ayant la maladie commencent le traitement chaque année. Tandis que deux nouveaux médicaments prometteurs contre la tuberculose multi résistante prennent leur place dans l'industrie, le traitement actuel complet pour la tuberculose multi résistante est cher, extrêmement toxique et s'étale sur deux ans. De plus, le taux de réussite du traitement parmi les individus ayant contracté la tuberculose pharmaco résistante est de seulement 50%.

À moins que nous ne relevions ce défi maintenant, les décennies de progrès seront perdues et les milliards USD investis dans la lutte contre de la tuberculose l'auront été en vain. Selon la Revue La Résistance Antimicrobienne (AMR), une initiative à laquelle le Premier Ministre britannique David Cameron a donné pouvoir en 2014, la tuberculose pharmaco résistante pourrait emporter 2.5 millions de personnes et coûter à l'économie mondiale 16.7 mille milliards de USD au cours des 35 prochaines années – soit l'équivalent de la production économique annuelle de toute l'Union européenne¹. En plus de ces coûts économiques et humains imposés par la tuberculose pharmaco résistante, sa nature aéroportée fait d'elle une menace crédible à la sécurité de la santé mondiale.

1 Tout le Parti Groupe Parlementaire sur TB Mondial. Le prix d'une pandémie : évaluer le coût de TB-MR; 2015 (<http://www.appg-tb.org.uk/#|publications/cghg>).

La Stratégie « Eliminer la TB »

En 2014, l'Assemblée de Santé Mondiale a unanimement approuvé la Stratégie Eliminer la TB (End TB Strategy), une stratégie étalée sur 20 ans qui a pour but d'«éliminer l'épidémie de tuberculose mondiale»², avec en point de mire, un monde avec «zéro mort, maladie et souffrance imputable à la tuberculose».

2 «La fin de l'épidémie TB» est définie comme une incidence mondiale moyenne de 10/100 000. L'expression «Eliminer la TB» est utilisée partout dans ce document en ce qui concerne cette définition opératoire.

VISION | Un monde sans tuberculose – zéro mort, maladie et souffrance causées par la tuberculose

BUT | Eliminer l'épidémie mondiale de tuberculose

INDICATEURS

ETAPES

OBJECTIFS

	ETAPES		OBJECTIFS	
	2020	2025	GDS 2030	Fin de TB 2035
Réduction du nombre de morts dus à la TB comparé à 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
Réduction de nouveaux cas de TB comparé à 2015 (%)	20% (<85/100 000)	50% (<55/100 000)	80% (<20/100 000)	90% (<10/100 000)
Familles affectées par la TB faisant face aux coûts catastrophiques en raison de la maladie (%)	zero	zero	zero	zero

PRINCIPES

1. Direction et responsabilité gouvernementales avec contrôle et évaluation
2. Coalition Forte entre les organisations de la société civiles et les communautés
3. Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité
4. Adaptation de la stratégie et des objectifs en fonction des pays, avec une collaboration mondiale

PILERS ET COMPOSANTS

1. SOIN INTÉGRÉ, ORIENTÉ VERS LE PATIENT ET LA PRÉVENTION

- A. Diagnostic préventif de la tuberculose incluant le test universel sur la résistance aux médicaments et le dépistage systématique des contacts et des groupes à haut risque
- B. Traitement de toutes les personnes avec la tuberculose incluant la tuberculose pharmaco résistante et l'assistance au patient
- C. Collaboration des services tuberculose/VIH et gestion des comorbidités
- D. Traitement préventif des personnes à risque élevé et vaccination contre la tuberculose

2. POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN

- A. Engagement politique avec des ressources adéquates pour la tuberculose et la prévention
- B. Engagement des communautés, des organisations, de la société civile ainsi que des prestataires public et privé
- C. Politique de couverture maladie-universelle et cadres réglementaires pour les notifications de cas dont l'enregistrement est essentiel ; qualité et utilisation raisonnable de médicaments et contrôle d'infection
- D. Protection Sociale, allègement de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose

3. RECHERCHE ET INNOVATION INTENSIFIÉES

- A. Découverte, développement et assimilation rapides de nouveaux outils, interventions et stratégies
- B. Favoriser la recherche afin d'optimiser sa mise en œuvre et son impact et promouvoir les innovations

La Stratégie Éliminer la TB identifie quatre obstacles à la réalisation de ce progrès dans la lutte contre la tuberculose¹:

1. LES SYSTÈMES DE SANTÉ FAIBLES OU MAL STRUCTURÉS, y compris ceux avec de larges secteurs non gouvernementaux et non réglementés

2. LES DÉTERMINANTS SOUS-JACENTS de la tuberculose tels la pauvreté, la sous-alimentation, la migration et le vieillissement de la population

¹ Uplekar M, Weil D, Lonnroth K, et al. WHO's new End TB Strategy. *Lancet*. 2015;385(9979):1799–801. doi:10.1016/S0140-6736(15)60570-0.

ainsi que les facteurs de risque comme le diabète, la silicose et le tabac

3. LE MANQUE D'OUTILS EFFICACES

4. LES BESOINS DE FINANCEMENT CONTINUÉMENT NON SATISFAITS

Comme indiqué dans l'Image 1, la Stratégie repose sur quatre principes et trois piliers d'action.

La Stratégie a pour but d'aborder ces obstacles en y apportant une réponse forte, systématique, pour en finir avec l'épidémie de tuberculose. Elle doit savoir utiliser l'opportunité offerte par les Objectifs

BOÎTE 1:

les Objectifs de Développement Durable

En septembre 2015, l'Assemblée Générale des Nations Unies a approuvé les Objectifs de Développement Durables (ODDs). Ces objectifs seront le centre de priorités mondiales pour la coopération de développement et pour les 15 prochaines années guideront aussi des priorités nationales dans la plupart des pays. **L'élimination de l'épidémie de la tuberculose avant 2030 est un des buts sous l'Objectif 3**, qui doit « assurer des vies saines et promouvoir le bien-être pour tous et à tous les âges ».

Les ODD seront réalisés seulement si appréhendés ensemble, en comprenant les liens clairs entre les buts. En comprenant comment progresser vers un premier objectif aidera à se rapprocher et à réaliser les autres. Éliminer l'épidémie de tuberculose est étroitement lié à la réalisation d'un certain nombre des ODD, et pas seulement aux efforts consentis dans la lutte directe ; l'élimination de la tuberculose doit être envisagée comme un passage obligé vers un monde tout simplement plus sain et plus juste.

Il y a des liens multiples entre la tuberculose, la pauvreté et la sécurité alimentaire (les Objectifs 1 et 2). La prévention du nombre d'heures de travail perdues en raison de la tuberculose à l'échelle mondiale ajoutera 12 milliards d'USD à la réalisation d'une croissance économique durable et contribuera à l'emploi complet et efficace (l'Objectif 8). L'objectif 17 fait appel au renforcement

de la mobilisation de ressource intérieure, à la découverte de ressources financières supplémentaires (des sources multiples), et aux pays développés afin d'entièrement mettre en œuvre leurs engagements de fournir l'aide au développement officielle (notamment l'engagement de consacrer 0,7 % du revenu national brut –RNB– à l'aide officielle au développement). Au même titre que les économies grandissent, les améliorations des conditions de vie (l'Objectif 11) et le droit équitable au traitement (l'Objectif 16) contribueront au ralentissement de la propagation de la tuberculose. Quand le monde renforce la législation exécutoire pour promouvoir l'égalité des sexes (l'Objectif 5) et réduire les inégalités en éliminant les pratiques discriminatoires (l'Objectif 10), les individus, contraintes par le passé par l'injustice financière, les responsabilités familiales et les barrières culturelles, pourront avoir accès au diagnostic et aux soins plus facilement.



de Développement Durable (ODD), visant à renforcer la couverture-maladie universelle et la protection sociale contre la maladie (voir la Boîte 1: les Objectifs de Développement durable). Comme plus de la moitié de la charge de la tuberculose mondiale et les deux tiers de la charge de la tuberculose multi résistante mondial est supporté par le Groupe Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud (BRICS) et d'autres économies naissantes, l'engagement augmenté et soutenu par les pays du BRICS jouera un rôle central à la réalisation des étapes générales établies par cette Stratégie.

Avant 2020, la Stratégie Eliminer la TB a pour but d'éliminer les coûts catastrophiques associés à la tuberculose, c'est-à-dire ceux liés au traitement ou aux pertes de revenu qui conduisent les individus et les familles dans la pauvreté. Pour arriver à ces fins, le diagnostic et le traitement de la tuberculose devrait être gratuit ou tout du moins à un prix abordable dans tous les pays (éventuellement par l'intermédiaire des systèmes de couverture-maladie universels). Cet accès aux soins doit être combiné avec un accès aux systèmes de protection sociale dans la plupart des pays.

Le Plan Mondial pour Eliminer la Tuberculose 2016-2020

Le Plan Mondial pour Eliminer la Tuberculose 2016-2020 (appeler par la suite, « le Plan Mondial ») est le plan élaboré pour mettre en œuvre les cinq premières années de la Stratégie Eliminer la TB. Il prend pour socle La Stratégie Eliminer la TB et fournit aux pays et décideurs un chemin vers la réalisation des étapes de cette même Stratégie.

Le Plan Mondial présente un moyen de rompre la tendance de déclin très lente actuelle, et un moyen d'impacter fortement l'incidence et la mortalité en direction de l'élimination de la tuberculose. Il fournit un ensemble d'objectifs centrés sur les personnes sur lesquels les pays peuvent s'appuyer afin de guider leur planification et une vue d'ensemble du financement nécessaire pour l'élimination de la maladie.

Le développement du Plan Mondial a nécessité de vastes apports et les contributions de parties prenantes en termes de recherche et de développement, des communautés et de la société civile au même titre que des programmes nationaux de lutte dans un certain nombre de pays. Ces contributions ont significativement décomposé le travail en éclaircissant notamment la composition des formules d'investissement inclus dans le Plan Mondial.

Pour développer le Plan Mondial, le Conseil de Coordination du Partenariat Eliminer la tuberculose a établi un Groupe de travail de 15 personnes,

chacun représentant une zone d'expertise et aussi appelé le groupe de parties prenantes dans la communauté de la tuberculose. Le processus de développement du Plan Mondial a été mené par ce Groupe de travail et a puisé ses informations, ses données via une consultation en ligne de deux mois et de quatre réunions de consultations régionales tenues à Addis Abeba, Bangkok, Buenos Aires et Istanbul. Par le biais de ces consultations, le groupe de travail a rassemblé les rapports des gouvernements, des programmes de tuberculose, des donateurs, des partenaires techniques, d'autres réalisateurs, des prestataires de secteur privé, le secteur d'entreprise, la société civile et les communautés affectées.

Pour éliminer la tuberculose, toutes les parties prenantes devraient s'engager et financer entièrement le Plan Mondial et travailler ensemble pour réaliser ses objectifs.



1.

UN CHANGEMENT DE PARADIGME DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

MESSAGES CLÉS

- ✦ Pour la première fois dans l'histoire, nous avons une stratégie ambitieuse qui a pour but d'éliminer la tuberculose, c'est-à-dire faire chuter le taux d'incidence de la tuberculose à 10 nouvelles personnes sur 100 000, par an.
 - ✦ Pour éliminer la tuberculose, nous devons provoquer un changement de paradigme dans le soin et dans la prévention. Le déclin annuel actuel de 1,5 % dans l'incidence mondiale de la TB est inacceptable et il est envisageable d'accélérer ce déclin à 10 % par an.
 - ✦ Le Plan Mondial présente trois objectifs centrés sur les personnes qui s'appellent les cibles 90-(90)-90 : couvrir 90 % de toutes les personnes qui ont besoin du traitement de la tuberculose, y compris 90 % des gens dans des populations clés et atteindre un niveau d'efficacité du traitement d'au moins 90%.
 - ✦ Le Plan Mondial propose un changement de paradigme dans la façon dont nous nous confrontons avec la tuberculose à l'échelle mondiale, régionale et nationale. Ce changement est nécessaire dans huit larges domaines et il comprend la garantie d'une politique audacieuse de gestion de plus haut niveau ; la mise en œuvre d'une approche de la TB qui est fondée sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes ; maintenir aussi les patients et les communautés affectées par la TB au centre de l'attention.
 - ✦ Pour aider les pays à accomplir les objectifs 90-(90)-90, le Plan Mondial fournit un ensemble de formules d'investissements, adaptés aux profils nationaux différents et conçus pour avoir un maximum d'impact et retour sur l'investissement.
-

La baisse mondiale de la tuberculose a ralenti au cours de la décennie passée et ne chute plus que de 1,5 % par an. Alors, comment réaliserons-nous une baisse annuelle de 10 % de la tuberculose avant 2025 ? Les programmes de la tuberculose, dans beaucoup de pays, sont limités, ils ont de fait un impact modeste. Aujourd'hui les choses sont ainsi faites que les programmes limitent leurs livraisons de traitements et de soins de la tuberculose aux gens qui se présentent aux établissements de santé, au moment critique ou ils ont probablement déjà exposé d'autres à la maladie. Si les programmes pouvaient aussi atteindre (de manière proactive) les personnes ayant potentiellement été exposées à la TB, ils fourniraient le soin et le traitement en amont, et circonscriraient ainsi la transmission.

La Stratégie Eliminer la TB et le Plan Mondial transforment donc une forme de contrôle passif de la maladie, en un renversement agressif de la pandémie, visant son éradication pure et simple. Ce but consiste à réduire la pandé-

mie à une trace négligeable sur le développement économique et humain. Pour réaliser ce changement de paradigme, le Plan Mondial appelle à un changement dans la mentalité, un changement d'ambition, une préoccupation

de tous les instants s'agissant de la réalisation des cibles centrées sur la personne et l'investissement complet dans les piliers de la Stratégie Éliminer la TB.

L'analyse et la modélisation du Plan Mondial indiquent que si les pays étendent les interventions de santé- qui sont presque inexistantes- pour éliminer la tuberculose, il sera possible de réaliser et de tenir les étapes de 2020 et 2025 de la Stratégie.

Les objectifs mondiaux 90-(90)-90 centrés sur les populations

Améliorer la portée et la qualité des interventions médicales actuelles représente un potentiel énorme. Sur plus de 9 millions de personnes évaluées et présentant le risque de tomber malades de la tuberculose chaque année, plus de 3 millions ne sont pas inscrites dans les programmes nationaux de tuberculose et ne peuvent pas recevoir le diagnostic approprié ou le traitement. De ceux qui reçoivent vraiment le traitement de qualité, 86 % se rétablissent correctement. Sur les 9 millions de personnes atteintes, au moins 480 000 personnes développent la tuberculose pharmaco résistante chaque année et moins de 20 % d'entre eux reçoivent le traitement adéquat. En conséquence, environ la moitié seulement d'entre ceux qui contractent la tuberculose, ont la chance d'être guéris.

Les objectifs du Plan Mondial sont conçus pour combler un manque inacceptable dans l'approvisionnement des traitements, du matériel et des soins anti-TB. Ce vers quoi il tend est autant inspiré par les objectifs de traitement de l'ONUSIDA 90-90-90 que par le Communiqué de la 4ème Réunion des Ministres de la Santé BRICS en décembre 2014, qui recommande vivement aux nations BRICS de se fixer et d'atteindre trois objectifs de 90 % couvrant l'ensemble de l'activité en lien avec la tuberculose dans leurs pays avant 2020¹.

¹ Communiqué de la IVe Réunion de Ministres de la Santé BRICS, 2014 (<http://brics.itamaraty.gov.br/category-english/21-documents/242-ivhealth>).

LE PLAN MONDIAL ARTICULE CES 3 OBJECTIFS 90-(90)-90 COMME SUIT:

Atteindre au moins

90%

DES PERSONNES TOUCHÉES PAR LA TUBERCULOSE

et leur fournir, selon leur besoin, des thérapies de première intention, de deuxième intention et préventives

Dans le cadre de cette approche, atteindre au moins

(90)%

DES POPULATIONS CLÉS

les populations les plus vulnérables, mal desservies et à risque.

Atteindre au moins

90%

D'EFFICACITÉ DE TRAITEMENT

pour toutes les personnes diagnostiquées grâce à des services de traitement abordables, une adhésion à des traitements complets et efficaces et à l'aide sociale.

Le modèle d'impact montre que la réalisation des objectifs mentionnés ci-dessus avant 2025 assurera l'éradication de la tuberculose dans les délais prévus.

Le Plan Mondial propose donc que les objectifs 90-(90)-90 soient réalisés dès que possible, idéalement avant 2020 et au plus tard en 2025.

L'OBJECTIF 1 se concentre sur l'approche par et pour l'individu qui a besoin du traitement et lui fournir une thérapie efficace. Ceci exige la détection en avance et le traitement rapide de 90 % des personnes touchées par la tuberculose (incluant tant la tuberculose sensible aux médicaments que la tuberculose pharmaco résistante) et de 90 % des individus nécessitant la thérapie préventive (par exemple ceux vivant avec le VIH/SIDA et ceux en contact rapproché avec les patients). Les pays devraient également fournir une thérapie préventive (la thérapie qui

traite l'infection de la tuberculose avant qu'elle n'évolue en la maladie à proprement parler) aux groupes de personnes supplémentaires basées sur place selon les directives internationales. En améliorant les taux auxquels les personnes sont diagnostiquées et traitées, les pays peuvent drastiquement réduire la propagation de la maladie et son incidence.

L'OBJECTIF 2 est un sous-ensemble de l'Objectif 1 (d'où les parenthèses). Les populations vulnérables, défavorisées et en danger varient selon la situation du pays, mais dans tous les cas ces populations clés sont le plus fréquemment ignorées par les systèmes de santé qui sont souvent incapables de fournir un accès à la Sécurité Sociale digne de ce nom. Les conséquences sont particulièrement dévastatrices à cause de la tuberculose. L'équité et les droits de l'homme exigent un effort de plus pour prendre en compte ces populations. Cibler les



plus vulnérables signifie développer une santé publique efficace et une politique économique saine. Le but de l'Objectif 2 est aussi de fournir le traitement et les soins via des programmes abordables qui soulagent les patients et leurs familles des coûts souvent prohibitifs associés à la tuberculose.

Le chapitre 3 décrit des groupes de populations clés. Le Plan Mondial recommande que chaque programme national de tuberculose travaille avec les communautés affectées par la tuberculose pour définir ses populations clés, planifier et réaliser des services adaptés et mesurer le progrès fait en vue de joindre ces populations.

L'OBJECTIF 3 vise à assurer un traitement de qualité, un support actif et un suivi efficace pour viser un résultat d'au moins 90 % de réussite parmi les personnes diagnostiquées positives – cela inclue le traitement pour la tuberculose sensible aux médicaments, la tuberculose pharmaco résistante, ou la thérapie préventive. Cet objectif est plus ambitieux en ce qui concerne le succès du traitement que les objectifs précédemment établis, comme il couvre 90 % de toutes les personnes diagnostiquées, et non pas seulement celles qui entament le traitement. Actuellement, dans beaucoup de paramètres, un grand nombre de personnes qui sont diagnostiquées avec la tuberculose n'initient pas de traitement et pourraient même ne pas savoir qu'ils sont atteints. Le Plan Mondial conseille vivement aux programmes de tuberculose d'adopter cette nouvelle approche et d'avertir toutes les personnes diagnostiquées avec la tuberculose de leur statut puis d'assurer le traitement complet et adéquat en étant autant responsables de son résultat que de sa diffusion au niveau national.

Mesure des progrès effectués via les objectifs du Plan Mondial

Le Partenariat Halte à la tuberculose mesurera le progrès des objectifs 90-(90)-90, avec les étapes pour la recherche, le développement et

les objectifs de ces financements qui sont exposés dans le Plan Mondial. Des étapes cibles et des indicateurs détaillés de la Stratégie Eliminer la TB sont fournis dans l'Annexe 1¹. Les données devraient être diffusées pour tenir compte du contrôle du progrès parmi les adultes, les enfants, les hommes, les femmes et les populations clés. Le Plan recommande que les objectifs supplémentaires axés sur les processus soient développés afin de suivre à la trace les progrès liés au changement du paradigme décrits dans la section suivante, y compris le nombre de personnes testées pour la tuberculose, ainsi que les systèmes communautaires, les populations clés et le soin du secteur privé.

¹ www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

Le changement de paradigme

Il est important de comprendre les défis auxquels les pays doivent faire face pour accomplir les objectifs. Le Plan Mondial, identifie donc huit changements fondamentaux qui doivent être mis en œuvre dans le cadre du changement de paradigme nécessaire à l'élimination de la tuberculose.

1. UN CHANGEMENT DE MENTALITÉ



Pour éliminer la tuberculose, les gouvernements de pays à forte charge devront être ambitieux, déclarer que la tuberculose n'a aucune place dans l'avenir de leurs sociétés et que le paradigme actuel – gérer la maladie avec des profits croissants modestes – sera remplacé par un effort stimulé et durable pour la faire disparaître. Un progrès aussi spectaculaire que celui préconisé via la Stratégie Éliminer la TB ne peut être matérialisé qu'une fois que la direc-

tion d'un pays aura annoncé à ses citoyens – et sa Sécurité Sociale – que la tuberculose sera combattue dans une campagne à long terme, semblable à celle menée contre le virus de l'immunodéficience humaine ou la poliomyélite et qu'il consacrera les ressources dont le pays a besoin pour l'éliminer. Toutes les parties prenantes doivent adopter une mentalité à l'encontre de la tuberculose qui nous amènera à éliminer la maladie.

2. UNE APPROCHE DE LA TUBERCULOSE BASÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME ET LE GENRE



Une approche de tuberculose basée sur les droits de l'homme est enracinée dans la loi internationale, régionale et nationale. Ces lois établissent des droits, parmi d'autre, à la santé, la non-discrimination, la vie privée, la liberté de mouvement, ainsi que le droit de profiter du progrès scientifique. La loi sur les droits de l'homme établit aussi les obligations légales des gouvernements et des intervenants privés.

Pour mettre en œuvre une approche de la tuberculose basée sur les droits de l'homme, les pays devraient :

- ✦ **INTERDIRE LA DISCRIMINATION CONTRE LES GENS MALADE DE LA TUBERCULOSE.**
- ✦ **AUTORISER LES GENS À CONNAÎTRE LEUR STATUT VIS-À-VIS DE LA TUBERCULOSE** et établir des droits légaux pour l'accès aux tests et au traitement, tout en éliminant les barrières financières et

physiques aux traitements et aux soins.

- ✦ **ASSURER LA PARTICIPATION DES GENS ATTEINTS DE TUBERCULOSE AUX PROCESSUS DE DÉCISIONS DANS LA POLITIQUE DE SANTÉ.**
- ✦ **ÉTABLIR DES MÉCANISMES POUR RESPECTER LES DROITS DES GENS ATTEINTS DE TUBERCULOSE** et assurer leur mise en œuvre.
- ✦ **PROTÉGER LA VIE PRIVÉE DES GENS ATTEINTS DE TUBERCULOSE.**

Une approche de la tuberculose basée sur le genre vise à aborder les problèmes sociales, légales, culturelles et biologiques qui soutiennent l'inégalité de genre et contribuent aux mauvais conditions de santé. Elle encourage les activités et/ou les investissements sensibles au genre pour empêcher les nouveaux cas de tuberculose et renforcer l'égalité devant le droit à la santé

des femmes et des jeunes filles, des hommes et des garçons dans toutes leurs diversités.

Ces protections devraient être incluses dans le droit constitutionnel ou dans la législation. Si ceci n'est pas possible, elles devraient être incorpo-

rées comme des droits légaux dans les politiques nationales et locales sur la tuberculose.

3. UN LEADERSHIP CHANGÉ ET PLUS INCLUSIF



Éliminer la tuberculose exigera la mobilisation d'une large gamme de fonctionnaires - des présidents et des premiers ministres, des membres des parlements, des maires et des administrateurs communautaires - pour travailler avec la société civile et des citoyens individuels dans un effort à long terme afin de diagnostiquer, traiter et endiguer la tuberculose.

Cet effort exigera l'engagement politique et la coordination des plus hautes instances liant

ensemble les ministères gouvernementaux - particulièrement les ministères des finances et du travail - et exigeront des alliances efficaces entre les gouvernements, la société civile, des communautés affectées et le secteur privé pour l'action sur la pauvreté, la protection sociale, la justice et la réforme du travail. En outre, ceci exigera une collaboration Sud - Sud plus forte et un renforcement des capacités des pays, aussi bien que des initiatives régionales stratégiques.

4. COMMUNAUTÉ ET APPROCHE AXÉE SUR LE PATIENT



Les gens atteints de tuberculose et les groupes qui les représentent doivent être au cœur du processus de changement de paradigme. Les communautés affectées doivent être incluses dans chaque prise de décisions, servant dans les conseils des organisations et des institutions qui fournissent les soins, partageant leurs expériences et leurs connaissances dans tous les forums dédiés à la tuberculose comme des partenaires égaux et de valeur. La communauté doit aussi être réapprovisionnée et autorisée à former des comités électoraux, pour choisir ses propres représentants et interagir avec les médias.

Les personnes atteintes de tuberculose et leurs communautés doivent être des partenaires dans la conception et dans la planification de stratégies pour éliminer la tuberculose étant donné leur rôle clé dans son contrôle et son évaluation. Les nouveaux outils, y compris les médias sociaux, les audits et observatoires sociaux ont le potentiel d'être utilisés en parallèle à des outils plus traditionnels pour obtenir des résultats encore plus impactant.

5. DES PROGRAMMES NOVATEURS ÉQUIPÉS POUR ÉLIMINER LA TUBERCULOSE



Le changement de paradigme exige que les programmes de tuberculose soient équipés correctement. Les autorités nationales responsables de la lutte contre la tuberculose doivent être habilitées à entreprendre des changements

politiques si nécessaire, à répartir les ressources en fonction des besoins réels et à mettre en œuvre les activités qui auront un impact. Ces programmes doivent répondre aux besoins des paramètres locaux, identifier les zones prio-



ritaires (à fort taux d'incidence de la TB) qui exigeront des efforts plus intensifs, comme par exemple des zones frappées par un haut niveau de pauvreté.

Les programmes de tuberculose doivent se concentrer non seulement sur l'objectif de « sauver des vies », mais aussi sur celui de « circonscrire la transmission », par une détection de cas en amont et par une prévention accrue, avec une approche mettant au centre de tout le service aux communautés à risque élevé. Les programmes de tuberculose devraient démarrer plus rapidement le traitement et le soin pour la Tuberculose sensible au Médicament

et La tuberculose pharmaco résistante. Cela passe, pour les programmes existants, par une recherche d'approches novatrices dans les soins, les services, embrassant à la fois l'utilisation des médias sociaux et le M-Santé. Des programmes locaux doivent être autorisés pour trouver des nouvelles solutions permettant d'identifier et de traiter des groupes vulnérables. Cela exige une collecte de données de haute qualité, un contrôle en temps réel et une expertise du secteur privé. Les programmes doivent aussi être préparés à diffuser rapidement et efficacement n'importe quels nouveaux médicaments, diagnostics et vaccins qui seront sur le marché avant 2025.

6. DES SYSTÈMES DE SANTÉ INTÉGRÉS, ADAPTÉS ET RÉSILIENTS



Les systèmes de santé Intégrés sont essentiels pour éliminer la tuberculose. La fragmentation et l'isolement des programmes de tuberculose dans les systèmes de santé de pays doivent cesser, tout comme la séparation des programmes abordant les indépendamment les différentes formes de tuberculose ainsi que les co-infections avec des maladies spécifiques. Au lieu de cela, les interventions doivent être intégrées dans une aussi large mesure que possible avec le VIH/SIDA et les programmes de santé maternels et dévolus aux enfants, afin de faciliter la livraison des services médicaux primaires dans un contexte

permettant la mise en place d'une assurance maladie universelle.

Les efforts pour endiguer la tuberculose devraient aussi inclure la tuberculose zoonotique (frappant les bêtes), et adopter l'approche de One Health qui reconnaît que la santé des humains est connectée à celle des animaux et de l'environnement. Il y a un besoin urgent d'augmenter les ressources humaines disponibles pour en finir avec la tuberculose et améliorer la collecte et l'analyse de données afin de mieux informer et de corriger la mise en place du Plan Mondial.

7. NOUVELLE APPROCHE, NOVATRICE ET OPTIMISÉE POUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE LA TUBERCULOSE



Une augmentation durable du financement des programmes anti-TB et de la recherche et du développement soutenue par des investissements concentrés significatifs à l'heure du Plan Mondial, sera exigée pour éliminer la maladie (voir le Chapitre 7 sur les besoins de ressources). Des changements significatifs devront aussi être entérinés, notamment dans la façon dont les fonds seront déployés.

Les programmes de tuberculose doivent parvenir

à optimiser ces budgets accrus et concentrés pour faire ensuite une utilisation optimale des ressources – il faut prioriser les investissements et le croisement de ressources avec d'autres programmes. Des approches de financement novatrices, et une meilleure utilisation de ces dernières, sont l'occasion de frapper plus fort et plus vite la tuberculose. Des approches de financement sur la base de résultats sont déployées dans de nombreux pays et commencent à produire des résultats positifs en fournissant des incitations financières aux prestataires

et des établissements pour les résultats spécifiques obtenus- les programmes de TB doivent promouvoir de telles initiatives.

En outre, les mêmes programmes doivent impliquer le secteur d'activité public et les prestataires de santé de secteur privé comme des

partenaires, pour mieux toucher le consommateur et fournir des modèles d'affaire à caractère social. Comme les initiatives d'assurance maladie sociale et les mécanismes de finance novateurs et mélangés augmentent, les programmes de tuberculose qui doivent s'aligner et les intégrer de façon proactive.

8. INVESTISSEMENT DANS LES ACTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES



Les interventions médicales seules ne seront pas suffisantes pour éliminer la tuberculose. Les actions non-médicales et les investissements dans l'amélioration et l'assainissement des logements, la réduction de la pauvreté et le renforcement des réseaux de sécurité sociaux, vont réduire le nombre de patients et mortalité

due à la tuberculose. La planification et l'investissement dans de telles activités non-médicales ne peut pas attendre, car cela prend normalement plusieurs années pour être mis en œuvre et affecter de manière significative la réalité du terrain.

Les contextes spécifiques aux pays

Le Plan Mondial fournit tout un arsenal d'actions recommandées – « des formules d'investissement » – conçu pour réaliser les objectifs 90-(90)-90. Ces formules d'investissement sont aussi bien adaptées aux caractéristiques locales de l'épidémie de tuberculose, qu'aux contraintes des systèmes de santé et des situations socio-économiques variables d'un pays à un autre.

Les ressemblances existent entre des pays dans une région particulière ou entre des pays possédant des histoires semblables, des conditions socio-économiques ou des contraintes de système de santé apparentés. En conséquence, les pays peuvent être groupés dans des « paramètres » différents¹. Les pays peuvent être associés aux caractéristiques de plusieurs « paramètres » et les provinces d'un pays seul peuvent entrer dans des « paramètres » différents. La méthode pour définir chaque paramètre est décrite dans l'Annexe 2.²

¹ Les paramètres de pays ne doivent pas devenir une alternative aux groupements de santé publique existants, comme les régions de WHO, etc. De même, ils ne sont pas là pour organiser des classifications pour l'allocation du financement ou ce genre de décisions opérationnelles.

² www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

LES PARAMÈTRES DES PAYS (DÉCRITS PLUS EN DÉTAIL DANS LE CHAPITRE 2) SONT DÉFINIS CI-DESSOUS:

- 1 LES PARAMÈTRES DE L'EUROPE DE L'EST ET DE L'ASIE CENTRALE** qui ont une haute proportion de tuberculose pharmaco-résistante et un système de soins de base centré sur l'hospitalisation.
- 2 LES PARAMÈTRES DE L'AFRIQUE DU SUD ET CENTRALE** pour lesquels le virus de l'immunodéficience humaine et l'exploitation des mines sont les vecteurs clés de l'épidémie.
- 3 LES PARAMÈTRES AFRICAINS** avec un virus de l'immunodéficience humaine modéré ou haut et pour lesquels l'exploitation des mines n'a pas d'impact significatif.
- 4 LES PARAMÈTRES AVEC DES SYSTÈMES DE SANTÉ OU PAYS À COURT DE RESSOURCES** avec l'environnement d'opérations très difficiles (COE).
- 5 LES PARAMÈTRES AVEC LA CHARGE DE TB ALLANT DE MODÉRÉ À HAUT** et avec une grande proportion de soins en secteur privé.
- 6 LES PARAMÈTRES DE PAYS À REVENU MOYEN** avec une charge de tuberculose modérée.
- 7 LES PARAMÈTRES DE L'INDE**
- 8 LES PARAMÈTRES DE CHINE**
- 9 LES PARAMÈTRES DES PAYS AVEC UNE BASSE CHARGE DE TUBERCULOSE** au point de l'éliminer.

Formules d'investissement

Les arguments économiques permettant d'éliminer la tuberculose sont favorables. Le traitement est bon marché et très efficace. En moyenne, un traitement efficace peut donner à un individu situé approximativement au milieu de sa vie productive environ 20 ans de vie supplémentaire, ce qui aboutit à des retours substantiels en termes d'économie et de santé³. Le panel de haut niveau pour les Objectifs de Développement Durable de l'ONU a évalué

qu'un investissement de 1\$ dans le soin de la tuberculose rapporte un retour de 30\$⁴. D'autres études mettent le retour à 115 \$ pour chaque dollar investi⁵. Les donateurs et fondateurs de santé favorisent de plus en plus une approche d'investissement concentrée sur des résultats, et des retours sur une approche de financement simple, basée sur des contributions.

3 Vassal A. Journal de perspective sur la tuberculose. Les avantages et les coûts des objectifs de l'éducation pour l'agenda de développement de post-2015. Centre Consensus Copenhague ; 2014 (<http://www.copenhagenconsensus.com/publication/post-2015-consensus-health-perspective-tuberculosis-vassal>).

4 Le Rapport du High Level Panel de Personnes Éminentes sur l'Ordre du jour de Développement post-2015; 2015 (http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf).

5 Goodchild M, Sahu S, Wares F, et al. Une analyse coûts-avantages d'augmenter le contrôle de la tuberculose en Inde. Int J Tuberc Lung Dis. 2011; 15:358-62.

Les formules d'investissement du Plan Mondial proposent des interventions adaptées pour avoir un impact plus grand et fournir un retour maximal sur l'investissement en fonction d'un paramètre en particulier. Les formules d'investissement choisies pour les différents paramètres sont décrites en détail dans le Chapitre 2 et fournies dans l'Annexe 3¹.

¹ www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

BOÎTE 1.1:

l'Afrique du Sud : Le changement de paradigme en pratique

Quelques pays montrent déjà qu'un changement de paradigme est possible. L'Afrique du Sud, le pays avec les taux de tuberculose les plus élevés du monde, s'est embarquée dans une campagne de grande envergure, et s'est donnée quatre ans pour les réduire drastiquement. Le pays a déjà en grande partie intégré les soins relatifs au HIV et TB, cherchant à s'assurer que chaque individu diagnostiqué avec le virus de l'immunodéficience humaine est aussi testé et, si nécessaire traité pour la tuberculose, le tout en utilisant des outils modernes.

La campagne se concentre maintenant sur les plus vulnérables – allant de porte à porte dans six quartiers miniers où les taux de maladie de la tuberculose sont les plus hauts – pour contacter et toucher pas moins de 5 millions de personnes. Dans les années à venir, la campagne s'étendra aux villes supplémentaires et à des provinces à forte charge. La campagne testera au moins 90 % de 150 000 prisonniers que compte le pays.

Cette initiative est le résultat d'une poussée commune du Président de l'Afrique du Sud et de son Ministre de la Santé, avec l'assistance soutenue du parlement national. Leurs efforts donnent un signal fort à tous les leaders locaux pour s'engager dans la lutte.

L'Afrique du Sud, avec son infrastructure et sa capacité de recherche, joue aussi un rôle critique dans la recherche et le développement d'outils nouveaux et efficaces dans la prévention, l'empêchement et le diagnostic de la tuberculose. Les chercheurs sud-africains contribuent massivement aux efforts mondiaux pour développer ces nouveaux outils, de la recherche précoce aux essais cliniques à grande échelle.







2. MODÉLISATION D'IMPACT ET APPROCHE DIFFÉRENCIÉE

MESSAGES CLÉS

- ✦ Les étapes 2020 de la Stratégie Eliminer la TB pour la réduction du nombre de cas et du niveau de mortalité peuvent être atteintes si les pays augmentent agressivement les interventions conformément aux objectifs 90-(90)-90.
 - ✦ Le scénario standard d'investissement du Plan Mondial appelle les pays à agir pour atteindre ces objectifs avant 2025, assurant la prévention de 38 millions de cas et 8.4 millions de décès.
 - ✦ Le scénario d'investissement accéléré du Plan Mondial propose d'atteindre ces buts au plus tôt avant 2020, en évitant 45 millions de cas de TB et en sauvant 9.5 millions de vies. Dans l'un ou dans l'autre de ces scénarii, réaliser les objectifs 90-(90)-90 produirait des bénéfices économiques et sociaux massifs pour les pays affectés par la tuberculose.
 - ✦ Au vu des bénéfices acquis dans le cas d'un accomplissement précoce des objectifs 90-(90)-90, il est impératif que tous les pays les atteignent au plus vite.
 - ✦ Une approche différenciée avec des formules d'investissement adaptées à la situation des différents pays est nécessaire pour intensifier les effets et maximiser l'impact.
-

Le Plan Mondial a modélisé l'impact d'une réalisation des objectifs 90-(90)-90 pour démontrer les effets d'une réponse globale accélérée à l'épidémie de tuberculose.

Les projections sont faites en appliquant le Modèle d'Impact et Evaluation de la Tuberculose (TIME)¹ à neuf pays, un pour chacun des paramètres identifiés dans le Chapitre 1 et avec une extrapolation des résultats pour produire des évaluations globales fiables. Les informations complémentaires quant à la méthodologie sont disponibles dans l'Annexe 2².

Le modèle d'impact n'est pas conçu pour être normative, mais pour montrer plutôt comment une augmentation ambitieuse des interventions déjà existantes peut permettre aux pays de réaliser les objectifs du Plan Mondial et les dérouler des étapes de la Stratégie Eliminer la TB.

¹ Le cadre modelant TIME a été développé par l'École de Londres d'Hygiène et la Médecine tropicale et la Santé Avenir. Il estime des tendances actuelles dans des indicateurs épidémiologiques clés utilisant cubic-splines, une technique largement utilisée pour projeter des tendances en avant dans le temps. La demande du modèle aux évaluations de TB est décrite dans Pretorius C, Glaziou P, Dodd P, et d'autres. L'utilisation du modèle TIME dans le Spectre pour évaluer l'incidence de TB-VIH et la mortalité. SIDA. 2014; 28 (4):S477-87.

² www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

L'impact mondial de l'atteinte des objectifs 90-(90)-90

Le Plan Mondial se concentre sur deux scénario d'investissement : un scénario standard et un scénario accéléré.

Le scénario standard d'investissement a pour but de réaliser les objectifs 90-(90)-90 mondialement avant 2025. Ce scénario atteindrait l'étape Eliminer la tuberculose (Stop TB) pour un déclin de 20 % dans l'incidence tuberculose avant 2020. Comparé au scénario actuel, il éviterait 4 millions de cas de TB supplémentaires et sauverait 830 000 de vies en plus. Comparé à un scénario contrefactuel de soin non-orienté vers la tuberculose, le scénario d'investissement standard du Plan Mondial sauverait 8.4 millions de vies et empêcherait 38 millions de personnes d'en tomber malade.

Le scénario d'investissement accéléré a pour but de réaliser les objectifs au niveau mondial avant 2020. Dans ce scénario, l'impact planifié réaliserait- et excéderait – les étapes de la Stratégie Eliminer la TB. Ceci empêcherait 7 millions personnes supplémentaires de tomber malade et sauverait 1.1 millions de vies supplémentaires au-delà du scénario d'investissement

standard. L'impact total de scénario accéléré, comparé au scénario sans aucun soin, est de 45 millions de personnes non-infectés et 9.5 millions décès éviter.

Le scénario accéléré prend en considération le fait que les pays à forte charge de tuberculose ont des plans stratégiques nationaux spécifiques qui ont pour but de permettre l'accès universel aux soins avec des niveaux de couverture de 90 % avant 2020. Le scénario est aussi inspiré par le but que Groupe Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud (le BRICS) s'est fixé en 2014 : atteindre des niveaux de couverture de 90 % avant 2020.

Comme indiqué dans l'image 2.1 et 2.2, mettre en œuvre le scénario d'investissement standard réaliserait les étapes de la Stratégie Eliminer la TB, à savoir une réduction à 20 % pour l'incidence et à 35 % pour la mortalité avant 2020.

IMAGE 2.1. INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE MONDIALE

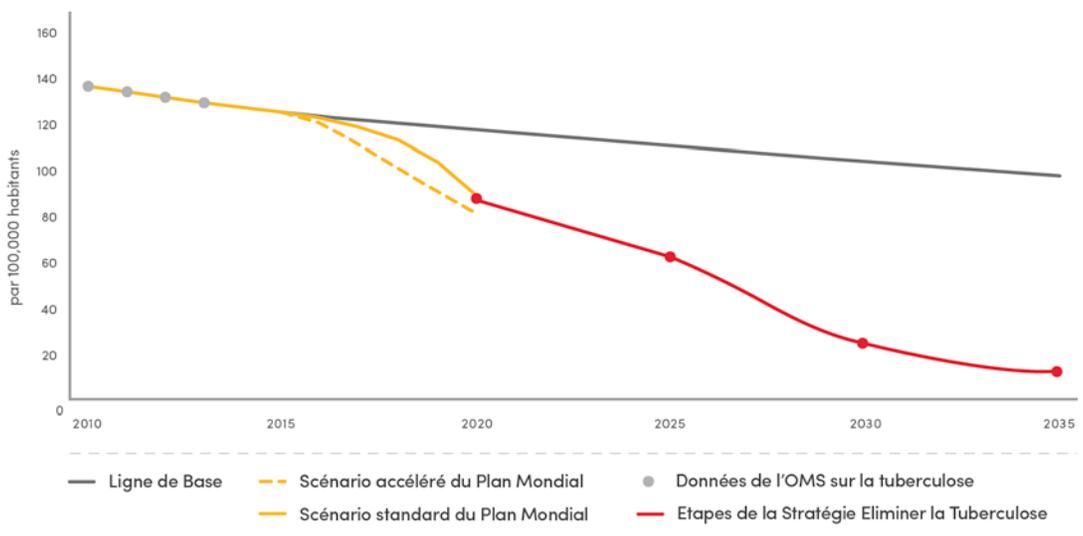
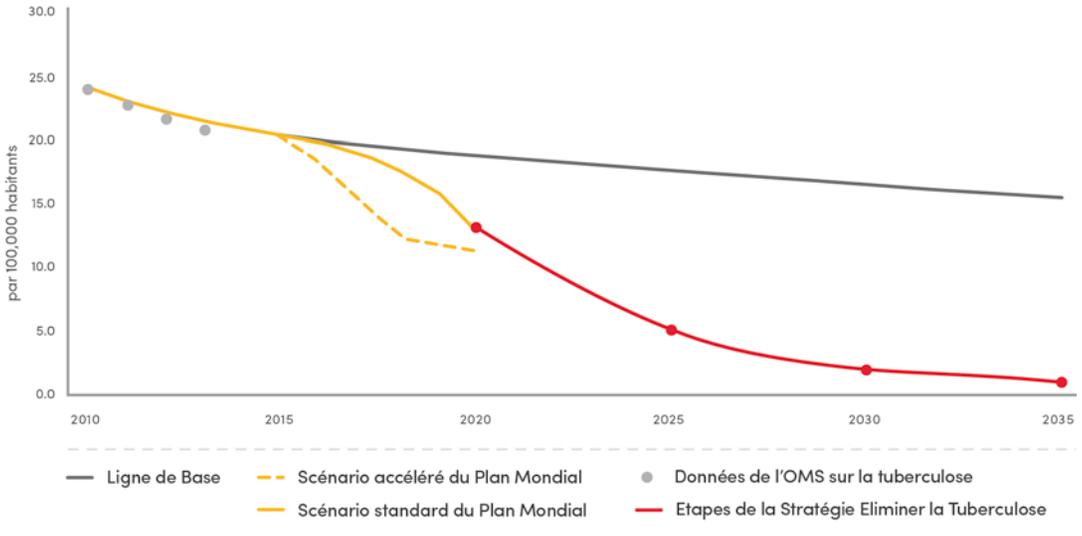


IMAGE 2.2. LA MORTALITÉ DE LA TUBERCULOSE MONDIALE



Étant donné les bénéfices énormes en atteignant les objectifs 90-(90)-90 avant 2020, le Plan Mondial recommande vivement à tous les pays de s'efforcer de mettre en œuvre le plan d'investissement accéléré.

Modélisation de l'impact à l'échelle nationale

La modélisation d'impact détaillée a été effectuée pour neuf pays qui représentent ensemble et statistiquement, la moitié de tous les décès de tuberculose recensés dans le monde. Bien que ces pays ne soient pas explicitement nommés dans le Plan Mondial, chacun d'entre eux représente un ensemble typique de caractéristiques pour un groupe de pays particulier.

Comme indiqué dans l'image 2.3-2.11, l'impact de la réalisation des objectifs 90-(90)-90 est significatif pour tous les pays.

Les graphiques montrent la diminution de l'incidence et de la mortalité réalisables, par l'entremise des plans d'investissement standard et

accélérés du Plan Mondial. Ils montrent aussi clairement l'impact associé au plan d'investissement standard du Plan Mondial avec le plan d'ONUSIDA pour le traitement intensif (en vert).

Pour chacun des paramètres de pays, le Plan Mondial décrit une formule d'investissement qui pourrait être mise en œuvre en vue d'atteindre les objectifs 90-(90)-90 (voir l'Annexe 3). On fournit un résumé de plans nationaux actuels pour les paramètres des différents pays dans l'Annexe 4¹.

¹ www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

Paramètre 1:

les paramètres de l'Europe de l'Est et de l'Asie Centrale ont une haute proportion de la tuberculose pharmaco résistante et un système de soins concentré à l'hôpital

IMAGE 2.3a. PARAMÈTRE 1-INCIDENCE DE LA TB

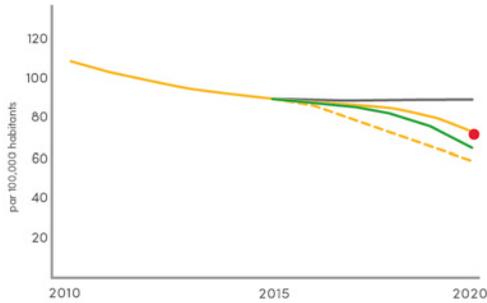
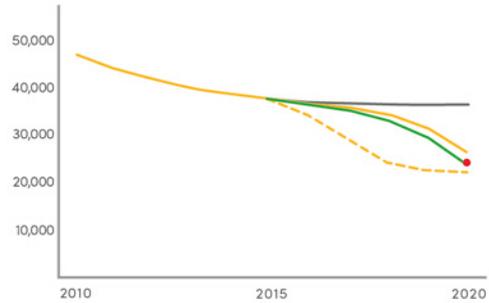


IMAGE 2.3b. PARAMÈTRE 1-MORTALITÉ CAUSÉE PAR LA TB



--- Scénario accéléré du Plan Mondial

--- Scénario standard du Plan Mondial

• Etapes de la Stratégie
Éliminer la TB

--- Ligne de Base

--- Scénario standard & Plan UNAIDS

Comment les pays du Paramètre 1 peuvent-ils atteindre ces objectifs ?

Dans ces pays, l'épidémie implique une proportion très élevée de la tuberculose pharmaco résistante. Traditionnellement, le soin anti-TB centralisé est délivré par des hôpitaux spécialisés, qui reposent fortement sur le soin du malade en hôpital. Ce modèle est cher et n'assure pas les meilleurs résultats pour les gens atteints de tuberculose. En outre, les populations ciblées, comme les prisonniers, les gens qui utilisent les drogues et les migrants, sont les plus vulnérables dans ce paramètre et font souvent face à des difficultés pour accéder aux soins.

LA FORMULE D'INVESTISSEMENT POUR LE PARAMÈTRE 1 MET EN ÉVIDENCE:

- 1 La réforme et la décentralisation du système de santé
- 2 L'utilisation du diagnostic moléculaire rapide pour assurer le premier diagnostic de Tuberculose et de la Tuberculose pharmaco résistante
- 3 L'amélioration de l'adhérence aux traitements et des résultats
- 4 L'amélioration de l'accès aux soins pour les prisonniers, les migrants et les gens qui utilisent des drogues
- 5 La sélection de contacts et la prise de mesures de protection sociale.

Voilà le sens de la réforme de système de santé et du processus de décentralisation qui tend à promouvoir des modèles de soins centrés sur le patient, y compris le traitement ambulatoire et à réduire considérablement le coût de traitement. Tout cela libérera les ressources pour donner la priorité au diagnostic précoce et à un meilleur

traitement. Des mesures de protection sociales, y compris l'assistance nutritionnelle, pourraient en outre améliorer les résultats du traitement et doivent être préconisées. La santé périphérique et les systèmes communautaires exigeront plus d'attention car les fonctions primaires seront décentralisées.

Paramètre 2:

Les paramètres du sud et du centre de l'Afrique où le virus de l'immunodéficience humaine et l'exploitation minière sont les responsables clés de l'épidémie

IMAGE 2.4a. PARAMÈTRE 2-INCIDENCE DE LA TB DUE À LA TUBERCULOSE

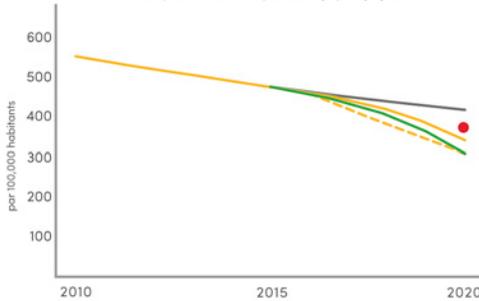
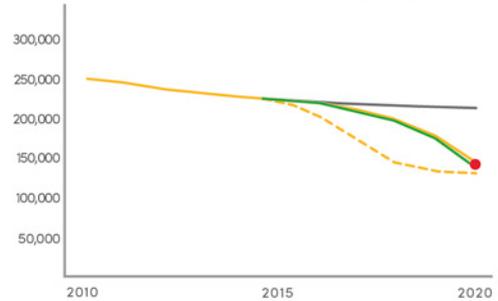


IMAGE 2.4b. PARAMÈTRE 2-MORTALITÉ CAUSÉE PAR LA TB



--- Scénario accéléré du Plan Mondial

--- Scénario standard du Plan Mondial

• Etapes de la Stratégie Eliminer la TB

--- Ligne de Base

--- Scénario standard & Plan UNAIDS

Comment les pays du Paramètre 2 peuvent-ils atteindre ces objectifs ?

L'épidémie de tuberculose dans ces pays est alimentée par l'épidémie de virus de l'immunodéficience humaine, avec un taux situé entre 50 et 80 % des gens atteints de tuberculose vivant aussi avec le VIH. L'industrie minière constitue elle aussi un défi de taille. La silicose directement imputable à l'exploitation minière est un facteur de risque pour la tuberculose et la migration des travailleurs à travers des frontières internationales complique l'accès à des traitements et soins convenables. L'engagement politique est fort, au plus haut niveau des pays de la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC) lorsque l'on évoque la tuberculose dans le contexte de l'exploitation minière. En attendant, des agences multilatérales ont commencé à demander des ressources supplémentaires afin de dépasser la réponse simplement régionale et compléter les efforts individuels des pays en question.



LA FORMULE D'INVESTISSEMENT POUR PARAMÈTRE 2 MET L'ACCENT SUR:

- 1 Fournir des outils de diagnostic pour les gens vivant avec le VIH/SIDA et les communautés minières
- 2 La réalisation d'interventions dans le secteur minier pour réduire la poussière et lutter contre la silicose
- 3 L'augmentation de l'accès aux soins pour les prisonniers, les enfants et d'autres populations clés
- 4 L'augmentation de tests moléculaires rapides à accès universel
- 5 Le renforcement du réseau de laboratoire et du système d'expédition de spécimen
- 6 L'amélioration des résultats du traitement
- 7 Fournir une thérapie antirétrovirale (ART) pour tous les gens séropositifs atteints de tuberculose et une thérapie préventive pour tous les gens séropositifs qui n'ont pas contracté la tuberculose active
- 8 Le renforcement de la santé et des systèmes communautaires
- 9 L'établissement de régimes de traitements uniformes et de systèmes d'information électroniques pour tous les patients à travers la régions et les pays.

Paramètre 3:

Paramètres africains avec virus de l'immunodéficience humaine au niveau moyen ou élevé et pour lesquels l'exploitation minière n'est pas un problème significatif

FIGURE 2.5a. PARAMÈTRE 3-INCIDENCE DE LA TB

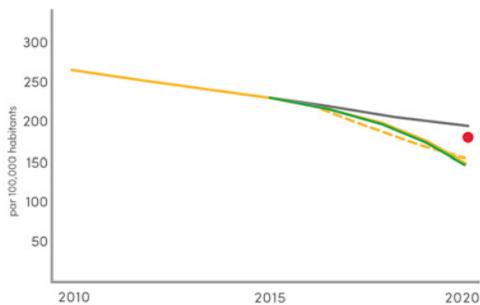
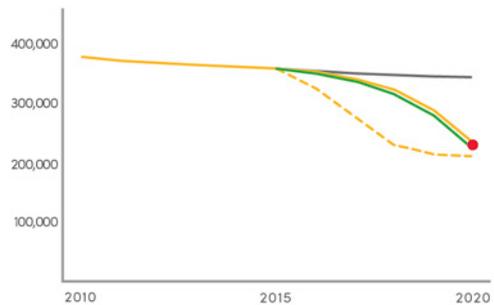


FIGURE 2.5b. PARAMÈTRE 3-MORTALITÉ CAUSÉE PAR LA TB



--- Scénario accéléré du Plan Mondial

— Scénario standard du Plan Mondial

• Etapes de la Stratégie
Éliminer la TB

— Ligne de Base

— Scénario standard & Plan UNAIDS

Comment les pays du Paramètre 3 peuvent-ils atteindre ces objectifs?

A l'instar du Paramètre 2, le virus de l'immunodéficience humaine alimente l'épidémie de tuberculose dans ces pays, mais les activités minières ont un impact comparativement mineur dans la situation.

LA FORMULE D'INVESTISSEMENT POUR LE PARAMÈTRE 3 MET L'ACCENT SUR:

- 1** Fournir des soins intégrés pour la tuberculose et le virus de l'immunodéficience humaine
- 2** Mise en évidence de la présence de la tuberculose et de la TB pharmaco résistante pour les gens vivant avec le VIH/SIDA en utilisant les diagnostics moléculaires rapides
- 3** Améliorer et multiplier les tests pour savoir comment répondre : thérapie antirétrovirale (ART), thérapie d'assurance maladie préventive, etc.
- 4** Soutien aux systèmes communautaires pour les soins contre la tuberculose et le virus de l'immunodéficience humaine
- 5** Amélioration de l'accès aux soins pour les populations clés dans des zones isolées
- 6** Etablissement de systèmes de transport des échantillons et modélisation novatrice de livraison des soins/traitements pour atteindre les groupes défavorisés.

Paramètre 4:

Paramètres avec systèmes de santé dépourvus sévèrement des ressources nécessaires ou paramètres de pays avec des environnements d'exploitation difficiles (COE)

FIGURE 2.6a. PARAMÈTRE 4-INCIDENCE DE LA TB

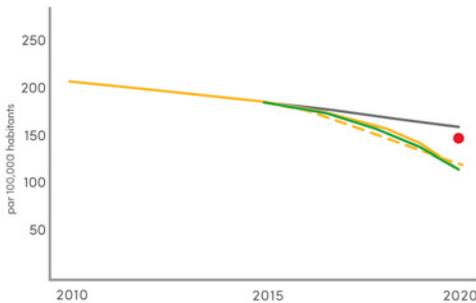
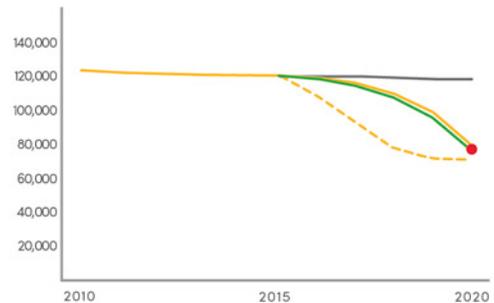


FIGURE 2.6b. PARAMÈTRE 4-MORTALITÉ CAUSÉE PAR LA TB



--- Scénario accéléré du Plan Mondial

— Ligne de Base

— Scénario standard du Plan Mondial

— Scénario standard & Plan UNAIDS

• Etapes de la Stratégie Eliminer la TB



Comment les pays du Paramètre 4 peuvent-ils atteindre ces objectifs?

Ces pays font face aux conflits actuels qui ont sévèrement affaibli le système de services médicaux et qui posent des barrières de sécurité concernant le soin de la tuberculose. Bien qu'il ne soit que difficilement imaginable d'avoir une croissance rapide dans ces pays au cours des prochaines années, il est possible d'avoir un impact par le biais d'actions ciblées.

LA FORMULE D'INVESTISSEMENT POUR LE PARAMÈTRE 4 MET L'ACCENT SUR :

- 1** Renforcer les accès aux soins actuels
- 2** Améliorer l'accès aux réfugiés, aux populations déplacées à l'intérieur de pays et aux gens en détention
- 3** Fournir des formules de soin novatrices et flexibles pour joindre les groupes de population sans accès au système de santé.

Paramètre 5: des paramètres avec forte charge de tuberculose ou moyen et avec une grande implication des soins privés dans le secteur.

FIGURE 2.7a. PARAMÈTRE 5-INCIDENCE DE LA TB

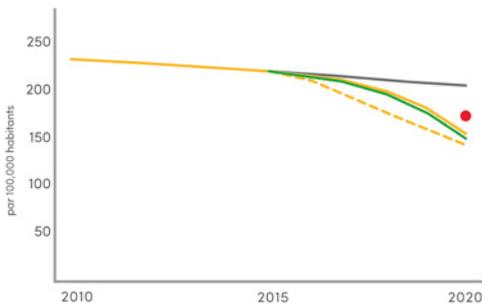
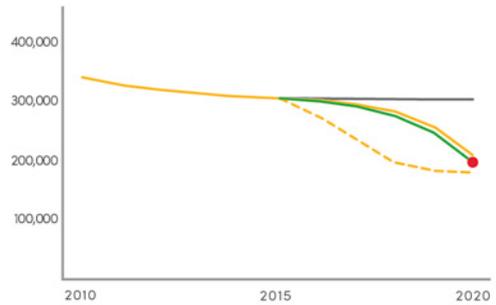


FIGURE 2.7b. PARAMÈTRE 5-MORTALITÉ CAUSÉE PAR LA TB



--- Scénario accéléré du Plan Mondial
— Ligne de Base

— Scénario standard du Plan Mondial
— Scénario standard & Plan UNAIDS

• Etapes de la Stratégie Eliminer la TB

Comment les pays du Paramètre 5 peuvent-ils réaliser les objectifs ?

Ceux-ci sont des pays d'Asie principalement avec une forte charge de tuberculose, où les gens avec la tuberculose sont principalement soignés par des prestataires privés. Ces pays ont aussi des hôpitaux publics, mais dans la plupart des cas, ces derniers ne sont pas liés avec le programme de tuberculose national ou du système de sensibilisation.

Par conséquent, beaucoup de personnes soignées sont diagnostiquées et traitées dans le système de services médicaux privé, relativement difficile à évaluer en termes de qualité du soin. Quelques personnes finissent malgré tout dans le système de santé publique, mais elles ne rencontrent que des options de traitement limitées (par exemple aucun traitement basé sur la détection en amont) et des frais supplémentaires.

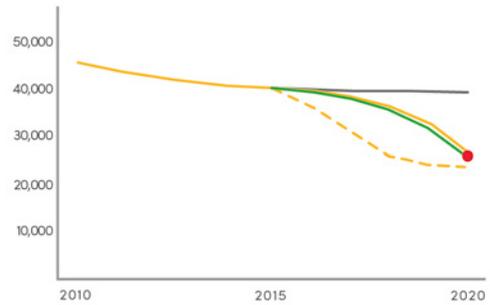
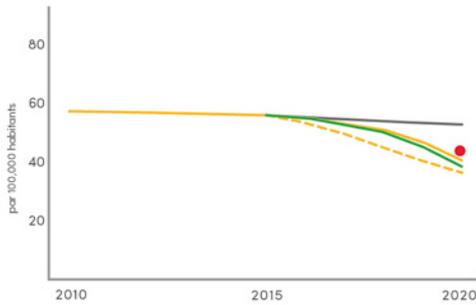
Tandis que les références du secteur privé au secteur public fonctionnent bon an mal an, un progrès significatif peut être effectué en établissant des modèles économiques qui amélioreront le soin dans le secteur de la santé privé, développeront des systèmes conviviaux pour la prévention et la sensibilisation à la tuberculose, le tout en accordant une attention toute particulière aux frais et donc aux coûts.

LA FORMULE D'INVESTISSEMENT POUR LE PARAMÈTRE 5 SUPPOSE :

- 1 La direction du système de santé privé et des hôpitaux, y compris la cartographie des prestataires de soin ; l'amélioration de la qualité des soins dans le secteur privé de la santé ; la mise en œuvre de modèles économiques améliorant la qualité des soins, la sensibilisation du public et en définissant les responsabilités de santé publique ; le contrôle rigoureux des frais via un système de bons ou de transferts liquides répertoriés
- 2 Accroître la capacité d'analyse des laboratoires de santé, particulièrement pour des tests moléculaires rapides, la radiographie et les tests de sensibilité aux médicaments (DST), qui facilitera l'engagement du système de santé privé
- 3 Améliorer l'accès pour les populations urbaines pauvres aussi bien que pour les autres populations clés qui supportent une charge élevée de la tuberculose et qui se confrontent à d'autant plus de difficultés pour ce qui est de l'accès aux soins.
- 4 Augmenter l'assurance maladie dans le cadre de l'assurance maladie universelle pour faciliter l'accès aux soins et éliminer les coûts catastrophiques pour les personnes atteintes de tuberculose.

Paramètre 6: paramètres de pays à revenu intermédiaire avec un fardeau de tuberculose moyen

FIGURE 2.8a. PARAMÈTRE 6 – INCIDENCE DE LA TB FIGURE 2.8b. PARAMÈTRE 6 – MORTALITÉ PAR LA TB



--- Scénario accéléré du Plan Mondial
 — Scénario standard du Plan Mondial
 • Etapes de la Stratégie Eliminer la TB
— Ligne de Base
 — Scénario standard & Plan UNAIDS

Comment les pays du Paramètre 6 peuvent-ils réaliser les objectifs ?

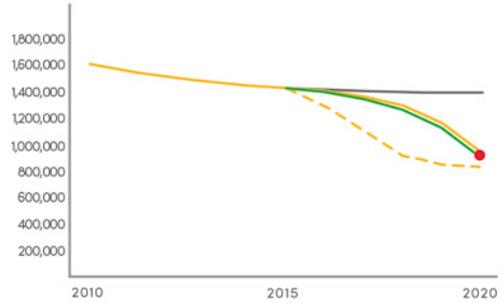
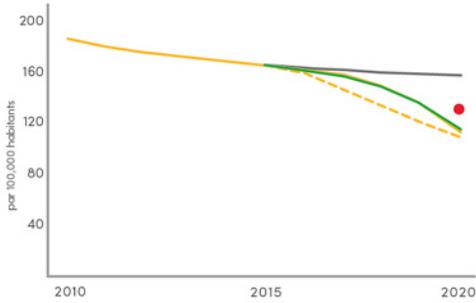
Ces pays, principalement de l'Asie et d'Amérique latine ont des niveaux moyens de tuberculose et les ressources auxquelles la plupart de l'investissement s'adresse, ont besoin d'être revue à la hausse. Bien que ces pays aient des plans sociaux de support qui sont concentrés sur des groupes faibles et marginalisés, ces populations clés continuent à se heurter à des barrières dans l'accès aux services médicaux, ce qui peut mener à un diagnostic retardé et aboutir à des dépenses catastrophiques pour des individus et des familles. Ces pays ont habituellement des plans sociaux qui sont concentrés sur les pauvres et les marginalisés, qui sont des groupes de population qui doivent être explorés.

LA FORMULE D'INVESTISSEMENT POUR PARAMÈTRE 6 MET L'ACCENT SUR :

- 1** L'augmentation rapide du diagnostic de tuberculose et le traitement pour réaliser l'accès universel
- 3** L'investissement dans le support social et la coordination avec le secteur social pour connecter les gens souffrant de tuberculose et leurs familles aux plans de protection sociale
- 2** La concentration sur des groupes de populations clés, y compris l'aide social ciblée pour détecter la tuberculose en amont et fournir le traitement efficace

Paramètre 7: le paramètre de l'Inde

FIGURE 2.9a. PARAMÈTRE 7 – INCIDENCE DE LA TB FIGURE 2.9b. PARAMÈTRE 7 – MORTALITÉ PAR LA TB



--- Scénario accéléré du Plan Mondial
 — Scénario standard du Plan Mondial
 • Etapes de la Stratégie Eliminer la TB
— Ligne de Base
 — Scénario standard & Plan UNAIDS

How can India achieve the targets?

En Inde, une personne sur quatre vit avec la tuberculose, le plus grand programme de contrôle de tuberculose au monde y a été mis en place et le pays doit être considéré comme un paramètre à lui tout seul et à part entière. En synthèse, l'on peut dire qu'une partie de la réussite du plan mondial d'éradication de la TB repose sur son élimination en Inde. Le secteur privé est traditionnellement le premier point de contact pour les gens cherchant des services médicaux dans ce pays. Cependant, les patients alternent fréquemment entre le secteur public et le secteur privé. En conséquence, l'Inde doit investir dans l'infrastructure de santé publique et améliorer la qualité de services dans les secteurs publics et privés à la fois pour le bien-être de sa population.

Plusieurs innovations révolutionnaires et des études de recherche conduites en Inde ont permis de donner forme à la réponse mondiale à la tuberculose. Cependant, étant donné sa croissance économique forte, le pays devrait envisager d'investir plus de ressources dans le secteur de la santé publique. Selon les données de la Banque Mondiale, en 2013 l'Inde a dépensé 1,3 % de son PIB (produit intérieur brut) dans le secteur de la santé publique ; en comparaison, le Brésil a dépensé 4,7 %, la Chine 3,1 % et l'Afrique du Sud 4,3 %¹.

L'impact de la tuberculose varie grandement dans le pays, affectant sévèrement et d'une façon disproportionnée les populations les plus pauvres (dans le milieu urbain principalement) et certains groupes de population, comme des peuples indigènes/tribaux. Appréhender la situation globalement exige une approche différenciée à travers les états, les concentrations urbaines et/ou rurales et les populations clés.

Bien que le pays ait réalisé les objectifs d'OMD (MDGs), le taux du déclin de l'incidence de la TB reste famélique et le pays va très peu progresser dans son combat contre la maladie, à moins qu'il n'y ait un sursaut, une augmentation significative des formules d'investissement anti-TB.

¹ World Development Index, base de données en ligne. Washington, DC: The World Bank; 2013 (<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>).



LA FORMULE D'INVESTISSEMENT POUR LE PARAMÈTRE 7 MET EN ÉVIDENCE :

- 1 L'augmentation du financement interne pour la tuberculose
- 2 Le fait de profiter de la technologie moderne pour améliorer les secteurs de programmes publics financés
- 3 La réforme et la modernisation du soin de la tuberculose dans le secteur public
- 4 L'amélioration de la qualité des soins dans le secteur privé
- 5 L'augmentation des modèles spéciaux de soin pour les résidents pauvres des grandes villes
- 6 L'augmentation de l'accès aux soins pour les populations tribales et isolées
- 7 Atteindre les PVVIH/SIDA (Personnes vivant avec VIH/SIDA), peuples indigènes/tribaux et d'autres groupes vulnérables
- 8 Le renforcement des systèmes communautaires pour améliorer l'accès et des campagnes de dépistage exécutées plus régulièrement
- 9 L'augmentation des tests moléculaires rapides et DST (test de sensibilité au médicament) vers l'accès universel
- 10 L'amélioration de l'utilisation de la radiographie comme outil de diagnostic
- 11 Établir de modèles basés sur l'Internet, portable, accompagner de centres d'appels pour notifier et incorporer de l'information technologique dans les fonctions clés du programme
- 12 L'élimination des coûts catastrophiques pour les personnes, en utilisant les transferts liquides, l'assurance et la protection sociale
- 13 Faire face aux facteurs de risque, comme le virus de l'immunodéficience humaine, la malnutrition, le tabac et le diabète

Paramètre 8: Paramètre de la Chine

FIGURE 2.10a. PARAMÈTRE 8 – INCIDENCE DE LA TB

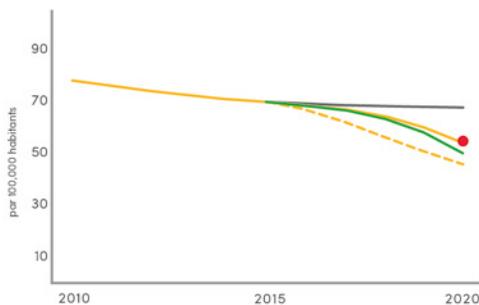
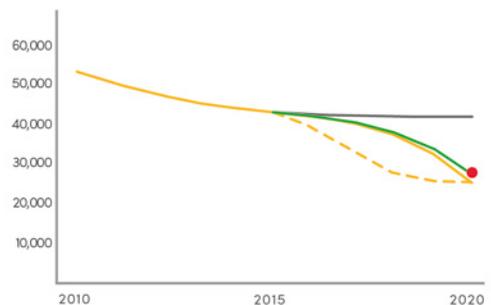


FIGURE 2.10b. PARAMÈTRE 8 – MORTALITÉ PAR LA TB



--- Scénario accéléré du Plan Mondial
— Ligne de Base

— Scénario standard du Plan Mondial
— Scénario standard & Plan UNAIDS

• Etapes de la Stratégie Eliminer la TB

La formule d'investissement pour le Paramètre 8 signale :

Étant un pays à forte charge possédant des ressources internes et la capacité pour se confronter à l'épidémie, la Chine doit être prise en considération séparément. Presque tout le financement de la tuberculose en Chine est d'origine interne. Le pays a conduit plusieurs enquêtes de fréquence qui démontrent les niveaux en déclin de la tuberculose. Ce déclin a été principalement attribué aux hauts niveaux de détection des cas et au succès du traitement, mais également au développement socio-économique rapide. La mise en réseau des hôpitaux au système de santé publique via des systèmes de notification électroniques, couplés avec la bonne gouvernance, a massivement augmenté les campagnes de sensibilisation à la tuberculose.

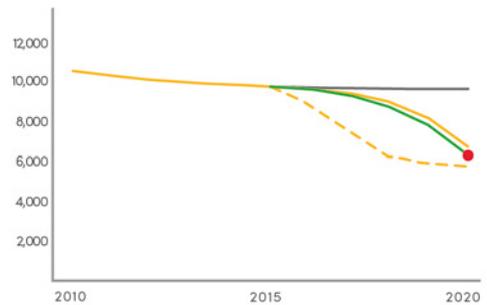
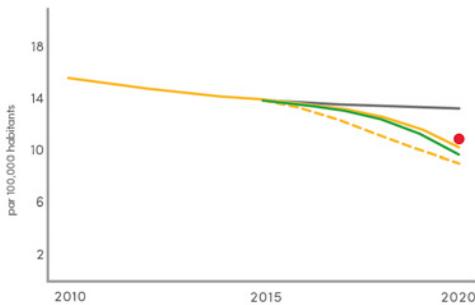
En bref, tandis que la Chine semble enregistrer de hauts niveaux d'assurance-maladie, le diagnostic et le soin de qualité sont parfois hors de portée pour les pauvres et d'autres populations marginales en raison des redevances que doit supporter l'utilisateur et plus d'autres coûts liés à l'accès au soin et complètement prohibitifs.

LA FORMULE D'INVESTISSEMENT POUR LE PARAMÈTRE 8 SIGNALE :

- 1** Continuer à améliorer la détection de cas de tuberculose et le succès du traitement pour rapidement atteindre l'assurance maladie universelle
- 2** Intervenir sur une plus grande échelle de soin pour la tuberculose pharmaco-résistante et de manière plus rapide
- 3** Augmenter rapidement les tests moléculaires automatisés
- 4** Assurer un développement socio-économique ouvert

Paramètre 9: Paramètres de pays à faible charge de Tuberculose et proche de l'élimination

FIGURE 2.11a. PARAMÈTRE 9 – INCIDENCE DE LA TB FIGURE 2.11b. PARAMÈTRE 9 – MORTALITÉ PAR LA TB



- Scénario accéléré du Plan Mondial
- Scénario standard du Plan Mondial
- Etapes de la Stratégie Eliminer la TB
- Ligne de Base
- Scénario standard & Plan UNAIDS



Comment les pays dans le Paramètre 9 peuvent-ils réaliser les objectifs ?

Ce sont des pays à faible charge et à haut revenu qui ont déjà atteint ou sont près d'atteindre une incidence de 10 pour 100 000 personnes- qui est le but de la Stratégie Eliminer la TB. Dans ces pays, la tuberculose est concentrée chez les personnes les plus vulnérables, comme les migrants, les pauvres et d'autres groupes marginalisés. Le coût unitaire de la gestion de cas de TB est haut, mais ces pays ont la capacité de la financer de façon adéquate.

LA FORMULE D'INVESTISSEMENT POUR LE PARAMÈTRE 9 EST AXÉ SUR :

- 1 Les zones prioritaires – des endroits où il y a des grandes concentrations de tuberculose
- 2 Établir des programmes de dépistage pour les populations clés
- 3 Fournir le traitement pour une infection par la tuberculose possible

De la modélisation de l'impact aux plans nationaux

Le Plan Mondial a pour but d'inspirer des pays afin qu'ils développent et accroissent leur propre ensemble d'interventions et réalisent les objectifs 90-(90)-90 ainsi que les étapes pour éliminer la tuberculose.

Les pays sont donc encouragés à mettre à jour ou à développer leurs plans stratégiques nationaux en utilisant les modèles d'impact et l'assistance technique disponible de sources internes et internationales. Dans le cadre de cette planification, il est recommandé de dépasser les plans au niveau national pour parvenir à joindre les populations ciblées et les zones prioritaires, particulièrement dans les pays possédant une grande superficie.

Comme la modélisation du Plan le démontre, **l'investissement en amont mènera à l'accomplissement plus rapide des objectifs 90-(90)-90, aboutissant à plus de vies sauvées et des réductions des coûts à long terme (voir le Chapitre 7 sur le retour des investissements). Donc, les pays qui en ont la capacité sont encouragés à concentrer leurs investissements pour atteindre les objectifs 90-(90)-90 avant 2020.**

Les limitations de la modélisation

Tandis que la modélisation d'impact utilisée pour le Plan Mondial montre l'impact épidémiologique qu'aurait l'amélioration de la détection des cas tuberculose et des résultats de traitement, il ne modèle cependant pas l'impact d'interventions spécifiques. En outre, la méthodologie de la modélisation est concentrée sur l'impact pendant la période de Plan Mondial et sa capacité à extrapoler sur une période plus longue en est donc fortement réduite.

Le Plan recommande que la communauté de la tuberculose mondiale investisse dans la collecte de données et des méthodes de bonne modélisation pour que les zones non couvertes par le Plan puissent être explorées à mesure que les pays développent leurs stratégies.

Par exemple, les données rassemblées au niveau local, sur la taille et la fréquence de tuberculose des populations clés permettront la modélisation spécifique au pays sur les interventions prioritaires qui sont nécessaires pour améliorer la détection de cas et des résultats du traitement pour atteindre les objectifs 90-(90)-90. Ceci aidera les autres pays à choisir des modalités d'interventions à fort impact avec une allocation de ressource optimisée. Les grands pays sont aussi encouragés à entreprendre des analyses quantitatives sous-nationales pour identifier les différentes interventions qui doivent être développées dans les différentes zones du pays et parmi les sous-populations spécifiques - tant pour l'impact global du plan que pour l'équité des personnes.

Recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle et la collecte de données jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre efficace de nouveaux outils, plus actuels, adaptant des directives internationales dans des politiques nationales pratiques et contrôlant les progrès effectués pour tendre vers les objectifs. La recherche opérationnelle est également nécessaire pour peaufiner la manière dont les outils et les interventions sont utilisés dans des paramètres différents et parmi des groupes de population variables.

Les partenaires dans la lutte contre la tuberculose devraient s'investir pour l'amélioration continue des outils habituellement utilisés afin de lutter contre la TB. Les contraintes et les défis de la mise en œuvre efficace des moyens doivent être convertis en thème de recherche que seule la recherche opérationnelle pourra étudier et résoudre. Étant donné le besoin de progrès rapide, il est important que la recherche opérationnelle soit effectuée rapidement, de manière à ne pas entraver l'action d'envergure ou les changements de politique.

La recherche opérationnelle n'a généralement pas besoin de ressources très substantielles comparée à d'autres types de recherche (par

exemple : pour des nouveaux outils), mais ses résultats sont importants parce qu'ils créent la base concrète en vue d'améliorer les politiques et d'allouer les ressources de façon optimale. Tandis que les recherches quantitatives et qualitatives spécifiques sont exigées dans la tuberculose, le Plan Mondial encourage fortement les pays et les partenaires à considérer l'opportunité de tisser des passerelles vers une recherche intégrée avec d'autres programmes de maladie et dans un contexte de systèmes de santé et de recherche institutionnelle et d'autres déterminants sociaux, plus larges. Les pays sont encouragés à investir dans la recherche opérationnelle pertinente, à construire la capacité et les qualifications du personnel et à établir activement un partenariat avec les institutions nationales universitaires ou de recherche. La collaboration Sud-Sud entre les pays de fardeau élevé a aussi un grand potentiel pour une telle recherche, un exemple étant l'initiative du Groupe Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud (BRICS) sur la recherche. Le coût de la recherche opérationnelle est abordé dans le Chapitre 7.



3. ATTEINDRE LES POPULATIONS CLÉS



MESSAGES CLÉS

- ✦ Atteindre des populations clés sera essentiel pour éliminer la TB. Au-delà de l'épidémiologie, la perspective d'une plus grande équité et d'un plus grand respect des droits de l'homme est impérative. Pour ce faire, il faut que nous nous efforcions de protéger les gens qui font partie des populations clés, de leur fournir les soins nécessaires, et de les impliquer comme des parties prenantes essentielles dans la lutte contre la maladie.
 - ✦ Le Plan Mondial définit « les populations clés » comme les gens qui sont vulnérables, défavorisés ou en danger d'infection par la TB ou développement de la maladie.
 - ✦ Les populations clés varient en fonction des pays et incluent les gens plus exposés à la tuberculose en raison du lieu où ils vivent et/ou travaillent, les gens avec un accès limité à des services de santé de qualité et les populations dites à risque, en raison de facteurs biologiques ou comportementaux.
 - ✦ Le Plan Mondial recommande aux pays d'atteindre une cible opérationnelle d'au moins 90 % des gens parmi les populations clés - par un accès aux services amélioré, par le dépistage systématique lorsque nécessaire et par la mise en place de nouvelles méthodes pour dépister les cas - et de fournir un traitement efficace et abordable à toutes les personnes le nécessitant.
 - ✦ Les pays sont encouragés à identifier les populations clés au niveau national et sous-national en fonction de l'évaluation des risques auxquels elles sont exposées, leurs tailles, les barrières spécifiques dans l'accès aux soins auxquelles elles sont confrontées et des défis liés au sexe. Les pays sont aussi encouragés à rapporter les progrès effectués dans la lutte contre la tuberculose en ventilant notamment les données à travers les populations clés.
 - ✦ Atteindre les populations clés exigera une assistance accrue auprès des patients, un partenariat plus actif avec ces dernières s'agissant des services et des soins fournis, le tout dans des environnements plus sûrs.
-

Contracter l'infection et tomber malade de la tuberculose dépend de tout un ensemble de facteurs, dont les conditions de vie et de logement, les contacts possibles avec d'autres personnes atteintes de tuberculose, les revenus, l'alimentation et l'état de santé antérieure. En outre, le développement et la progression de la tuberculose sont étroitement liés à plusieurs autres facteurs de risque ; les maladies comme le diabète et le virus de l'immunodéficience humaine sont un facteur augmentant le risque par exemple. Il y a d'autres associations semblables connues, notamment avec la poussière de silice, la fumée intérieure, le tabac et la consommation d'alcool et, le facteur de risque peut-être le plus répandu, la malnutrition ou la sous-alimentation.



Beaucoup d'individus sont vulnérables à cause de leurs milieux de vie et du métier qu'ils exercent. Ils peuvent aussi être vulnérables en raison de la stigmatisation, de la discrimination et de la criminalisation de certains groupes de personnes, par exemple, les gens vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine, les personnes homosexuelles, bisexuelles, ou transsexuelles, ou les gens qui s'injectent des drogues.

Toutes ensemble, les personnes vulnérables, défavorisées ou particulièrement exposées sont mentionnées dans le Plan Mondial comme des « populations clés ».

Les pays sont encouragés à faire un rapport sur les progrès effectués contre la tuberculose avec des données qui sont démontrées et vérifiables auprès de chaque population clé. Des partenaires techniques sont encouragés à fournir des cadres nationaux avec en priorité, outre l'action bien entendu, le contrôle des progrès par le biais de l'amélioration de l'accès aux services de soins anti-TB pour les populations clé.

Dans un certain nombre de pays, atteindre les populations clés sera essentiel pour pouvoir éliminer la tuberculose. Cependant, le caractère crucial que revêt l'idée d'atteindre ces groupes dépasse les simples raisons épidémiologiques ; c'est un impératif de droits de l'homme et d'équité.

Il est inacceptable que quasiment la moitié des 7 milliards de personnes peuplant le monde ne puissent se payer ou simplement avoir accès à des services médicaux de qualité, vivent dans des environnements insalubres, ou souffrent de sous-alimentation. Nous avons une responsabi-

lité collective de protéger ces personnes contre la tuberculose, leur fournir un remède et les impliquer comme des parties prenantes essentielles dans la lutte contre la maladie.

Joindre les populations clés exigera un meilleur fonctionnement des services de santé, une assistance prolongée pour les patients, des informations de qualité et un accès aux soins contre la TB dans des environnements sécurisés, sans stigmatisation ni discrimination. Les groupes de population clés eux-mêmes peuvent fournir ou gérer nombre de ces services. Pour que ceci soit réalisable, la politique juste et les cadres législatifs adaptés doivent être mis en place et soutenus par un financement adéquat.

Le Plan Mondial recommande que les pays fixent un objectif opérationnel visant à atteindre au moins 90 % de ceux qu'ils définiraient comme des populations clés – par l'accès aux services, la détection¹ systématique, lorsque nécessaire, et des méthodes actives, nouvelles, et novatrices pour dépister les cas – et à fournir un traitement efficace et abordable à toutes les personnes le nécessitant.

Quelques exemples d'interventions réussies ayant été mises en œuvre pour atteindre des populations clés peuvent être trouvés dans un abrégé d'études de cas du programme TB Reach du Partenariat Halte à la tuberculose (Stop TB).²

1 Pour des conseils, voir WHO, des directives sur la sélection systématique de la tuberculose active à : <http://www.who.int/tb/tbscreening/en/>

2 Stop TB Partnership. Improving tuberculosis case detection: A compendium of TB REACH case studies, lessons learnt and a monitoring and evaluation framework; 2014.

Groupes de populations clés

Dans la perspective du Plan Mondial, trois groupes de populations clés sont présentés dans le Tableau 3.1 ci-dessous, avec des exemples de populations appartenant à ces groupes. Ceci n'est pas une liste exhaustive et ne représente pas de priorisation de ces populations au niveau mondial.



Pour empêcher la stigmatisation et la discrimination, il est important que les populations clés soient décrites comme tel sans tenir compte de leurs comportements ou caractéristiques. Il est important de noter que les gens appartenant à ces catégories vont probablement faire partie d'un ou de plusieurs autres groupes. Une personne travaillant dans la mine, par exemple, peut vivre dans une communauté avec peu d'accès aux services médicaux et peut aussi avoir contracté le virus de l'immunodéficience humaine ; elle peut aussi fumer et/ou avoir le diabète ; elle peut aussi, par contagion, propager la tuberculose à ses enfants.

Les différences de genre dans le traitement de la tuberculose présentent des défis énormes dans la manière de fournir l'accès aux services. À l'échelle mondiale, plus d'hommes que des femmes souffrent de la tuberculose. De plus, les hommes sont parfois surreprésentés dans certaines populations clés en raison d'une variété de facteurs culturels, religieux et économiques. L'amélioration de l'accès aux services tant pour les hommes que pour les femmes, exige une approche sensible au genre dans quelques contextes spécifiques.

TABLEAU 3.1. POPULATIONS CLÉS POUR LA TUBERCULOSE

<p>Les gens les plus EXPOSÉS à la tuberculose en raison de l'endroit où ils vivent ou travaillent</p>	<p>Prisonniers, travailleurs du sexe, mineurs, visiteurs hospitaliers, travailleurs de services médicaux et inspecteurs de la santé publique communautaires</p> <p>LES PERSONNES QUI :</p> <ul style="list-style-type: none">✦ vivent dans des taudis urbains✦ vivent dans des conditions mal aérées ou poussiéreuses✦ ont des contacts avec les patients de la tuberculose, y compris des enfants✦ travaillent dans des environnements surpeuplés✦ travaillent dans les hôpitaux ou sont des professionnels de la santé
<p>Les personnes qui ont un accès LIMITÉ À DES SERVICES SPÉCIALISÉ DANS LA TUBERCULOSE</p>	<p>Travailleurs immigrés, femmes dans des milieux à forte disparité de genre, enfants, réfugiés ou personnes déplacées à l'intérieur, mineurs illégaux et migrants illégaux</p> <p>LES PERSONNES QUI :</p> <ul style="list-style-type: none">✦ sont issues de populations tribales ou des groupes indigènes✦ sont sans abri✦ vivent dans des zones peu accessibles✦ vivent dans des maisons pour les personnes âgées✦ ont des handicaps mentaux ou physiques✦ se confrontent aux barrières légales pour accéder aux soins✦ sont lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles
<p>Les populations à HAUT RISQUE en raison de facteurs biologiques ou comportementaux affaiblissant le système immunitaire</p>	<p>LES PERSONNES QUI :</p> <ul style="list-style-type: none">✦ vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine✦ ont le diabète ou la silicose✦ suivent la thérapie immunosuppressive✦ sont sous-alimentées✦ consomment du tabac✦ souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool✦ utilisent des drogues injectables



L'exposition accrue à la tuberculose selon le milieu de vie et de travail

Enfants

Environ 74000 enfants meurent de la tuberculose chaque année et on compte autour d'un demi-million de nouveaux cas annuellement. Ces chiffres chez les enfants sont probablement bien plus élevés, étant donné les difficultés pour diagnostiquer la tuberculose infantile. Les enfants qui contractent la TB viennent souvent de familles pauvres, qui n'ont aucune connaissance de la maladie et vivent dans des communautés avec un accès limité à la sécurité sociale.

Les enfants de communautés appauvries font aussi face à un risque beaucoup plus élevé de malnutrition et sont donc sujet à une perte de poids sévère, tant dans l'utérus lorsque leurs mères sont sous-alimentées qu'après la naissance¹. Les enfants mineurs et les enfants de moins de 5 ans sont une priorité en termes de diagnostic, car ce sont les plus enclins à mourir de la tuberculose.

La tuberculose infantile doit être une priorité de santé nationale transversale et non pas seulement la responsabilité unique des programmes nationaux anti-TB. Elle devrait être abordée en collaboration avec les services de santé de l'enfant, parce que les soins prodigués aux enfants malades sont principalement exécutés par des services pédiatriques et devrait faire partie d'efforts globaux, homogènes, une synergie entre services de santé maternels et de l'enfant.

Les travailleurs des services médicaux et les pédiatres du secteur public ou privé devraient faire un rapport concernant tous les enfants diagnostiqués de la tuberculose destiné aux programmes nationaux de tuberculose. À leur

tour et en retour, les programmes de contrôle de tuberculose nationaux doivent obtenir des résultats de traitement pour ces enfants.

Aborder la tuberculose infantile exigera une attention toute particulière à apporter aux mères. Des femmes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine – qui sont donc prédisposées à contacter la tuberculose – ont besoin de l'aide et des soins du système de santé pour réduire la possibilité de transmission de la maladie à leurs enfants². Ainsi, la tuberculose devrait être intégrée au niveau des soins principaux dans les programmes de santé maternels et de l'enfant dans les cliniques prénatales et postnatales.³

Les travailleurs de la santé

La tuberculose reste un risque professionnel significatif pour le personnel de la santé dans des pays à bas revenu, dans des pays à revenu intermédiaire, et dans quelques institutions des pays à revenu élevé. Le risque est particulièrement élevé dans des situations spécifiques d'exposition à la tuberculose et lorsque les mesures de contrôle de l'infection s'avèrent inadéquates.⁴

Les travailleurs des services médicaux courent le risque d'attraper la tuberculose des patients qu'ils soignent (garde-malades et médecins) ou d'être exposés aux spécimens infectés (dans le cas de travailleurs au laboratoire). Le risque

1 Odone A, Houben RMG, White RG, Lonnroth K. The effect of diabetes and undernutrition trends on reaching 2035 global tuberculosis targets. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:754–64.

2 Gupta, A, Bhosale, R, Kinikar, A, et al. Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. *J Infect Dis.* 2011;203:358–63.

3 A roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89506/1/9789241506137_eng.pdf).

4 Menzies, D, Joshi, R, Pai, M. Risk of tuberculosis infection and disease associated with work in health care settings. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.* 2007;11(6):593–605(13).



Le Parcours de la Tuberculose Infantile



ne se limite pas aux travailleurs des services médicaux et des visiteurs des hôpitaux, les travailleurs des établissements de soins de santé primaires et les inspecteurs de la santé publique communautaires courent aussi un risque accru de contracter la tuberculose.⁵

Les travailleurs des services médicaux qui sont en contact avec les gens souffrant de la TB ou avec le matériel clinique dédié doivent être dépistés et, si nécessaire, doivent suivre la thérapie préventive. Des méthodes de contrôle d'infection idoines doivent être plus largement appliquées dans des paramètres avec des ressources basses.

Les travailleurs des mines

Dans des pays du sud de l'Afrique, l'extraction minière, tout comme le virus de l'immunodéficience humaine, est un facteur majeur de la propagation de la tuberculose. Les facteurs de risque principaux incluent la silicose (une maladie pulmonaire grave causée par l'exposition à la poussière de silice), de hautes températures, l'humidité dans les puits de mine, le travail et les conditions de vie pénibles, les hauts taux d'infection du virus de l'immunodéficience humaine et la consommation tant d'alcool que de tabac⁶. En outre, les mineurs du sud et du centre de l'Afrique se déplacent souvent pour trouver du travail, ce qui complique l'accès aux services médicaux. La migration répand la tuberculose aux communautés internes des mineurs dans d'autres parties du pays ou même au-delà des frontières nationales.

5 Claassens MM, van Schalkwyk C, du Toit E, et al. Tuberculosis in health care workers and infection control measures at primary health care facilities in South Africa. *Pai M*, ed. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e76272. doi:10.1371/journal.pone.0076272.

6 Stuckler D, Steele S, Lurie M, Basu S. Mourir pour or : les effets d'extraction de minéral sur VIH, tuberculose, silicose et maladies professionnelles en Afrique du sud. *Int J Santé Serv*. 2013; 43:639-49.



Des stratégies de communication compréhensives doivent expliciter le rôle des activités minières dans l'épidémie¹. L'Afrique du Sud a pris les devants en imposant un dépistage de la tuberculose obligatoire pour les mineurs. Quinze pays du sud de l'Afrique ont récemment promis d'améliorer le traitement et les soins pour les mineurs actuels et anciens ainsi que pour leurs familles². D'autres méthodes d'aborder la tuberculose dans le monde des mineurs³ devraient inclure la réduction des émissions de poussière de silice, des logements de meilleure qualité, l'amélioration des soins transnationaux, tout en tenant compte des hypothétiques contacts et de l'impact du virus de l'immunodéficience humaine.

Les prisonniers

Les conditions difficiles que connaissent beaucoup de prisons alimentent également la propagation de la tuberculose. En Afrique subsaharienne, par exemple, quelques prisons ont des taux de tuberculose jusqu'à 1000 fois plus haut que ceux de la population générale. Au Brésil, une étude menée sur la population a montré que la moitié des personnes suspectées d'être touchées par la tuberculose ont eu un contact direct ou indirect avec la prison⁴. Les prisons sont aussi une zone de propagation foisonnante de la tuberculose pharmaco-résistante, du fait que les prisonniers entrant et sortant ne compléteront probablement pas le traitement.

Appréhender la tuberculose dans les prisons exigera la collaboration significative des secteurs de la santé et juridiques ainsi que de la communauté de recherche pour enregistrer l'échelle de résistance

médicamenteuse dans les prisons et concevoir des moyens novateurs d'empêcher la transmission.

Toucher l'accès aux services médicaux à l'intérieur et à l'extérieur des prisons sera essentiel pour assurer un soin continu de la tuberculose.

Les gens affectés par la Tuberculose zoonotique

La tuberculose zoonotique est causée par *Mycobacterium bovis* (l'agent qui cause la tuberculose bovine), et touche surtout les humains par l'intermédiaire d'animaux domestiques et de leurs produits. Le grand public qui consomme le lait non pasteurisé ou des produits animaux non traités provenant d'animaux infectés, les gens vivant dans des communautés rurales à l'intérieur desquelles la tuberculose bovine est endémique, les bergers de bétail, les laitiers et les travailleurs qui entrent en contact avec les animaux infectés ou les produits animaux sont tous soumis à un risque de confrontation à la TB zoonotique élevé.

La courbe des statistiques des cas de tuberculose zoonotique est inconnue (en raison du manque de diagnostics adéquats sur *M. bovis*) et l'évaluation compliquée à cause du manque de surveillance constante. Cela concerne en particulier les régions dans lesquelles la tuberculose bovine est endémique et les pratiques socioculturelles augmentent le risque de la transmission de *M. bovis* aux humains.

La tuberculose zoonotique mérite une attention approfondie^{5, 6} et elle est incluse dans le Plan Mondial. Cependant, la question va au-delà du besoin d'atteindre les populations clés affectées.

Les efforts d'empêcher et contrôler la tuberculose zoonotique doivent être intersectoriels et

1 Stuckler D, Basu S, McKee M, Lurie M. L'Extraction et risque de tuberculose en Afrique subsaharienne. *Am J Public Health*. 2011;101(3):524–30

2 Baleta A. Déclaration de l'Afrique du Sud cible TB dans le secteur minier. *Lancet*. 2012;380(9849):1217–8.

3 Fitzpatrick S, Jakens F, Kuehne J, Mabote L. La Tuberculose des mines de l'or dans l'Afrique du Sud : un appel à l'unité (<http://results.org.uk/sites/default/files/TB%20in%20South%20Africa's%20Mines%20-%20A%20call%20to%20action.pdf>).

4 Sacchi FP, Praca RM, Tataru MB. Prisons comme réservoir pour transmission communautaire de tuberculose, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2015;21:452–5.

5 Muller B, Dürr S, Alonso S., et al. Zoonotic *Mycobacterium bovis*-induced tuberculosis in humans. *Emerging Infect Dis*. 2013;19:899–908. doi:10.3201/eid1906.120543.

6 Cosivi O, Grange JM, Daborn CJ, et al. Zoonotic tuberculosis due to *Mycobacterium bovis* in developing countries. *Emerging Infect Dis*. 1998;4:59–70.



pluridisciplinaires. Ils doivent inclure les deux secteurs, humain et vétérinaire dans la gestion de la maladie : dans son paramètre animal, le développement d'outils pour diagnostiquer

M. bovis, la mise au point de systèmes de surveillance plus précis, le renforcement de la qualité des données et de l'évaluation de l'impact économique.

Accès limité à des services de qualité pour traiter la tuberculose

Les migrants

Une proportion croissante de la population mondiale - environ 1 milliard de personnes - est maintenant composée de migrants. Prise comme un groupe à part entière, les migrants sont particulièrement vulnérables à la tuberculose ⁷. Comme pour les mineurs, les travailleurs qui migrent à l'intérieur ou l'extérieur de leurs pays, travaillent et habitent souvent dans des environnements surpeuplés et mal aérés. Ils sont sous-alimentés ou consomment des drogues et sont une population à risque élevé pour ce qui est de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine et de la tuberculose. Ces populations ont souvent un accès très restreint à la sécurité sociale, probablement parce qu'ils vivent dans un territoire de manière illégale, à cause des différences de langue ou d'appartenance ethnique et/ou à cause d'un manque de conscience de droit aux services. Les migrants sans-papiers font eux aussi face à des difficultés particulières dans l'accès aux soins.

Même quand les migrants peuvent avoir accès au traitement, la nécessité de se déplacer pour l'emploi ou la menace de déplacement obligatoire (à cause du statut d'immigré clandestin ou du conflit politique) aboutit souvent à un traitement de la tuberculose perturbé.

Particulièrement dans ces paramètres, l'accueil et l'accès aux services de santé doivent être sensibles et fonctionner dans la perspective des droits de l'homme, permettre aux gens d'avoir accès au diagnostic et au traitement indépendamment de leur statut d'immigration ⁸.

De même, les politiques sociales ou d'immigration devraient assurer aux personnes de ne pas être exclues de la considération en matière de

recrutement notamment, mais à tous les niveaux sociaux et/ou professionnels.

Il faut aussi sensibiliser les travailleurs des services médicaux aux besoins des migrants, particulièrement à la possibilité de double infection, avec la tuberculose doublée du virus de l'immunodéficience humaine, sans oublier la tuberculose pharmaco résistante. La continuité des soins est particulièrement importante dans le cas des populations immigrées, tout comme le développement de systèmes de référence transfrontaliers avec l'enregistrement des contacts. Le partage des informations sera prépondérant pour homogénéiser les protocoles de traitement au-delà des frontières des routes illégales de la migration. Outre la collaboration entre des acteurs de la santé, les ministères gouvernementaux devront aussi s'accorder sur la politique de migration.

⁷ Tuberculosis prevention and care for migrants. Geneva: World Health Organization, International Organization for Migration; 2014.

⁸ Plan to Stop TB in 18 high-priority countries in the WHO European Region, 2007-2015. Geneva: World Health Organization; 2007.



Les gens qui s'injectent des drogues

L'utilisation de la drogue est directement liée à une incidence plus haute tant de la Tuberculose latente que de la tuberculose active¹. Le risque d'infection accru est dû en partie aux effets physiologiques causés par l'utilisation de drogue, particulièrement les opiacés, qui mettent à mal l'immunité. De plus, les gens qui s'injectent des drogues sont plus exposés pour toute une variété de facteurs environnementaux et comportementaux qui ont tendance à coexister avec la consommation de drogue, comme l'itinérance, le tabagisme et l'alcoolisme, l'emprisonnement et le risque de contracter le virus de l'immuno-déficience humaine et de l'hépatite C à cause des aiguilles infectées.²

Très souvent, les consommateurs de drogues n'ont pas accès à la sécurité sociale aux moments critiques, ils ne subissent pas le dépistage de la tuberculose, ni traitement immédiat après un diagnostic positif au virus de l'immuno-déficience humaine. Même lorsque les personnes s'injectant des drogues ont accès aux soins anti-TB, ils peuvent avoir des difficultés à respecter un traitement compliqué ou au long cours. En outre, il faut savoir que les opiacés peuvent supprimer des symptômes indicateurs de la tuberculose, comme la toux persistante.

L'intégration de traitement de la tuberculose avec la thérapie de toxicomanie peut aider à rendre autonomes les personnes les plus vulnérables, tant que le traitement de tuberculose continue après la désintoxication. L'assistance psychosociale et celle des hôpitaux de jour pourraient grandement augmenter le taux d'adhésion³ au traitement.

Parce que les contacts proches sont une population exposée, l'infection par la tuberculose

peut souvent se propager parmi des groupes de personnes consommant des drogues ensemble. Il est donc crucial que les interventions ciblées à ces populations incluent la thérapie préventive de la TB.

Les personnes âgées

Cette population comprend le plus grand réservoir d'infection de tuberculose, particulièrement parmi les nations développées. Ceux qui ont 65 ans et au-delà sont plus vulnérables à la TB, en partie parce que l'immunité diminue avec l'âge. Les études ont démontré chez les patients âgés une fréquence élevée qui sert de socle à d'autres maladies, ou à des réactions défavorables aux médicaments et à une mortalité plus élevée.⁴

Les signes cliniques peuvent être atypiques et les personnes âgées souffrant de tuberculose pulmonaire vont plus probablement présenter des symptômes non spécifiques.⁵ Une attention spéciale doit être accordée à cette population parce que les résultats des traitements ne sont généralement pas bons chez les personnes âgées. Chez cette population tout particulièrement, le diagnostic est difficile et fréquemment négligé ; cette maladie curable peut malheureusement être découverte seulement après autopsie.⁶

4 Rajagopalan S. Tuberculosis and aging: a global health problem. *Clinical Infectious Diseases*. 2001;33(7):1034–9.

5 Lee JH, Han DH, Song JW, Chung HS. Diagnostic and therapeutic problems of pulmonary tuberculosis in elderly patients. *J Korean Med Sci*. 2005;20(5):784–9.

6 Rajagopalan S, Yoshikawa TT. Tuberkulose im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2000;33(5):374–80.

1 Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculose et utilisation de médicament illicite : le résumé et la mise à jour. *Clin Infect Dis*. 2009;48:72–82.

2 Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, et al. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 2013;129:180–209.

3 Figueroa-Munoz JJ, Ramon-Pardo P. Tuberculosis control in vulnerable groups. *Bull World Health Organ*. 2008;86:733–5.



Le risque accru en raison de facteurs biologiques ou comportementaux

Virus de l'immunodéficience humaine et SIDA

La tuberculose est la cause de mortalité la plus commune chez les personnes ayant contracté le VIH/SIDA.⁷ Les hauts taux de co-infection de tuberculose et de virus de l'immunodéficience humaine sont un défi majeur dans le processus de lutte contre l'incidence de la tuberculose dans beaucoup de pays. Environ 1.1 millions de personnes porteuses du virus de l'immunodéficience humaine dans le monde tombent malade de la tuberculose chaque année. Parmi les personnes ayant contracté l'infection tuberculose latente, les gens vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine sont jusqu'à 30 fois plus susceptibles de développer la TB.⁸ Les gens vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine sont souvent soumis à la stigmatisation et à la discrimination, ce qui peut les empêcher d'accéder aux services de soin.

La co-infection de la TB et du virus de l'immunodéficience humaine est particulièrement aiguë en Afrique, où 80 % des gens qui ont la tuberculose active vivent aussi avec le VIH.⁹ Les gens vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine sont souvent soumis à la stigmatisation et à la discrimination, ce qui peut les empêcher d'accéder aux services de soin.

La co-infection de la TB et du virus de l'immunodéficience humaine est particulièrement aiguë en Afrique, où 80 % des gens qui ont la tuberculose active vivent aussi avec le VIH. Il y a aussi un besoin urgent d'aborder les deux maladies d'une façon intégrée dans des pays extérieurs à l'Afrique. Les données montrent que l'Europe de l'Est voit les chiffres du virus de l'immunodéficience humaine aussi bien que ceux de la tuberculose résistante au médicament augmenter.

Le Plan Mondial offre l'occasion d'une collaboration plus forte pour faire front aux deux maladies. S'inspirant de l'objectif d'ONUSIDA de fournir un traitement à 90 % des gens qui

connaissent leur statut séropositif, le Plan Mondial appelle les pays à dépister au moins 90 % de toutes les personnes souffrant de TB parmi la population. Ensuite, le Plan prévoit de fournir un traitement aux personnes le nécessitant (incluant celles vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine) et de mener ces populations vers la bonne thérapie (incluant le traitement de la TB et la thérapie préventive pour les gens vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine).

Atteindre ces objectifs exigera une intégration accélérée de traitements de la tuberculose et de virus de l'immunodéficience humaine, aussi bien qu'un cadre de gestion fort et un vrai engagement politique. Il doit aussi y avoir des approches séparées mais toutes doivent converger vers l'éradication de l'infection du VIH et de la TB et la réduction du risque de tuberculose chez les gens vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine, conformément aux interventions recommandées par l'OMS et l'ONUSIDA pour conjointement aborder le virus de l'immunodéficience humaine et la tuberculose.¹⁰

7 Pawlowski A, Jansson M, Skold M, et al. Tuberculosis and HIV co-infection. *PLoS Pathog.* 2012;8:e1002464.

8 WHO. TB/HIV coinfection (<http://www.who.int/tdr/diseases-topics/TB-HIV/en/>).

9 Co-infection: new battlegrounds in HIV/AIDS. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:559.

10 WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/).



Le diabète

En affaiblissant le système immunitaire, le diabète double au triple le risque de développer la tuberculose.¹ Le lien établi entre ces maladies est vraiment alarmant, puisque les taux de diabète montent brusquement dans beaucoup des pays aux revenus bas et moyen et avec une charge élevée de tuberculose.

Il y a un certain nombre de leviers pour aborder conjointement la tuberculose et le diabète, y compris l'amélioration de la nutrition et l'exercice physique. Les leçons peuvent être apprises des succès déjà obtenus dans différents programmes d'intégration de la tuberculose et du virus de l'immunodéficience humaine menés dans divers pays.

En outre, les gens diagnostiqués avec le diabète devraient envisager le dépistage systématique dans des paramètres à fardeau de tuberculose élevé.² Les gens tuberculeux diagnostiqués avec le diabète pourraient être gérés conformément au programme de tuberculose pour assurer une gestion globale cohérente de la maladie. Ils pourraient alors être inscrits aux programmes contre le diabète après l'achèvement de leur traitement contre la tuberculose.³ Des inspecteurs communautaires de la santé publique, dont le rôle consiste à surveiller les patients de la tuberculose, peuvent aussi être formés à faire passer le test de glucose de sang pour assurer le double soin. Il faudrait aussi informer les centres de traitement du diabète à propos de la TB, afin que les travailleurs de services médicaux puissent identifier et diriger les personnes vers le test de dépistage de la tuberculose. Il faut mettre en place des systèmes pour assurer l'obtention et la livraison des médicaments anti-TB

et de l'insuline, qui peuvent être incertaines dans les pays à bas et moyen revenu.

Il y a des opportunités s'agissant de corréliser la prévention des deux maladies, puisque les niveaux d'hyperglycémie associés au pré diabète semblent correspondre avec un risque plus élevé de contracter la tuberculose.⁴ De plus, les efforts pour intégrer le diabète et les soins anti-TB, ne doit pas être dissocié des efforts pour intégrer le virus de l'immunodéficience humaine et les soins anti-TB. Il faut une approche globale de tous les facteurs engendrant un environnement favorable à la TB afin de maximiser les ressources.

Tabac et pollution atmosphérique intérieure

Le tabagisme (et le tabagisme passif) et la pollution atmosphérique intérieure (brûlure des carburants de biomasse dans des cuisines et maisons mal aérées) sont des facteurs de risque majeurs pour la tuberculose.⁵ Selon quelques évaluations, jusqu'à 20 % de cas de tuberculose dans le monde entier sont liés au tabac.⁶ Ceci est particulièrement alarmant, puisque fumer et brûler du carburant à l'intérieur sont des pratiques fortement répandues dans les pays où la tuberculose est commune. Ces pratiques augmentent non seulement le risque de contracter la tuberculose, mais aussi celui de développer une TB active, et le traitement offre de faibles résultats, ce qui implique un fort risque de récurrence.

La baisse du nombre de fumeurs et la réduction de la pollution atmosphérique intérieure sont donc des leviers clés pour éradiquer la tuberculose. Malgré le fait que le tabagisme soit un

1 Marais BJ, Lonnroth K, Lawn SD. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:436–48.

2 WHO and International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Collaborative framework for care and control of diabetes; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502252_eng.pdf).

3 Sullivan T, Ben Amor Y. The co-management of tuberculosis and diabetes: challenges and opportunities in the developing world. *PLoS Med.* 2012;9:e1001269. doi:10.1371/journal.pmed.1001269.

4 Viswanathan V, Kumpatla S, Aravindalochanan V, et al. Prevalence of diabetes and pre-diabetes and associated risk factors among tuberculosis patients in India. *PLoS One.* 2012;7:e41367.

5 Lin HH, Ezzati M, Murray M. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2007;4:e20.

6 Zellweger J-P, Cattamanchi A, Sotgiu G. Tobacco and tuberculosis: could we improve tuberculosis outcomes by helping patients to stop smoking? *Eur Resp J.* 2015;3:583–5. doi:10.1183/09031936.00221814.



facteur à très haut risque pour le développement de la tuberculose, les efforts de sevrage tabagique ne sont pas régulièrement intégrés dans les programmes contre la tuberculose. Le conseil et le support pour renoncer à fumer pourraient faire partie de la thérapie et du soin de la tuberculose sur le diagnostic initial.

interdépartementaux d'autres ministères seront essentiels, y compris ceux responsables de la protection sociale, des finances, de la nourriture et de l'agriculture.

Malnutrition

La malnutrition et la tuberculose sont fortement liées, et la sous-alimentation réduit l'efficacité du système immunitaire dans sa lutte contre la TB et encourage la transition d'une forme de maladie latente à une forme active. La tuberculose peut mener à l'absorption de substances nutritives impropres et de substances micro nutritives ce qui entraîne la malnutrition et une perte de poids sévère.

Beaucoup de personnes à risque élevé de contracter la tuberculose, comme les gens appauvris vivant dans des logements encombrés, insalubres, vont probablement aussi être exposés à la sous-nutrition. Il existe une relation si forte entre la sous-alimentation et la tuberculose que les gens en surpoids connaissent un taux d'incidence de la tuberculose encore inférieur à celui de personnes de poids sain (bien que l'obésité, bien sûr augmente les facteurs de risque pour le diabète et d'autres troubles du métabolisme).

L'assurance de la sécurité alimentaire pour la population est un composant important pour empêcher la tuberculose. Il y a aussi quelques pistes dans le support nutritionnel pendant les soins anti-TB, qui peut aider les patients à adhérer au traitement, particulièrement ceux ayant contracté la tuberculose pharmaco résistante.⁷ L'OMS a fourni des conseils pertinents.⁸ pour rendre le support nutritionnel réel, des efforts

7 Sinclair D, Abba K, Grobler L, Sudarsanam TD. Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis. Cochrane Database Syst Rev. 2011;9(11):CD006086.

8 Guideline: nutritional care and support for patients with tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94836/1/9789241506410_eng.pdf).



4. **PARTENAIRES COLLABORATIFS ESSENTIELS: LA SOCIÉTÉ CIVILE, LES COMMUNAUTÉS ET LE SECTEUR PRIVÉ**



MESSAGES CLÉS

- ✦ Pour trouver et traiter toutes les personnes malades de tuberculose et atteindre les étapes de la Stratégie Éliminer la TB, les pays doivent abandonner les programmes de maladie passifs qui sont obsolètes. Une nouvelle approche radicale est nécessaire – une approche qui implique la société civile, les organisations communautaires et le secteur privé en tant que partenaires à toutes les étapes de planification et de mise en œuvre de la réponse à la TB.
 - ✦ La société civile et les organisations communautaires doivent jouer un rôle clé dans la planification et la prestation de soins de la TB en stimulant la sensibilisation ; le dépistage actif des cas ; l'amélioration de l'accès aux soins ; encourager l'adhésion au programme ; le soutien psychosocial et la réduction de la stigmatisation ; la surveillance des programmes ; et la facilitation de l'engagement de la communauté dans la recherche et le développement.
 - ✦ Les prestataires de soins de santé privés et les entreprises ont un rôle important à jouer en fournissant, en développant et en maintenant des partenariats pour offrir des soins de qualité à un prix abordable, de nouveaux outils, des ressources et une expertise.
 - ✦ Des investissements sont nécessaires pour renforcer les systèmes communautaires et de santé ainsi que les partenariats public-privé. Un changement de mentalité avec un environnement favorable est nécessaire pour engager les communautés de façon constructive et libérer tout le potentiel du secteur privé.
 - ✦ La tuberculose est un problème qui nous affecte tous. Nous ne battons pas la maladie, si ceux qui sont actuellement impliqués dans la lutte contre la tuberculose n'encouragent pas activement les nouveaux acteurs à se joindre à la lutte.
-

La société civile et les communautés en tant que partenaires en réponse à la tuberculose

L'approche actuelle du dépistage, du diagnostic et du traitement de la tuberculose est largement basée sur une stratégie visant le contrôle de la maladie, avec des programmes nationaux publics anti-TB travaillant dans l'isolement pour réagir au fléau. Pour que les lignes bougent vraiment dans les programmes de lutte antituberculeuse et dans les pays, pour que cette approche passive du passé disparaisse et qu'enfin soient traitées toutes les personnes atteintes de tuberculose, un changement radical de mentalité et d'approche est nécessaire – reconnaissant les patients et les communautés comme des partenaires précieux.



La société civile et les organisations communautaires ont un rôle crucial à jouer dans ce changement. Ces parties prenantes – y compris les organisations des patients, les organisations non gouvernementales, les organisations professionnelles, les groupes de jeunes et les bénévoles de la communauté – sont les partenaires fondamentaux dans la perspective d’un meilleur accès à la santé et de la couverture de santé universelle.¹

Les travailleurs de santé communautaires offrent un soutien essentiel aux systèmes de santé dans de nombreux pays pauvres en ressources. En outre, les organisations de la société civile agissent comme une voix pour les plus vulnérables, plaidant pour les besoins des patients atteints de tuberculose et conseillant sur les interventions qui sont réalisables dans leur contexte spécifique.

Pourtant, malgré le nombre d’éléments de preuve montrant le rôle crucial des collectivités et des acteurs de la société civile,² ces parties prenantes restent à la périphérie de la planification, de l’exécution et de la surveillance des programmes de lutte antituberculeuse. Les résultats sont souvent des programmes de maladies du sommet vers la base qui peuvent être alignés avec les stratégies mondiales et nationales, mais qui manquent de compréhension sur les contextes locaux, sur la dynamique de telle ou telle communauté, ou encore sur la propriété.

Les pays doivent renforcer les passerelles entre les systèmes de santé de la communauté et les systèmes de santé globale et ainsi pouvoir apporter une réponse nationale à la tuberculose. La société civile et les organismes communautaires doivent être engagés dès le début dans la planification de programmes de lutte antituberculeuse, et participer en tant que partenaires actifs dans la mise en œuvre et la surveillance des services de lutte anti-TB. Par exemple, les directives de l’Organisation Mondiale de la Santé

“Engage TB”, développée en 2012, propose quelques conseils aux Programmes Nationaux de lutte contre la tuberculose sur la façon dont ils peuvent travailler efficacement avec les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile qui ne travaillent pas encore sur la TB.³ Les médias sociaux et les mécanismes d’audit social doivent être utilisés pour permettre aux patients, aux organisations de la société civile et aux membres de la communauté de contribuer à l’amélioration des services et à la surveillance du progrès.

Un défis clé dans l’engagement des communautés et de la société civile est que, par rapport à la communauté des acteurs impliqués dans la lutte contre le virus de l’immunodéficience humaine (VIH/ SIDA), il y a beaucoup moins d’individus et des réseaux engagés à éliminer la tuberculose. Cette sous-représentation a également un impact sur la planification nationale et mondiale, échelle à laquelle les voix de la société civile et les communautés ne sont pas toujours entendues.

La communauté des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH / SIDA a longtemps été considérée comme une source d’inspiration pour l’activisme de la tuberculose. Cependant, la revendication de la tuberculose n’a pas encore atteint l’ampleur et l’impact de la sensibilisation au virus de l’immunodéficience humaine. Parce qu’une infection par le virus de l’immunodéficience humaine est permanente, le diagnostic devient une partie de l’identité du patient. Cela attire automatiquement les personnes dans les communautés qui luttent pour l’accès au traitement. En revanche, la tuberculose est une maladie que les gens traitent souvent dans l’isolement. Il faut savoir que contrairement au virus de l’immunodéficience humaine, la réponse apportée à la tuberculose n’est pas une priorité, ni l’investissement systématique dans l’autonomisation des personnes qui sont touchées. Il est nécessaire d’encourager et de renforcer la capacité des

1 The Global Health Workforce Alliance Strategy 2013–2016. Geneva: Global Health Workforce Alliance; 2012.

2 Sinanovic E, Floyd K, Dudley L, et al. Cost and cost-effectiveness of community-based care for tuberculosis in Cape Town, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003;7:S56–62.

3 Engage-TB: integrating community-based tuberculosis activities into the work of non-governmental and other civil society organizations: operational guidance. Geneva: World Health Organization; 2012.



gens ayant eu la tuberculose à s'engager dans la revendication et les autres organismes de lutte contre la TB. Cela contribuerait à renforcer la réponse communautaire à la tuberculose.

Les communautés des acteurs de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et de la tuberculose ont beaucoup à offrir l'une à l'autre par la mise en commun des ressources. Les taux élevés de tuberculose et la co-infection du virus de l'immunodéficience humaine nécessitent des approches intégrées ; cela est particulièrement important au niveau de la communauté. Les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine doivent faire partie intégrante des revendications de la communauté de la tuberculose.

La communauté de revendication de la tuberculose doit mieux inclure les organisations impliquées dans la réponse au virus de l'immunodéficience humaine et d'autres circonscriptions axées sur l'action qui offrent un potentiel de collaboration. Cela inclut les organisations confessionnelles, les cliniques juridiques, les organisations des droits humains, les réseaux de microcrédit et les réseaux de femmes. Nous devons aussi trouver des moyens d'accroître le nombre de réseaux actifs, de forums et de groupes tant au niveau national qu'international.

De tous ces efforts découleront des augmentations significatives dans le financement, et surtout une volonté politique plus ferme. Mettre fin à la tuberculose ne peut se produire que si la maladie elle-même devient une partie du programme national, et que si tous les obstacles au traitement et à l'engagement de la société civile sont supprimés.

Sensibilisation et dépistage actif de cas

Les agents de santé communautaires jouent un rôle important pour atteindre les gens qui sont omis ou manqués par la campagne de dépistage. Grâce à des programmes éducatifs et de sensibilisation de la communauté, des travailleurs communautaires encouragent les gens qui

ont des symptômes de TB, à contacter un travailleur de la santé ou à visiter un établissement dédié aux soins. Quand les personnes ne sont pas en mesure de voyager, les travailleurs communautaires peuvent aussi aider à transporter les échantillons de crachats à l'établissement de santé le plus proche pour recevoir un diagnostic. La participation d'agents de santé issus de la communauté dans ces initiatives de dépistage de cas actifs, a amélioré la détection et par ricochet, les résultats du traitement.⁴ Cependant, ce rôle n'a pas encore été entièrement maximisé.

L'intégration des cas de tuberculose avec d'autres programmes, tels que ceux pour le virus de l'immunodéficience humaine et la santé maternelle et infantile - par exemple, en encourageant les gens vivant avec le VIH ou les femmes enceintes à être dépistées pour la TB - sera essentielle pour détecter une plus grande proportion de cas. Les agents de santé communautaire peuvent aussi faciliter le changement de comportement en éduquant les gens quant aux causes et aux vecteurs de propagation de la tuberculose.

Accès aux soins

Un défi majeur dans les soins de la tuberculose repose sur le fait que de nombreuses personnes ayant des symptômes, dans les pays à forte charge de morbidité, cherchent d'abord les soins des guérisseurs traditionnels ou des pharmaciens, plutôt que dans les cliniques de santé publique ou les hôpitaux. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent tendre la main à ces guérisseurs traditionnels pour veiller à ce que les personnes atteintes de tuberculose aient accès à des soins de qualité, à un prix abordable. Les systèmes communautaires peuvent jouer un rôle transformateur dans la création ou l'obtention de ce lien entre les prestataires informels et le système de santé officiel.

4 Yassin MA, Datiko DG, Tulloch O, et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in southern Ethiopia. PLoS ONE. 2013;8:5 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063174>).



Faute d'un parcours de soins de qualité de A à Z, le diagnostic des personnes atteintes de tuberculose sera retardé, puis le traitement et cela conduira à des dépenses supportées par les patients. Ces dépenses pré-diagnostic sont un facteur majeur causant les coûts catastrophiques associés à la tuberculose. Encourager les gens présentant des symptômes de tuberculose à demander les bons soins médicaux repose sur la relation de confiance, comme seul un représentant de la communauté peut naturellement créer (voir Boite 4.1 sur Éthiopie : Les Travaillateurs Communautaires de la Santé¹).

L'observance du traitement, le soutien psychosocial et la réduction de la stigmatisation

Assurer l'adhésion au traitement de la tuberculose est un processus complexe et difficile. Le traitement lui-même est long et a inévitablement des effets secondaires, le soutien moral est donc une ressource importante. Les membres de la communauté qui peuvent avoir la tuberculose, sont eux-mêmes des prestataires essentiels de ce soutien psychosocial.

Voyager vers des cliniques pour accéder à un traitement peut être coûteux, surtout pour les personnes vivant dans des zones reculées. Cela peut aussi signifier pour certains atteints de tuberculose perdre des revenus durant le processus de recherche d'un traitement. Les membres de la société civile pourraient faire en sorte que les personnes atteintes de tuberculose soient liées aux régimes de protection sociale, de telle sorte que les bons d'alimentation ou des bons d'espèces puissent, sous certaines conditions, permettre d'obtenir le traitement.

Les groupes confessionnels de toutes les religions sont une ressource inexploitée en matière

BOÎTE 4.1:

ETHIOPIE : Les Travaillateurs Communautaires de la Santé

Dans les régions rurales de Sidama, en Éthiopie, les agents de vulgarisation sanitaire (HEW) ont été formés pour travailler dans leurs communautés pour identifier les personnes présentant des symptômes de la tuberculose, de prélever des échantillons de crachats, et de préparer les lames sur place avant de les transporter au laboratoire pour l'analyse et l'interprétation. Plus de 1000 HEWs ont recueilli des échantillons de crachats de plus de 200 000 personnes présentant des symptômes de la tuberculose et ont identifié plus de 17 500 personnes avec la TB grâce aux frottis positif. Cette intervention a doublé le nombre de personnes mises sous traitement dans une zone de plus de 3 millions de personnes. En outre, les HEWs ont fourni un support de traitement, avec des taux de succès dans le traitement bondissant de 77% à 95%.

de soins communautaires dans de nombreux pays. Ces groupes, avec d'autres travailleurs communautaires, peuvent aider à fournir des soins palliatifs aux personnes atteintes de tuberculose, à domicile - un service au-delà de la capacité de la plupart des systèmes de santé.

Il existe une stigmatisation considérable autour de la tuberculose. Beaucoup de personnes avec des symptômes de TB ne cherchent pas de diagnostic ou de traitement de peur de perdre leur emploi ou d'être expulsées de leurs maisons, si leur maladie venait à être confirmée et reconnue au grand jour. Dans les pays avec des taux élevés de tuberculose et de co-infection au virus de l'immunodéficience humaine, beaucoup de personnes n'admettent pas avoir la tuberculose par crainte d'être soupçonnées d'avoir le VIH.

L'éradication de la stigmatisation entourant la tuberculose est un élément crucial pour encourager les gens à chercher un diagnostic et un

¹ Yassin M A, Datiko DG, Tulloch O, et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in southern Ethiopia. PLoS ONE. 2013;8:5 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063174>).



traitement, tout autant que le soutien psychosocial ou les prestations de protection sociale une fois le diagnostic donné. Comme la stigmatisation est ancrée dans les perceptions sociales et culturelles, voire parfois dans les lois et les politiques existantes, des campagnes de sensibilisation dans les communautés seront essentielles pour aider à briser les idées reçues et les préjugés. Plébisciter la réforme de la loi est également crucial pour l'éradication de la stigmatisation et les médias sociaux ont un rôle important à jouer dans cette lutte et dans la faculté à surmonter collectivement d'autres obstacles sociaux.

BOÎTE 4.2:

Conseil Consultatif Communautaire Mondial de la Tuberculose (TB CAB)

Le Conseil Consultatif de la Communauté Mondiale contre la Tuberculose (TB CAB) est un groupe d'activistes professionnels issu des communautés de VIH et la tuberculose en Asie, Europe, Afrique et Amérique du Nord et du Sud. Fondée en 2011, le TB CAB, à titre consultatif, agit à :

- ✦ recommander les promoteurs de produits et les institutions qui mènent des essais cliniques pour les nouveaux médicaments contre la tuberculose, des traitements, diagnostics et vaccins
- ✦ fournir des options sur la conception de l'étude, l'accès précoce, l'approbation réglementaire, la post-commercialisation et l'implémentation des stratégies

Le TB CAB est dédié à mobiliser la volonté politique, accroître la participation de la communauté dans la recherche sur la tuberculose et l'accès à des outils pour lutter contre la TB.

Plus d'informations sont disponibles à www.tbonline.info/tbcab

L'implication communautaire dans la recherche

Engager les communautés atteintes par la tuberculose dans tous les aspects de la recherche – dès que la recherche est à un stade précoce, à la conception des essais cliniques et à la prestation et la distribution à grande échelle des innovations réussies – contribuera à mettre les collectivités sur un pied d'égalité dans la lutte contre la tuberculose. Des études ont montré que cette approche peut avoir des résultats remarquables en termes de recherche sur la maladie – promouvoir les résultats de l'étude, générer une visibilité publique et stimuler la demande –, des résultats semblables aux effets observés dans la recherche sur le VIH et le SIDA. L'engagement communautaire conduit à une plus forte titularité de la recherche dans les communautés et intègre la perspective de ceux qui finiront par bénéficier de l'incorporation de nouvelles technologies.

Tous les chercheurs et les promoteurs devraient donc élaborer des plans d'engagement communautaires et prendre des mesures pour inclure les communautés affectées, les groupes de patients et de la société civile dans la Recherche et Développement sur la TB. Des conseils consultatifs communautaires (voir Boite 4.2 ci-dessous) offrent une plate-forme pour atteindre un engagement communautaire significatif.²

² Critical Path to New TB Drug Regimens. Good participatory practice guidelines for TB drug trials; 2012.



Actions exigées dans le partenariat avec la société civile et les communautés

Le renforcement du système communautaire est une approche utile à la planification de l'engagement avec la société civile et les communautés affectées.¹ En considérant les communautés et leur rôle en tant que partie d'un système, il permet une analyse des différentes facettes de ce système (comment ils sont reliés entre eux, et quels aspects doivent être renforcés).

Le renforcement communautaire

Le renforcement communautaire est un précurseur nécessaire pour un engagement efficace avec les communautés affectées. Sans les compétences et les ressources nécessaires, les communautés ne peuvent pas déterminer les besoins des personnes atteintes de tuberculose, ni plaider pour de meilleurs services ou maintenir les donateurs et les gouvernements responsables. Alors que les représentants de la société civile et de la communauté ont une expertise de base abondante, ils peuvent avoir besoin de formation et de soutien afin de participer utilement aux réunions de haut niveau et de dialoguer avec les organisations internationales et les gouvernements.

La simple revendication basée sur les droits humains à un rôle crucial à jouer dans l'élimination des obstacles aux soins de la tuberculose et pour garantir les droits des personnes infectées et affectées par cette maladie. Par conséquent, il faudrait aussi inclure une formation à l'utilisation des outils d'évaluation du respect des droits de l'homme. Ces outils peuvent permettre aux communautés d'anticiper et de répondre à l'impact potentiel de décisions gouvernementales sur les droits humains, qu'elles soient d'ordre commercial ou politique, mais relatives à la tuberculose.

Pour que les organisations communautaires fonctionnent efficacement, elles ont besoin de fonds suffisants et de soutien. Les communautés

détiennent des connaissances essentielles sur les besoins de santé et d'interventions réalisables pour leurs communautés affectées par la TB. Toutes les parties prenantes, y compris les donateurs, devraient envisager la sûreté d'un financement durable pour la société civile et les organisations communautaires. Un investissement soutenu cohérent dans le **renforcement du système communautaire** est essentiel à la réalisation du potentiel complet des communautés dans la lutte contre la tuberculose.

La participation active de la société civile et des travailleurs communautaires

Bien que le rôle de ces intervenants ait été reconnu depuis un certain temps, il n'y a pas eu d'implication suffisante tant d'un point de vue national qu'international.²

La société civile et en particulier les communautés devraient être des partenaires essentiels dans les activités internationales et nationales en relation avec la tuberculose. Ils doivent être impliqués dès le début dans le processus de planification, plutôt que de leur demander des réactions à la fin. Les programmes de tuberculose doivent chercher à inclure les organisations de la société civile (OSCs) dans les activités de base, en les invitant à assister à des réunions clés (telles que celles établissant la stratégie et le programme d'avis) et à siéger

¹ Community systems strengthening framework. Geneva: The Global Fund To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2014.

² Getahun H, Raviglione M. Transforming the global tuberculosis response through effective engagement of civil society organizations: the role of the World Health Organization. Bull World Health Organ. 2011;89:616–8.



dans les conseils scientifiques. L'objectif ultime est de parvenir à des services bien conçus, détenus et soutenus par les communautés et travaillant en collaboration étroite avec le gouvernement et d'autres parties prenantes.

Contrôle et évaluation : évaluation de l'impact et de l'efficacité

Il peut être difficile d'évaluer l'impact des organisations de la société civile et des travailleurs

BOÎTE 4.3:

METTRE EN LUMIÈRE : La Coalition Mondiale des Activistes de la Tuberculose (GCTA)

Le GCTA est une coalition de communautés touchées par la tuberculose et leurs représentants. Son objectif est de réunir des militants de diverses origines et régions afin d'assurer que les communautés affectées par la tuberculose sont au centre de tous les processus.

La mission de la coalition est de fournir une plate-forme pour plaider et représenter efficacement les collectivités atteintes par la tuberculose afin d'influencer l'agenda mondial de la tuberculose grâce à la responsabilisation du patient, la revendication stratégique, et la mobilisation de la communauté. Le GCTA vise à développer des alliances régionales, nationales et locales de collaboration avec toutes les parties prenantes. Les objectifs de la GCTA sont les suivants :

- ✦ Améliorer l'engagement et la mise en réseau communautaires et renforcer le partenariat avec toutes les parties prenantes de la tuberculose
- ✦ Renforcer la capacité des militants et des représentants des communautés affectées pour un engagement efficace à tous les niveaux
- ✦ Promouvoir la communication efficace des défis de la tuberculose à tous les niveaux
- ✦ Plaider pour une augmentation des ressources pour traiter la tuberculose

Depuis décembre 2013, le réseau de GCTA s'est agrandi à 130 membres, individus et organisations, dans plus de 30 pays différents. Entre autres activités, le GCTA a travaillé en étroite

collaboration avec le Partenariat Halte à la tuberculose (Stop TB) pour faciliter la participation de la société civile et des communautés affectées par la tuberculose dans tous les processus du Fond Mondial, y compris son Nouveau Modèle de Financement. Le GCTA a organisé des ateliers régionaux pour renforcer la capacité des militants locaux à comprendre et à mettre en œuvre le Nouveau Modèle de Financement du Fond Mondial dans les pays. Il assure également la prise en compte des populations clés, les droits humains et l'égalité dans le dialogue avec les pays et le développement de matériels conceptuels.

Les membres de la GCTA servent à de nombreux comités et conseils mondiaux, régionaux et nationaux, assurant que les perspectives des communautés affectées informent la politique et que cela se reflètent dans toutes les décisions.

La GCTA est régie au niveau mondial par un comité de direction composé d'un président, vice-président, six points focaux régionaux, et de six suppléants. Les deux représentants de la communauté et les représentants des ONG des pays en développement et des ONG des pays développés au Conseil de coordination du Partenariat Halte à la TB servent comme conseillers auprès du comité de direction.

www.gctacommunity.org



communautaires. Par conséquent, des indicateurs fiables sont nécessaires pour évaluer efficacement les progrès et l'impact sur la lutte contre la tuberculose, tout comme il est primordial de diriger les ressources là où elles seront le plus efficace.

Les réseaux faitières

Un organisme de coordination d'ONG pourrait représenter les différentes organisations de la société civile et de la communauté, permettant aux organisations individuelles de partager l'expérience et les connaissances à partir de la base.

BOÎTE 4.4:

METTRE EN LUMIÈRE : La Coalition Européenne contre la Tuberculose

La Coalition Européenne contre la Tuberculose (TBEC) est un réseau qui rassemble des représentants de la société civile et des acteurs communautaires et des activistes de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé.

Il cherche à renforcer le rôle des communautés affectées et la société civile dans la réaction contre la tuberculose et à augmenter l'engagement politique et financier dans le combat contre l'épidémie. TBEC a été formé par un groupe d'activistes de tuberculose en 2009 pour aborder deux préoccupations majeures : les hauts taux de résistance médicamenteuse en Europe et le niveau bas de sensibilisation parmi le grand public et les décideurs politiques.

L'absence de prise de conscience est due en partie à une rareté des acteurs de la société civile travaillant sur la problématique de la Tuberculose dans la région. La société civile joue un rôle particulièrement important dans la lutte contre la tuberculose pour plusieurs raisons : elle a une connaissance approfondie de contextes locaux et de la capacité d'en appeler à certaines communautés et groupes inaccessibles; elle peut assurer que les programmes de tuberculose abordent la dimension sociale de la tuberculose; elle peut efficacement influencer la politique et la programmation et agir comme observatrice pour assurer la fourniture de services médicaux abordables, accessibles et efficaces pour toutes les populations; et elle peut jouer un rôle principal dans la réduction du stigmate associé à la tuberculose.

TBEC a renforcé les capacités des OSCs (Organisations de la Société Civile) pour qu'ils

puissent effectuer efficacement les activités susmentionnées. Le réseau a facilité la formation nationale et régionale sur le plaidoyer et invite régulièrement les OSCs et des activistes communautaires à participer aux conférences régionales et internationales sur la tuberculose. Les membres TBEC participent aussi au plaidoyer direct avec les décideurs principaux au niveau tant national que de l'Union Européenne. Comme l'a dit un membre de TBEC, qui avait été précédemment atteint de TB-MR, « J'ai eu assez de chance pour rencontrer des activistes d'autres pays et voir ce qu'ils ont rendu possible. J'ai été inspiré et commencé appeler mes camarades de quartier et des gens qui avaient la tuberculose pour former un groupe de soutien, construire les systèmes communautaires qui peuvent aider ceux qui souffrent de la maladie ».

Ce même membre a formé un Partenariat National Halte à la tuberculose (Stop TB) dans son propre pays en Asie Centrale. TBEC cherche à inspirer des coalitions semblables ailleurs et à collaborer avec des groupes comme la Coalition Mondiale des Activistes de Tuberculose pour partager l'apprentissage et les meilleures pratiques. Plusieurs coalitions nationales ont maintenant été construites partout dans la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé avec l'assistance de TBEC. Ces coalitions sont ggh sont basées sur le modèle TBEC et arrivent aux changements dans leurs pays.



Le partenariat avec le secteur privé et les entreprises

Pour faire des progrès dans la lutte contre la tuberculose, il est essentiel de regarder comment la croissance du secteur privé est en train de transformer la prestation des soins de santé dans le monde entier. Le secteur privé a énormément contribué au développement économique dans le monde, fournissant l'innovation, la diversité de choix et de nouvelles approches pour répondre à la demande du marché et surmonter les obstacles.

Le secteur privé fait une énorme contribution à la santé grâce à la recherche de nouveaux outils, la fabrication de produits de santé, la responsabilité sociale des entreprises (RSE), et la fourniture de soins de santé. Les partenariats public-privé entre les organismes gouvernementaux et les organismes privés (entités à but lucratif ou non lucratif), des fondations indépendantes et d'entreprise, des organisations professionnelles, et des entreprises start-up ont amélioré la santé de milliards de personnes au cours des dernières décennies.

Dans le contexte de la lutte contre la tuberculose, collaborer avec le secteur privé englobe les intervenants suivants :

LES PRESTATAIRES DES PRODUITS DE BASE DE LA TUBERCULOSE APPARTENANT AU SECTEUR PRIVÉ. Les compagnies pharmaceutiques, ainsi que des fabricants de matériel de laboratoire et des vaccins, contribuent directement à la recherche et au développement de nouveaux outils, et à la production et la fourniture de diagnostics et de médicaments pour répondre aux besoins des programmes de lutte contre la tuberculose et des personnes infectées et affectées par la tuberculose dans le monde entier.

Les partenariats public-privé avec ces entreprises sont essentiels pour la surveillance rapide du développement des nouveaux outils, ainsi que pour un accès aux médicaments, diagnostics et vaccins à des prix abordables. La réduction significative du prix pour l'achat de cartouches de test GeneXpert qui a été rendue possible par le partenariat de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), OGAC, la

Fondation Bill & Melinda Gates, et UNITAID avec Cepheid représente un exemple du potentiel énorme de ces collaborations.

Le secteur privé a un rôle dans les approches de transfert de la technologie qui doivent être considérées comme une approche pour améliorer l'accès aux soins - un exemple est le transfert technologique effectué par Lilly pour deux médicaments utilisés afin de traiter la tuberculose multi résistante.

Plus récemment, un nouveau médicament, la bédaquiline, a été mis à disposition gratuitement pour les pays avec fortes charges par l'intermédiaire d'un programme de donation mis en place par un partenariat entre USAID et Janssen. Comme de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins sont développés pour la tuberculose, de tels partenariats ont un rôle clé dans l'accès aux soins pour les personnes atteintes de TB. En partenariat avec les fabricants du secteur privé des diagnostics et des médicaments contre la tuberculose, il est également important d'assurer un approvisionnement régulier en fonction de la demande, en particulier lors de la mise à l'échelle rapide des services.

L'INDUSTRIE ET LES ENTREPRISES PRIVÉES.

Ces organismes contribuent à la lutte contre la tuberculose de deux façons : en prenant soin de leur propre personnel et de leurs familles, et en entreprenant des activités de RSE dans la société. Les entreprises et les industries, en particulier celles qui ont une main-d'œuvre abondante, doivent adopter des politiques de recrutement et de rétention non discrimina-



toires, promouvoir des lieux de travail sûrs et sans risque d'infection, et offrir à leur personnel et aux familles un diagnostic de tuberculose abordable et de bonne qualité, puis l'accès au traitement et aux services de suivi si nécessaire. Il est important pour les programmes de tuberculose d'avoir des partenariats proactifs avec ces entreprises.

Les efforts pour lutter contre la tuberculose doivent encore tirer pleinement avantage des entreprises de la RSE. Ceci est donc un domaine important pour la suite de l'engagement entre les programmes de lutte contre la tuberculose, leurs parties prenantes, et les entreprises. Les contributions financières et l'apport en nature du secteur privé sont essentiels pour progresser dans de nombreux domaines, en particulier dans l'innovation, l'utilisation des technologies de l'information, et de la gestion de la logistique. En outre, les entreprises avec des produits et des services qui atteignent de grandes populations peuvent fournir tout un panel de possibilités en termes d'éducation et de sensibilisation.

LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PRIVÉS. Les systèmes de soins de santé publiques et privés coexistent dans le monde entier. Les gens dans de nombreux pays préfèrent les soins du secteur privé en raison de sa facilité d'accès et de la perception de qualité supérieure qu'ils en ont. Dans un certain nombre de pays d'Asie, une proportion importante de personnes présentant des symptômes de la tuberculose, y compris les pauvres, demandent des soins d'abord à des cliniques privées. Une grande proportion des médicaments contre la tuberculose sont également vendus sur le marché privé, dépassant parfois la valeur et le volume des transactions sur le marché du secteur public¹. En Afrique sub-saharienne, les prestataires privés informels – guérisseurs traditionnels et magasins de médicaments – représentent le premier point de passage pour une proportion importante de

personnes présentant des symptômes communs tels que la toux.

L'initiative public-privé (PPM) a formé une composante essentielle de la précédente Stratégie Éliminer la TB. PPM a contribué à engager les prestataires de soins, à la fois publics et privés, dans le soin et le contrôle antituberculeux. En conséquence, de nombreux pays travaillent maintenant avec différents types de prestataires de soins qui ne font pas partie du programme national de la lutte anti-TB. Dans des pays aussi divers que l'Inde, le Kenya, le Malawi, le Myanmar et le Pakistan, environ 10-30 % des personnes atteintes de TB qui sont enregistrées par les systèmes de santé publique font appel à des prestataires de soins privés. Cependant, dans la plupart des paramètres du pays, seule une faible proportion des prestataires privés renvoie ou notifie les personnes diagnostiquées et traitées pour la tuberculose. Il existe donc beaucoup d'améliorations possibles pour faire du système de santé privé un véritable partenaire dans les soins de la tuberculose et de la prévention et de combler les lacunes, notamment en matière de notification des cas.

Les Programmes Nationaux contre la Tuberculose (PNT) font face à des contraintes dans leurs efforts pour collaborer avec le secteur privé à intensifier les soins de la tuberculose, particulièrement à cause du manque de financement ou de capacité. Les projets retenus ont relevé ces défis en investissant dans des agences privées intermédiaires et en créant des modèles d'affaires sociales pour la prestation de soins antituberculeux de qualité. Ces modèles n'ont pas empiété sur les modèles d'affaires des prestataires de soins de santé privés, mais travaillent avec eux en synergie pour améliorer la qualité, l'accessibilité, et les responsabilités de la santé publique. L'utilisation d'outils de santé numériques et de systèmes de remboursement de bons d'innovation a aussi grandement contribué à la réussite de ces projets. Ces projets ont été mis en œuvre dans quelques villes, dont Mumbai, Karachi, Mehsana, et Dhaka.

¹ Wells WA, Fan Ge C, Patel N, et al. Size and usage patterns of private TB drug markets in the high burden countries. PLoS ONE. 2011;6:e18964. (Taille et modes d'utilisation des marchés privés de médicaments TB dans les pays les plus touchés)



LES PAYS DEVRAIENT TRAVAILLER POUR OBTENIR DES RESSOURCES SUFFISANTES AFIN DE METTRE EN ŒUVRE ET D'INTENSIFIER LA COMBINAISON EFFICACE DE L'ENGAGEMENT DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ SELON LES STRATÉGIES SUIVANTES :

a Partager la charge d'engager de nombreux praticiens privés indépendants avec des « organisations intermédiaires » privés qui peuvent établir et étendre les franchises sociales et les modèles d'affaires sociales ; des ONG avec la capacité et les compétences nécessaires pour travailler avec les praticiens privés ; et les sociétés et les associations professionnelles

b Optimisation et élargissement de l'engagement avec les grands hôpitaux, les établissements universitaires et les ONG

c Mobilisation et soutien des services de santé pour sociétés et des entreprises du secteur afin d'initier et de développer les programmes de lutte contre la tuberculose en milieu de travail pour servir les travailleurs, leurs familles et les communautés.

d L'engagement des communautés et de la société civile pour obtenir des soins de promouvoir et de prestataires privés offrant des soins de la tuberculose de haute qualité.

e Application obligatoire de la notification des cas de tuberculose grâce à des outils numériques simplifiés et ergonomiques, l'utilisation rationnelle des médicaments contre la tuberculose, et les systèmes de certification et d'accréditation afin d'identifier et d'inciter les prestataires qui collaborent.

Il est également important pour les autorités nationales et les donateurs internationaux de reconnaître que, dans un certain nombre de paramètres, les gens ont plus confiance dans le secteur privé de la santé. Les investissements devraient donc être faits pour renforcer les deux secteurs public et privé afin d'aider à intensifier une bonne qualité, des soins abordables de la tuberculose dans les deux secteurs.

L'investissement en partenariat public-privé a pour but le renforcement des soins de la tuberculose du secteur privé qui est important pour

tous les pays. Le Plan Mondial met en évidence ce besoin particulier dans deux des neuf paramètres suivants : Paramètre 6 (paramètres de pays à revenu intermédiaire, avec une charge moyenne de la tuberculose) et Paramètre 7 (Inde). Même dans les pays où la plupart du traitement de la tuberculose est contrôlé par le secteur public, l'engagement avec le secteur privé est toujours nécessaire pour les références et le diagnostic précoce ainsi que pour le traitement de la tuberculose. Encore une fois un diagnostic retardé peut avoir un impact majeur sur la transmission de la tuberculose.



5.

COUVERTURE- MALADIE UNIVERSELLE ET ACTIONS SOCIO- ÉCONOMIQUES



MESSAGES CLÉS

- ✦ Le modèle traditionnel d'aborder la TB par le diagnostic et l'administration du traitement observé dans le secteur public n'est pas suffisant pour éliminer la maladie. Les nouvelles stratégies centrées sur des actions socio-économiques sont exigées pour réaliser les objectifs 90-(90)-90 et éliminer la tuberculose. Les ministères et les agences à travers le gouvernement, au-delà des ministères de santé et le secteur de santé publique, doivent collaborer pour avoir l'impact maximal sur l'épidémie de TB.
- ✦ La couverture-maladie universelle (CMU) doit être au cœur de telles stratégies, avec le but de mettre en place des programmes de tuberculose de haute qualité, accessibles et abordables. Les gens affectés par la tuberculose ont besoin du support de protection sociale pour les aider à combattre la maladie.

Construire des nouvelles stratégies, afin d'aborder la tuberculose, signifie se déplacer au-delà du modèle traditionnel d'administrer le traitement observé par le secteur de la santé public. Par contre, la fin de la tuberculose exigera une approche holistique qui incorpore une large gamme d'interventions médicales et non-médicales livrées par des points multiples dans le système public.

Les interventions non-médicales qui doivent être mises en œuvre en parallèle aux services médicaux incluent la protection sociale, l'allègement de la pauvreté et la régénération urbaine. Chacune de ces interventions a le potentiel d'améliorer la prévention, améliorer l'accès au soin et atténuer des coûts catastrophiques liés à la tuberculose.

La protection sociale et la couverture-maladie universelle sont les composants principaux de la Stratégie Éliminer la TB, les deux piliers qui doivent s'assurer que la santé et les politiques de secteur sociales avancent conjointement

pour s'adresser aux déterminants et aux acteurs sociaux de la tuberculose.

Mettre en œuvre ces mesures exigera la plus grande participation avec le secteur privé, la société civile et des inspecteurs de la santé publique communautaires. Cependant, le besoin d'interventions non-médicales signifie qu'une plus grande gamme d'acteurs non-médicaux doit aussi être engagée. La planification et le placement pour éliminer la tuberculose ne sont pas seulement la tâche de ministères de la santé, mais aussi d'autres ministères et des agences gouvernementales, y compris ceux responsables de la protection sociale, des finances, du travail, du logement et de la régénération urbaine et de l'agriculture.

Investir et planifier de telles actions non-médicales ne peut pas attendre, car cela prend plusieurs années pour les mettre en œuvre et pour qu'ils commencent à avoir un impact sur les résultats de santé. S'engager et initier des investissements dans des actions socio-économiques doit donc faire partie intégrante du Plan 2016-2020.



Amélioration de services médicaux : couverture maladie universelle

La poussée globale vers la réalisation de la couverture-maladie universelle fournit une occasion pour les services de la tuberculose d'augmenter proportionnellement, de devenir plus abordables, plus accessibles et de s'améliorer tout simplement en termes de qualité. Il est impératif que les programmes de la tuberculose reconnaissent l'opportunité, la saisissent et s'engagent activement dans des efforts pour garantir un meilleur accès au soin par le biais de la couverture-maladie universelle (CMU). Selon le contexte du pays, pour faire partie de la CMU et de l'initiative d'assurance maladie, les programmes de la tuberculose doivent restructurer leurs budgets, leurs mécanismes de livraison de service et leurs méthodes de collecte de données.

Le financement de services médicaux est devenu un aspect visible des efforts mondiaux vers la couverture-maladie universelle et les systèmes d'assurance maladie sont de plus en plus développés dans beaucoup de pays ayant des revenus plutôt modestes. Cependant, beaucoup de personnes susceptibles de contracter la tuberculose n'ont pas d'assurance maladie. La CMU ne doit donc pas être limitée au financement des services médicaux, mais doit aussi inclure l'expansion de Sécurité Sociale critique. Comme mentionné au Chapitre 4, des inspecteurs de la santé publique communautaires peuvent aider à inclure les millions de cas « perdus » en les amenant à rejoindre les communautés de la tuberculose, en établissant le contact avec les gens impactés par la TB et instruisant des membres de la famille.

Les pays sont encouragés à entreprendre une évaluation des obstacles à l'accès aux services de la tuberculose et les introduire dans leur agenda pour la CMU. En outre, les services de tuberculose devraient figurer parmi les priorités dans les formules de prestations sociales qui existent dans les pays.

BOÎTE 5.1 :

C'est quoi la Couverture-Maladie Universelle ?

La couverture-maladie universelle (CMU) est définie comme l'assurance que tous les gens puissent utiliser, en tant que la Sécurité Sociale dont ils ont besoin ; cela signifie que ces services sont de qualité suffisante pour être effectifs et que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à la privation financière.¹ L'objectif du développement durable numéro 3 assure des vies saines et promeut le bien-être pour tous, à tous les âges. Ce but se concentre sur la réalisation de la CMU, qui inclut la protection de risque financier, l'accès aux services médicaux de qualité et l'accès aux médicaments sûr, effectif, et de qualité et aux vaccins pour tous.

¹ WHO. What is universal coverage? (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/).



Intégration de la tuberculose dans l'allègement de la pauvreté et dans les programmes de justice sociale

Il y a une corrélation forte entre la tuberculose et la pauvreté. Une étude de 2012, en Inde, a montré que les gens les plus pauvres sont cinq fois plus susceptibles de contracter la tuberculose que les riches. La fréquence de la tuberculose dans ce groupe est de 1105 pour 100 000 personnes, plus que les 782 cas pour 100 000 personnes, rapportées en Afrique du Sud, où le niveau élevé du virus de l'immunodéficience humaine aggrave la charge de la tuberculose.¹

L'une des raisons à cette disparité est que, dans beaucoup d'économies émergentes, une augmentation de la richesse nationale ne se traduit pas par la réduction de la pauvreté au niveau

individuel,² car ces pays n'investissent pas d'argent ou très peu dans les services. Un certain nombre de pays à revenu intermédiaire ont vu une croissance économique stable pendant les dernières 15 années, pourtant peu d'efforts ont été faits pour assurer la distribution plus équitable des richesses ou pour investir dans l'amélioration des conditions de vie ou pour l'accès à l'eau et à son assainissement. De plus, dans les pays à revenu intermédiaire, beaucoup de pauvres ne peuvent assumer les coûts d'un accès aux services médicaux.

En conséquence, le progrès dans la lutte contre la tuberculose exigera que les pays identifient les zones de pauvreté et utilisent des interventions ciblées pour s'assurer que les plus pauvres ont accès aux soins médicaux.

1 Oxlade O, Murray M. Tuberculosis and poverty: why are the poor at greater risk in India? PLoS ONE. 2012;7(11):e47533. doi:10.1371/journal.pone.0047533.

2 OECD. Focus on inequality and growth – December 2014; 2014.

Programmes de protection sociale

En plus des coûts de santé directs pour les soins contre la tuberculose, beaucoup de ménages encourrent aussi des dépenses significatives liées à la maladie, y compris des coûts pour le voyage, la nourriture et la garde d'enfants ; il faut aussi tenir compte des pertes de revenu. Ces coûts peuvent être catastrophiques pour des familles, les dépenses pour les services médicaux pouvant excéder 40 % de leur revenu disponible.³ La perte de revenus estimée est de 60 % des coûts encourus par les gens avec la tuberculose, dont 25 % de coûts directs, tels que des tests, des médicaments et l'hospitalisation.⁴

3 Xu K, Evans DB, Kawabata K. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet. 2003;362:111–7.

4 Eliminating the financial hardship of TB. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tb/publications/UHC_SP_factsheet.pdf).

BOÎTE 5.2 :

C'est quoi la Protection Sociale ?

La protection sociale peut être comprise comme un ensemble d'actions publiques qui abordent non seulement la pauvreté, côté revenus, mais également celle produite par des chocs économiques et la vulnérabilité sociale. Elle prend ainsi en compte la corrélation entre l'exclusion et la pauvreté. Par le revenu ou l'assistance dans des programmes conçus pour augmenter l'accès aux services (comme la santé, l'éducation et la nutrition), la protection sociale aide à réaliser les droits de l'homme, de l'enfant et de la famille.¹

1 UNICEF. Social protection (http://www.unicef.org/socialpolicy/index_socialprotection.html).



BOÎTE 5.3:

LA PROTECTION SOCIALE POUR LA TUBERCULOSE AU PÉROU : Le projet ISIAI

Cette étude de 2011 observe si des interventions socio-économiques augmenteraient l'assimilation de soin de la tuberculose et des services de prévention dans plus de 2000 personnes vivant dans des communautés appauvries au Pérou. Pour presque 3 ans, les interventions visant à augmenter l'assimilation du taux du soin de la tuberculose grâce à l'éducation, à la mobilisation communautaire, tout comme grâce à l'assistance psychosociale et visant aussi la réduction des coûts catastrophiques par la nourriture et des transferts liquides, le microcrédit et la formation professionnelle ont été, tous, de mise. Les interventions ont augmenté le dépistage de contact des ménages pour la tuberculose de 82 % à 96 %, l'achèvement de traitement de la tuberculose de 91 % à 97 % et l'assimilation des tests rapides TB-MR de 67 % à 92 %. Ces améliorations ont été aussi associées à la création d'une organisation de la société civile composée des ménages affectés par la tuberculose, qui ont alors commencé le plaidoyer pour améliorer des services pour correspondre à leurs besoins. Certaines des interventions étaient plus faciles à administrer que d'autres; le microcrédit s'est avéré difficile, mais l'assistance psychosociale était essentielle dans le maniement de la dépression sévère qui a contribué au refus des malades de faire appel aux services médicaux.

Diriger ces coûts vers ce genre de dépenses est particulièrement pertinent dans la lutte contre la tuberculose, puisque la maladie affecte d'une façon disproportionnée les familles qui sont appauvries et sous-alimentées.

Les pays fournissent des niveaux de protection sociale disparates. La plupart des pays à haut revenu offrent presque tous la couverture médicale universelle, tandis que les pays à revenu bas

n'ont presque aucune couverture. Beaucoup de pays à revenu intermédiaire et à revenu bas tendent maintenant vers une couverture médicale plus large. La preuve a été faite que lorsque des protections sociales sont mises en place, particulièrement celles concentrées sur l'adhésion au traitement, elles peuvent améliorer les résultats sur la tuberculose et les résultats opérationnels (voir la Boîte 5.3 : le Pérou).¹ Beaucoup de programmes de protection sociaux ont utilisé des transferts liquides conditionnés pour inciter la participation. Ce modèle a été employé pour améliorer la santé publique dans beaucoup de pays à revenu intermédiaire et à revenu bas, notamment le Brésil (voir la Boîte 5.4 : Protection Sociale au Brésil).

Des efforts de protection sociale exigeront l'assistance des systèmes de santé et d'autres secteurs. Des programmes nutritionnels devraient collaborer avec le Programme Alimentaire Mondial et les agences nationales responsables de la nourriture et de la nutrition. Le programme de transfert liquide pour les pauvres qui existe souvent sous des ministères de protection sociale doit être rendu accessible aux gens souffrant de la tuberculose. La recherche opérationnelle supplémentaire peut démontrer l'impact et identifier les moyens effectifs de livrer des plans de protection sociale.²

En outre, pour assurer la mise en œuvre systématique de programmes de protection sociale, une analyse claire qui identifie les facteurs socio-économiques contribuant à la vulnérabilité dans des paramètres spécifiques est nécessaire. Par exemple, dans certaines régions, les coûts catastrophiques peuvent être les frais de déplacement, ou les pertes de revenu, alors que dans d'autres, c'est davantage la sécurité alimentaire qui joue un rôle majeur dans les faibles résultats du traitement.³

1 Boccia D, Hargreaves J, Lonnroth K. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15:S37-49.

2 Lutge E, Lewin S, Volmink J. Economic support to improve tuberculosis treatment outcomes in South Africa: a pragmatic cluster-randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14:154.

3 Tanimura T, Jaramillo E, Weil D. Financial burden for tuberculosis patients in low and middle income countries: a systematic review. *Eur Respir J*. 2014;43:1763-5.



BOÎTE 5.4:

La Protection sociale au Brésil

La famille Bolsa (Bolsa Familia) du Brésil, configurée en 2004, est un plan de transfert liquide dont 11 millions de familles ont profité, surtout celles ayant des enfants ou des femmes enceintes ou allaitant.¹ Bien que les familles ne doivent pas avoir un membre de la famille qui est malade de tuberculose pour profiter de Bolsa Familia, la preuve a montré que les transferts liquides sont des outils importants dans le fait d'aborder la tuberculose.

Une étude effectuée dans des villes brésiliennes de 2004 à 2011 a montré que l'incidence de la tuberculose était inférieure parmi les gens qui ont profité des niveaux intermédiaires ou hauts de couverture conformément au programme de Bolsa Familia. Une autre étude a montré que le programme de Bolsa Familia a été associé aux résultats de traitement de la tuberculose positifs.²

à bas revenu et même dans les pays à revenu intermédiaire, les zones urbaines ont grandi rapidement, mais sans véritable planification, ni ressources. C'est ainsi que les plus pauvres vivent et s'entassent dans des taudis. Pour une maladie aéroportée telle que la tuberculose, qui est alimentée par le surpeuplement, la ventilation faible, l'assainissement inadéquat et la sous-alimentation, sont autant de terrains propices à son apparition et à sa propagation rapide.

Les stratégies de développement urbain qui améliorent l'environnement physique et réduisent la trop grande densité ont donc le potentiel de produire un impact significatif dans la lutte contre la tuberculose⁴. Des établissements de soins de santé bien situés, côté logement, pourraient permettre de meilleurs liens avec la Sécurité Sociale. L'amélioration des conditions de vie urbaines permettrait également d'appréhender et d'endiguer d'autres maladies comme la diarrhée et la pneumonie, causées, principalement, par le manque d'eau et un assainissement insuffisant.

1 Soares FV, Ribas RP, Osorio RG. Evaluating the impact of Brazil's Bolsa Familia: cash transfer programmes in comparative perspective. IPC Evaluation Note. 2007;1.

2 Nery JS, Torrens A. Impact of social protection on TB incidence and treatment outcomes in Brazil: implications for the national TB control programme. Symposium of 45 Union World Conference on Lung Health; 2014.

4 Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Amer J Public Health*. 2011;4:654–62.

Les Non TBs peuvent combiner les éléments de cette analyse pour voir comment mieux intervenir avec leur expertise et leurs connaissances. De plus, le personnel de services médicaux traitant les gens avec la TB devrait être au courant des plans de protection sociale et des subventions d'invalidité auxquelles les personnes souffrantes de la maladie ont droit.

Amélioration du milieu urbain

La majorité de la croissance démographique du monde se produit dans les zones urbaines, et cette tendance ne s'inversera pas dans les décennies prochaines. Dans beaucoup de pays



Création d'un environnement favorable : volonté politique et élaboration de cette politique

Plaider au sein de la communauté de la tuberculose, aux côtés des directeurs du Programme National contre la Tuberculose (NTP) et des ministres de la Santé, voilà la clé pour faire connaître les malades de la tuberculose, non seulement dans le secteur de la santé, mais aussi dans d'autres secteurs appropriés. Cette approche exige un changement majeur dans la mentalité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la communauté des gens souffrant de la tuberculose. Afin d'assurer une meilleure intégration des programmes contre la tuberculose avec d'autres programmes, pourquoi ne pas créer, dans certains pays en tout cas, un conseil de coordination de la tuberculose au niveau national, semblable à un conseil de SIDA par exemple, et fréquenter ainsi de plus près les comités de santé nationaux déjà existants.

Les directeurs du NTP ne sont pas les mieux placés pour mener des efforts coordonnés à travers plusieurs départements et ministères. Cependant, ils peuvent compter sur le support politique de haut niveau aussi bien que sur les ressources, et ils peuvent effectivement conseiller d'autres programmes quant à la façon d'incorporer la tuberculose dans leurs activités. Si des directeurs de programme de la tuberculose peuvent par exemple donner des conseils techniques pour améliorer des conditions de logement, l'énergie politique devra quant à elle venir d'un consortium de ministres et de représentants gouvernementaux de haut niveau.

La façon d'argumenter est aussi la clé du succès ; plutôt que d'insister pour que la tuberculose ait la priorité sur d'autres problèmes de santé publique, par exemple, les experts en tuberculose devraient expliquer comment les programmes efficaces contre la tuberculose amélioreront aussi la performance d'autres programmes et permettront d'atteindre d'autres Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies (ONU). Un autre argument fort est que les interventions de protection sociales vont probablement avoir un impact sur des maladies multiples de manière simultanée, en rendant leur mise en œuvre plus rentable.

Puisque les facteurs de risque de la tuberculose sont divers, les approches de politique devraient contenir un mélange d'approches spécifiques de la maladie - (c'est-à-dire des interventions qui visent directement les personnes touchées ; ces

approches ont pour but d'influencer un indicateur de tuberculose particulier) et des approches sensibles de la tuberculose (c'est-à-dire des interventions qui visent les personnes qui sont en danger de contracter la tuberculose et qui peuvent, indirectement, réduire leur vulnérabilité, comme un meilleur logement par exemple, ou la ventilation, ou encore les politiques agricoles qui peuvent améliorer la nutrition).

Des données plus précises sur les liens entre la tuberculose et des actions socio-économiques doivent être rassemblées pour doter des décideurs et des parlementaires de l'arsenal de preuves qui permettra de changer la politique et de répartir des ressources pour la protection sociale.

La coordination de la tuberculose exigera des changements systémiques majeurs de la capacité réglementaire (pour assurer l'utilisation raisonnable des médicaments et le contrôle d'infection, entre autres choses...), du financement des services médicaux (par des systèmes d'assurance maladie améliorés) et de l'augmentation de la capacité de systèmes de services médicaux pour assurer la CMU.





6. NOUVEAUX OUTILS

MESSAGES CLÉ

- ✦ Le Plan Mondial présente un ensemble d'investissements prioritaires pour la Recherche et le Développement (R&D) contre la tuberculose tout autant ambitieuse que critiques. Cette ambition est essentielle si nous voulons atteindre le but de la Stratégie Eliminer la TB ; nous ne pouvons pas nous permettre de continuer à agir comme d'habitude.
 - ✦ Sans nouveau médicament, diagnostic et vaccin efficaces, nous ne réaliserons pas les réductions importantes tant d'incidence et que de mortalité dont nous avons besoin, et en outre, des millions de personnes mourront encore de la maladie.
 - ✦ Sans investissement immédiat dans la recherche et le développement pour de nouveaux outils, on aboutira à des coûts financiers énormes dans un avenir proche, du fait du grand nombre de personnes nécessitant le traitement. Retarder l'investissement d'un an seulement – 2017, plutôt que 2016 – engendrerait des coûts de traitement futurs supplémentaires pouvant aller jusqu'à 1.3 milliards d'USD. Un retard de cinq ans aboutirait à un surcoût supplémentaire de 5.3 milliards d'USD, et si l'on devait prendre en compte la perte de productivité, ces montants se chiffrent à hauteur de 185 milliards d'USD.
 - ✦ En dehors des coûts financiers à supporter, le bilan humain à assumer du fait d'un refus d'investissement dans la Recherche et le Développement sera catastrophique. Un retard de cinq ans sur l'investissement dans la R&D pourrait générer jusqu'à 8 millions de cas de tuberculose supplémentaires et 1.4 millions de morts d'ici 2030.
 - ✦ On doit considérer l'accès des patients à de nouveaux outils en parallèle au développement de ces outils. Les mécanismes accélérés pour accéder à ces nouveaux outils doivent aussi être explorés. Un quelconque retard sera inacceptable.
-

Introduction et utilisation des nouveaux outils

Sans investissement fort dans le domaine de la recherche et du développement pour de nouveaux outils, il est probable que les étapes de la Stratégie Eliminer la TB ne seront pas entièrement réalisées. Même si les pays pouvaient atteindre les étapes de 2020 et de 2025 de la Stratégie Eliminer la Tuberculose en utilisant des outils existants, il y aura toujours

4 millions de nouveaux cas de tuberculose par an en 2025. D'ici à 2035, la technologie existante sera insuffisante pour continuer à infléchir la courbe vers une réduction d'incidence de 90 %.

Outre l'opportunité de sauver des vies et de prévenir les infections et la résistance anti-



microbienne, comme un échec de l'investissement immédiat dans les outils engendrera aussi tôt les coûts humains et financiers énormes pour la Stratégie Eliminer la TB. Un retard d'investissement dans la R&D de cinq ans aboutira dans 8 millions de cas de tuberculose supplémentaires et 1.4 millions de de morts d'ici 2030. Ce coût financier est évalué à 1,3 milliards d'USD pour un retard d'un an et de 5,3 milliards d'USD pour un retard de cinq ans, et ce uniquement pour le traitement de la tuberculose. Lorsqu'on inclut les pertes

de productivité entraînées par le nombre des morts de la tuberculose qui auraient pu être empêchés grâce à de nouveaux outils, ce surcoût se chiffre respectivement à 55 et 185 milliards d'USD (voir le Chapitre 7).

Pour éviter ces coûts et réaliser les réductions rapides de l'incidence de la mortalité exigée par la Stratégie Eliminer la TB, un puissant arsenal de nouveaux outils doit être disponible pour l'utilisation en 2025, et de préférence plus tôt.

CES OUTILS INCLUENT :

1 UN VACCIN qui protège à tous les âges ceux qui ne sont pas encore infectés par la tuberculose – et de préférence, qui peut aussi empêcher les personnes ayant la tuberculose latente de tomber malade ;

2 Des TESTS DIAGNOSTIQUES fortement sensibles à toutes les formes de tuberculose qui peuvent être mis en œuvre pour le soin ;

3 DES MÉDICAMENTS (incluant des traitements de l'infection causée par la tuberculose pharmaco résistante) qui soient non seulement très efficaces, mais aussi demandant un traitement de durée supportable et non-toxiques.

De nouveaux outils sont aussi nécessaires dans la lutte contre la tuberculose chez des populations spécifiques. Les vaccins, le diagnostic et les traitements qui sont appropriés pour des enfants et efficaces et sûrs pour les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine sont nécessaires en traitement d'urgence, tout comme une meilleure compréhension de la tuberculose zoonotique (comment l'empêcher, la diagnostiquer et la traiter chez les animaux et chez les humains).

En outre toutes les personnes – particulièrement celles qui sont les plus vulnérables – doivent avoir l'accès à ces nouveaux outils quand ils deviennent disponibles. Pour que cette chose arrive, les programmes et les partenaires de la stratégie de la tuberculose doivent être au courant des processus, des barrières, des normes et des politiques concernant l'introduction de nouveaux diagnostics, des médicaments et des vaccins dans

des pays différents, en vue de créer la capacité d'adopter rapidement et d'augmenter proportionnellement l'utilisation de nouveaux outils.

Il est essentiel d'avoir de nouveaux outils disponibles après la période du Plan Mondial. La recherche et le développement pour améliorer les outils existants, y compris les médicaments et les diagnostics seront disponibles dans les cinq prochaines années et essentiels dans le processus d'achèvement des objectifs 90-(90)-90 aussi rapidement que possible.

Dans les cinq prochaines années, un total de 9 milliards d'USD est nécessaire pour la recherche et le développement de nouveaux outils. L'échec des objectifs du Plan Mondial et l'échec d'investissement seraient accepter l'échec de la Stratégie Eliminer la TB. Ce serait aussi accepter que 4 millions de personnes, soit l'équivalent de



la population de Zhengzhou, Johannesburg ou Los Angeles, développent la tuberculose chaque année. Puisque la validation et la mise en œuvre d'un plan d'une telle envergure prend plusieurs années, nous devons, d'urgence, prioriser le développement de nouveaux outils dès aujourd'hui.

Recherche et développement dans la Stratégie Eliminer la Tuberculose

Le troisième pilier de la Stratégie Eliminer la TB se concentre sur le besoin urgent de promouvoir, de stimuler et d'intensifier la recherche et l'innovation dans le monde entier, avec un accent tout spécial mis sur la création d'environnements permettant la recherche dans les pays/zones où la charge de la tuberculose est le plus lourd à supporter.

Le Cadre d'Action Mondiale pour la Recherche de Tuberculose dispose d'une vision et d'un plan pour promouvoir et intensifier la recherche et l'innovation tant au pays qu'aux niveaux globaux au cours des 10 prochaines années. Ce cadre complète les objectifs et les activités décrites dans le Plan Mondial.

Traitement via les nouveaux médicaments

Des traitements et des médicaments rapides et simplifiés, sont plus que jamais exigés dans la lutte contre la tuberculose. Les traitements d'aujourd'hui, qui prennent entre 6 et 24 mois pour être complétés, sont longs et compliqués du point de vue de l'administration et peuvent être fortement toxiques. Les médicaments pour traiter la tuberculose pharmaco résistante sont chers et extrêmement toxiques. De plus, les médicaments pour traiter la tuberculose sensible aux médicaments ne sont pas compatibles avec certaines thérapies antirétrovirales communes, utilisées d'habitude pour traiter le virus de l'immunodéficience humaine. En outre, toutes les thérapies de tuberculose doivent être disponibles dans des formules de dosage appropriées pour les enfants de tout âge.

L'introduction d'un nouveau traitement, de durée plus courte (de deux à trois mois), et contenant trois ou quatre nouveaux médicaments sans résistance préexistante serait un déclencheur fort de changement dans la lutte contre la tuberculose sensible aux médicaments et pharmaco résistante. Un tel traitement pourrait voir son adhérence s'améliorer, pourrait stopper la propagation de la tuberculose pharmaco résistante et présenter des réductions de coûts significatives (directs et indirects) pour des programmes nationaux et des systèmes de services médicaux. A l'échelle mondiale cela devrait avoir un impact considérable sur la tuberculose multi résistante. Un traitement universel plus court et plus simple aidera non seulement à guérir les gens actuellement sous soins, mais permettra aussi aux inspecteurs de la santé publique d'atteindre plus de personnes, en réduisant significativement la pression sur des programmes de tuberculose nationaux.

Un traitement plus efficace pour la tuberculose latente est un défi à long terme, mais représenterait une victoire significative sur l'épidémie de la tuberculose.¹

Les nouveaux diagnostics

Chaque année, une personne tombant malade de la TB sur trois demeure non diagnostiquée ou non enregistrée auprès des systèmes de santé. Ces 3 millions de personnes « manquées » expliquent pourquoi la transmission de tuberculose continue à atteindre de tels niveaux.

La mise en œuvre plus efficace d'outils diagnostiques à grande échelle aidera à propulser certains pays sur la trajectoire juste pour bientôt être capable de traiter ces 3 millions de personnes. Cependant, atteindre les étapes de la Stratégie Eliminer la TB exigera une accélération radicale de ces efforts - une accélération qui peut seulement être produite par le biais d'avances majeures dans des capacités diagnostiques.

1 Dye C, et al. Prospects for tuberculosis elimination. Annual Review Public Health. 2013;34:271-86.



Les nouveaux outils diagnostiques et les tests stratégiques doivent présenter toute une gamme de tests de détection, pouvant être déployés à tous les niveaux des systèmes médicaux. Ils doivent aussi inclure des tests simples et rapides de détection de la résistance médicamenteuse dans des paramètres décentralisés. Enfin, ces tests doivent pouvoir prévoir le risque de passage d'une infection latente à une forme de tuberculose active.

Le cas pour de nouveaux vaccins

Les nouveaux vaccins sont une pierre angulaire de l'effort mondial pour éradiquer la tuberculose. Le seul vaccin actuel – Bacille Calmette-Guérin (BCG), d'abord utilisé en 1921 – protège contre les formes sévères de tuberculose chez les enfants. Cependant, le BCG est contraindiqué pour prévenir la tuberculose pulmonaire chez les adolescents et chez les adultes. Les nou-

veaux vaccins protègent contre toutes les formes de tuberculose et à toutes les tranches d'âge. De tels vaccins seront essentiels pour freiner l'épidémie mondiale de la tuberculose et pour atteindre les buts ambitieux exposés dans la Stratégie Éliminer la TB.

Des évaluations récentes indiquent qu'un vaccin efficace à 60 % délivré à seulement à 20 % d'adultes et d'adolescents de la population mondiale, et ayant une durée de protection de 10 ans, pourrait empêcher 60 à 70 millions de cas de tuberculose dans ses 25 premiers années d'utilisation.¹ Un vaccin d'enfant en bas âge significativement amélioré, en soutien au BCG, pourrait potentiellement éviter environ 6 à 7 millions de nouveaux cas de tuberculose pendant la même

¹ Aeras. Modelling the health impact of new TB vaccines with specific vaccine product profiles. Applied Strategies Model; 2014.

TABLEAU 6.1. LES ZONES, LES PAYS ET LE NOMBRE DE CAS DE TUBERCULOSE ÉVITÉS GRÂCE AU PLAN MONDIAL

Les zones et les pays dans le Plan Mondial	L'incidence des cas évités chez les Adolescents et les Adultes (millions)	L'incidence des cas évités chez les Enfants (millions)	Les décès évités cumulés
Zone 1 Pays de l'Europe de l'Est et de l'Asie Centrale qui ont une proportion élevée de TB résistante aux médicaments et des hôpitaux fournissant un système de soin de base	.3	0	0
Zone 2 Des pays de l'Afrique Centrale et du Sud où le VIH et l'exploitation minière sont les conducteurs clés de l'épidémie	3.6	.4	.4
Zone 3 Pays africains avec un taux du VIH modéré ou élevé, où l'exploitation minière ne représente un problème significatif	5.8	.5	.6
Zone 4 Pays sans ressources des systèmes de santé ou pays ayant des systèmes affaiblis par des conflits	1.5	.1	.1
Zone 5 Incidence élevée et modérée de la TB, prise en compte par le système privé de santé	6.0	.3	.5
Zone 6 Incidence de la TB dans des pays à revenu faible et intermédiaire.	10.6	.4	1.3
Zone 7 Inde	12.4	2.3	1.2
Zone 8 Chine	21.1	2.6	1.0
Zone 9 Pays à incidence réduite de la TB et pays situés à la limite d'élimination de la TB	1.3	0 (not vaccinated)	.1

période.^{2,3} Le Tableau 6.1 et l'Annexe 5⁴ récapitulent le nombre des cas évités par pays membre du Plan Mondial. L'analyse la plus récente indique aussi que les nouveaux vaccins de tuberculose empêchant la forme de maladie active sont des investissements de santé fortement rentables.⁵

De nouveaux vaccins protégeraient aussi, indirectement, des populations vulnérables et/ou exposées. La prévention de la maladie de la

tuberculose chez les adolescents et des adultes empêchera aussi la mortalité chez les enfants en bas âge et les petits enfants, y compris chez ceux dont les systèmes immunitaires sont déficients, incapables de répondre effectivement aux vaccins. Des modèles récents montrent que le ciblage des adolescents et des adultes bénéficiant de vaccins efficaces de 40 à 80 %, et assurant 10 années de protection ou plus, serait une stratégie plus efficace afin de protéger les enfants en bas âge et les petits enfants de la tuberculose, que la vaccination pédiatrique directe avec un vaccin semblable, en raison de la transmission réduite.⁶ En plus, de nouveaux vaccins protégeraient également contre la tuberculose multi résistante et contre la tuberculose ultra résistante (TB-UR).

2 Aeras. Modelling the health impact of new TB vaccines with specific vaccine product profiles. Applied Strategies Model; 2014.

3 The modelling, which is separate to the impact modelling in Chapter 2 of the Plan, assumes that vaccines would be available in 2025, immunization campaigns would happen every 10 years, that two doses would be included in the regimen, that every country would be assigned a specific introduction date between 2025 and 2035, that the vaccine would have 60% efficacy, and that there would be a 20% coverage rate for adolescents and adults and 90% coverage for infants.

4 www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

5 Knight G, Griffiths UK, Sumner T, et al. Impact and cost-effectiveness of new tuberculosis vaccines in low- and middle-income countries. PNAS. 2014;111:15520–5.

6 White, R. Indirect effects in infants on the force of TB disease from vaccinating adolescents and adults. TB Modelling Group, TB Centre, Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases; 2015.

Nouveaux médicaments : Etat et progression

L'approbation conditionnelle de la bedaquiline de Janssen, en 2012, par l'Organisme d'administration de la nourriture et des médicaments des États-Unis (qui est un organisme de réglementation rigoureux), a été la première approbation de nouveau produit, en plus de 40 ans. En tant que tel, il représente un long arriéré, mais en grande partie inadéquat, la contribution vers les besoins médicaux de tuberculose. Depuis, le delamanid a lui aussi été conditionnellement approuvé par l'Agence européenne des médicaments. Tandis qu'il n'a pas encore été enregistré dans des pays à forte charge, Otsuka fait rapidement progresser le médicament par la phase III qui est exigée puis par des études pédiatriques et il est disponible via un programme d'utilisation compatible. Au Bangladesh, au cours d'une période d'essai de neuf mois sur un traitement de la tuberculose multi résistante on a constaté qu'on aboutirait à de hauts taux de rémission.⁷

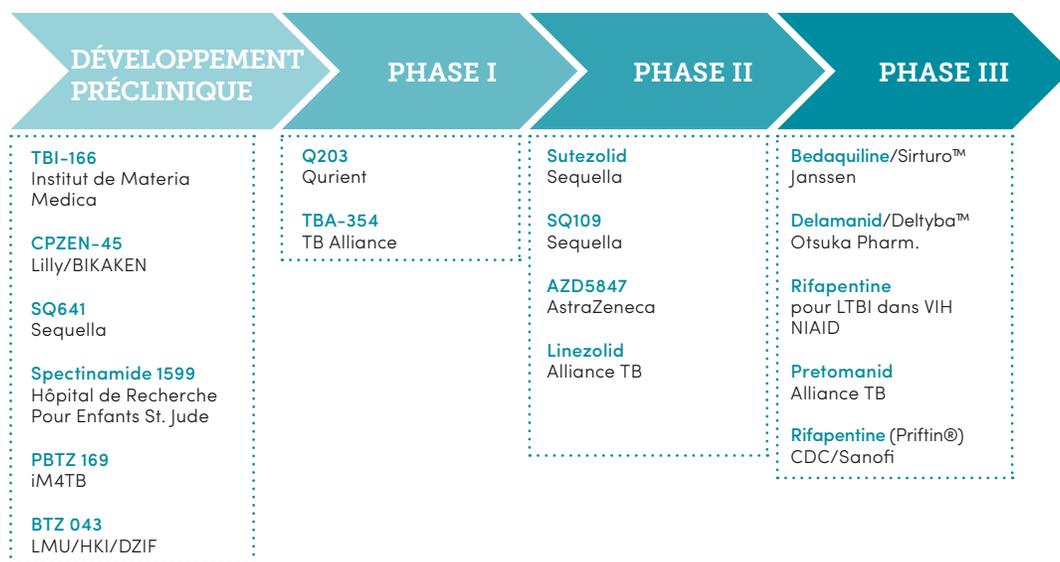
Jusqu'à présent, le progrès dans le développement de nouveaux médicaments a été relativement modeste. Ceci peut être imputé à de faibles motivations commerciales, des hauts taux d'attrition et la nécessité d'effectuer des essais aussi longs que coûteux.

La figure 6.1 représente une vue d'ensemble des nouvelles molécules anti-tuberculeuses qui sont en développement. Même si il y a eu du progrès, le processus de développement clinique pour les médicaments de tuberculose contient relativement peu molécules d'associations chimiques vraiment novatrices et de nouveaux modes d'action. Six nouvelles entités chimiques (NCEs) sont actuellement dans des études cliniques ; ceux-ci représentent quatre classes chimiques et trois modes d'action étendus.

7 van Deun A, et al. Short, highly effective, and inexpensive standardized treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med. 2010;182(5):684–92.



FIGURE 6.1. VUE D'ENSEMBLE DE NOUVELLES MOLÉCULES ANTI-TUBERCULEUSES EN DÉVELOPPEMENT



Feuille de route vers de nouveaux médicaments contre la tuberculose

Des traitements proposant des médicaments multiples sont nécessaires pour atteindre chaque étape de la Stratégie Eliminer la TB. Ceux-ci incluent un traitement de première intention plus court ; un traitement plus court et plus efficace pour la tuberculose multi résistante ; un dosage approprié pour le traitement des enfants ; et des traitements plus sûrs, plus efficaces pour la thérapie préventive pour les personnes ayant contracté une tuberculose latente.

LE CADRE STRATÉGIQUE 2016-2020 POUR LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS PRÉSENTE SA VISION À TRAVERS LES HUIT OBJECTIFS SUIVANTS :

OBJECTIVE 1

Soutenir le réseau par la découverte de médicaments contre la tuberculose

OBJECTIVE 2

Augmenter la capacité d'essai du site clinique

OBJECTIVE 3

Développer un traitement plus court pour la tuberculose sensible au médicament

OBJECTIVE 4

Développer un traitement plus court, plus sûr et d'une plus grande efficacité contre la tuberculose multi résistante

OBJECTIVE 5

Améliorer le traitement pour les enfants en parallèle avec les efforts pour les adultes

OBJECTIVE 6

Développer un traitement plus sûr et plus efficace pour la tuberculose latente

OBJECTIVE 7

Adopter à l'échelle nationale des nouveaux médicaments et des nouveaux traitements

OBJECTIVE 8

Engager les communautés et la société civile dans le processus complet de développement et distribution des médicaments.

Les étapes des activités majeures et les coûts des Nouveaux Médicaments dans le Cadre Stratégique sont récapitulés dans l'Annexe 5¹.

Quatre des objectifs principaux sont liés au développement de nouveaux traitements. Le but ultime, stratégique est la création d'un traitement universel pour toutes les formes de tuberculose, basé sur un traitement incluant au moins trois NCE.² Entre-temps, cependant, associer des traitements différents sera nécessaire pour traiter des populations diverses. Un certain nombre de nouveaux traitements incluant la bedaquiline ou le delamanid sont évalués cliniquement. Ceux-ci sont récapitulés dans le Tableau 6.2, avec les chronologies de livraison approximatives qui pourraient être réalisées avec un financement suffisant.

En plus de nouveaux traitements, le Plan Mondial suggère un effort en terme de découverte pour les médicaments de base contre la tuberculose, cela afin de stabiliser la situation et de continuer à pourvoir les traitements en cours ; de maintenir la capacité d'essai sur place ; d'assurer l'adoption de médicaments à l'échelle des pays et d'engager la communauté et la société civile dans le processus de développement de médicament et d'amélioration de l'accès aux soins.

Le développement de nouveaux outils ne devrait pas être effectué de façon isolée et de nouvelles formes de collaboration entre le secteur privé et public sont nécessaires³. De même, les nouveaux traitements et diagnostics doivent être présentés ensemble comme un paquet unique qui fournit une solution intégrée pour rediriger

1 www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

2 Lienhardt C, Raviglione M, Spigelman M, et al. New drugs for the treatment of tuberculosis: needs, challenges, promise, and prospects for the future. *J Infect Dis.* 2012;205 Suppl 2:S241-9. doi:10.1093/infdis/jis034.

3 Nathan, C.. Cooperative development of antimicrobials: looking back to look ahead. *Nature Reviews Microbiology.* 2015; 13(10), 651-657

TABLEAU 6.2. NOUVEAUX TRAITEMENTS DE COMBINAISONS SÉLECTIONNÉES

Traitement	Indications	Durée(s) de traitement, mois	Statut/prochaine phase	IDs d'Essais
Rifapentine-isoniazid	TB Latente	3	La combinaison Rifapentine-isoniazid (3 mois, LTB) a reçu l'approbation de la FDA en décembre 2014. Surmonter	
Delamanid	TB-MR	6 (en tant que composant en combinaison)	En Phase III depuis septembre 2011, la date de fin d'estimation est mai 2016 (Cortellis). Inscription plus large est essentielle pour élargir	2010-022271-59; 242-09-213; NCT01424670
Pretomanid-moxifloxacin-pyrazinamide	DS-TB; TB-MR	4; 6	En Phase III, Fichier d'inscription initiale à 12 mois: mai, 2018 (TBA CPRT DST Review, Sept 2014). Ce régime pourrait entrer sur le marché avant 2020	PHRR150114-000899; STAND; NC-006-(M-Pa-Z); NMRR-14-702-21522; NC-006-(M-Pa-Z) 21522; 2014-[incomplet]
Pretomanid-bedaquiline-[anoxazolidinone]	TB-UR	var.	Cette phase III d'étude est estimée de durer entre février 2015 et octobre 2021; Date d'achèvement du paramètre primaire est le 31-[incomplet]	NiX-TB-(B-L-Pa); NCT02333799
Pretomanid-bedaquiline-pyrazinamide	DS-TB; TB-MR	3-4; 4	La date estimée de cette fin de Phase II est le 29-fev-2016; Date d'achèvement du paramètre primaire est le 30-Nov-2015 (Cortellis [incomplet])	NCT02193776; NC-005-(J-M-PA-Z)
Bedaquiline-STREAM regimens	TB-MR (comprenant Pre-XDR/TB-UR) lorsqu'un régime inefficace ne peut pas [incomplet]	9 & 6	STREAM Stage 2 (Phase III) fait partie des exigences post-approbation pour bedaquiline de la USFDA, EMA et d'autres autorités de Santé, et est une alternative à l'initialement prévu essai de Phase 3. STREAM 2 a deux bedaquilline	STREAM stade 2. NCT02354014
Régimes haute-dose basé sur la rifamycine	DS-TB	4 or 6	Les résultats annoncés en fev 2015 ont indiqué que ce régime pourrait raccourcir le traitement. Un autre essai pour la méningite tuberculeuse a commencé	NCT02169882
A5343: Bedaquiline et Delamanid, seuls et en combinaison	TB-MR		Devrait commencer 3Q2015 Un essai Centre Limité du groupe AIDS Clinical Trials(ACTG); Sponsorisé par: L'Institut national des allergies et des maladies infectieuses.	

les personnes souffrant de la tuberculose vers le traitement juste.

Comblent les lacunes dans les connaissances de base

Plus de recherche de base est nécessaire pour comprendre des questions fondamentales dans la biologie de la tuberculose et les mécanismes qui conduisent à la maladie. Les activités de découverte ont produit des molécules intéressantes, mais trop peu d'entre elles ont progressé en termes de développement, suggérant que des passerelles supplémentaires, d'autres collaborations sont nécessaires entre la découverte initiale et le développement clinique.

La plus grande priorité pour la recherche fondamentale est la découverte de nouveaux candidats. Des médicaments basés sur des nouvelles structures moléculaires et des nouveaux modes d'action qui maximisent la synergie avec les médicaments existants et écartent ou retardent au moins le développement de pharmacorésistance. Atteindre ce but exige la conception de nouveaux tests de dépistage, qui exigent en pratique ce qui se fait de plus pointu en matière de biologie. De même, le développement du dépistage (souvent dans le monde universitaire) doit se faire en relation étroite tant avec les meilleures bibliothèques composées qu'avec la chimie médicinale (souvent trouvée dans des laboratoires pharmaceutiques).

Une autre priorité absolue réside dans la disponibilité de biomarqueurs validés qui aident à accélérer la sélection du traitement. Les biomarqueurs sont nécessaires très vite afin de prévoir le passage de la tuberculose latente à la forme de maladie active.

Les modèles animaux qui montrent des améliorations chez les rongeurs communs ou d'autres espèces peuvent mieux refléter la maladie humaine et permettre de prévoir les résultats des traitements cliniques.

De plus, d'autres systèmes *in vitro*, comme le modèle de fibres creuses, peuvent fournir des informations pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de très haute précision. Cependant, ces modèles sont toujours compliqués pour la tuberculose ; les bactéries grandissent lentement et les étudier ainsi est un processus aussi long qu'onéreux.

D'autres domaines majeurs de recherche fondamentale qui ne doivent pas être ignorés incluent la compréhension de la réponse de l'hôte, cela afin de construire de nouvelles stratégies pour la thérapie contre la tuberculose. Ils incluent l'examen de l'efficacité de nouvelles façons d'administrer des médicaments anti-TB comme l'inhalation, ils incluent la compréhension des bactéries en latence, la révélation des facteurs uniques de la maladie chez les enfants et chez les personnes vivant avec le virus du VIH pour produire des meilleurs résultats au traitement.



Nouveau diagnostics : État & Progression

Des partenariats globaux et des efforts sans précédent (comme le financement d'agences techniques) ont contribué au progrès significatif dans les laboratoires et dans les dépistages. En conséquence, des nouvelles technologies de diagnostics rapides, comme la culture liquide, la spéciation rapide et la consultation en ligne ont été présentées dans des laboratoires centraux et intégrés dans des programmes de tuberculose nationaux. Les résultats des tests peuvent maintenant être délivrés sous quelques jours ou semaines^{1,2}, (ce qui est un progrès énorme par rapport aux deux ou trois mois exigés pour la culture conventionnelle et l'analyse de sensibilité au médicament (DST)). Le lancement et l'utilisation des nouveaux outils diagnostiques, y compris DST (test à la résistance au médicament), ont contribué au progrès significatif dans la détection de cas de la tuberculose multi résistante.

En 2010, l'Organisation mondiale de la santé a recommandé le Xpert® MTB/RIF – un test simple et rapide pour détecter la tuberculose et la résistance à la rifampicine dans des fixations décentralisées – et en 2013 est publié une mise à jour de la politique prolongeant la recommandation aux enfants et aux personnes avec la tuberculose extra pulmonaire. Bien que l'introduction de Xpert représente un pas en avant significatif, le lancement de cette nouvelle technologie a mis en évidence quelques écarts critiques. Le déploiement Xpert effectif a été limité par les coûts du test et les exigences en termes d'infrastructure. Ces facteurs ont compliqué l'application à grande échelle et la décentralisation dans beaucoup de pays endémiques, aboutissant ainsi à une mise en œuvre inégale et à un l'impact^{3,4} moindre.

En fin de compte, le lancement et la mise en œuvre de Xpert MTB/RIF ont démontré le besoin de solutions complètes adaptées aux

paramètres pour accompagner les nouveaux tests. L'introduction seule des technologies nouvelles, même très performantes, ne se traduit pas nécessairement en une gestion des patients plus simple, ni en un impact immédiat sur la santé publique et sur les épidémies de tuberculose. Pour que les nouvelles technologies soient un déclencheur de changement, les accès au diagnostic et aux soins adéquats et l'initiation d'un traitement sont aussi exigés.

La figure 6.2. présente un tableau synoptique des essais de diagnostics de la tuberculose au sein du réseau pendant la conception du Plan Mondial.

Bien qu'il inclue un nombre important d'outils moléculaires à diverses étapes de développement, le diagnostic s'obtient par le biais d'un test relativement simple et exige le développement de nouveaux biomarqueurs ainsi que des efforts de validation.

Parmi les points cruciaux figurent les tests qui visent la sensibilité haute (pour lesquels il est préférable d'utiliser des niveaux inférieurs du système de santé) qui sont compatibles avec des plates-formes existantes, mais également les outils qui seront développés pour améliorer la R&D dans des pays BRICS; et des technologies automatiques pour la microscopie du frottis.

1 Kwak N, et al. Diagnostic accuracy and turnaround time of the Xpert MTB/RIF assay in routine clinical practice. *PLoS One*. 2013;8(10):e77456.

2 Naidoo P, et al. A comparison of multidrug-resistant tuberculosis treatment commencement times in MDRTBPlus line probe assay and Xpert® MTB/RIF-based algorithms in a routine operational setting in Cape Town. *PLoS One*. 2014;9(7):e103328.

3 Theron G, et al. Feasibility, accuracy, and clinical effect of point-of-care Xpert MTB/RIF testing for tuberculosis in primary-care settings in Africa: a multicentre, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9915):424–35.

4 Churchyard G, et al. Effect of Xpert MTB/RIF on early mortality in adults with suspected TB: a pragmatic randomized trial. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 3–6 March 2014, Boston. Oral Abstract 95.

FIGURE 6.2. TABLEAU SYNOPTIQUE DES ESSAIS DE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE (EN COURS DE DÉVELOPPEMENT, CATÉGORISÉS PAR PHASE D'AVANCEMENT ET SELON LE NIVEAU DE COMPLEXITÉ)



	Développement précoce	Développement tardif ou complété	Sur la voie de l'évaluation WHO	
Essais/Tests à grande complexité	DÉTECTION MOLÉCULAIRE / DST			
	New TruArray TB-MR (Akkoni) COBAS TaqMan MTB + DST(Roche) Hydra 1K (Insilixa) Mycobacterium MDR en temps réel (CapitalBio) Détection MTB (Great Basin Scientific) Aries (Luminex) PNAclamp (Panagene) AccuPower TB&MDR (Bioneer)	TRC Rapid MTB (Tosoh) VereMTB (Veredus Laboratories) LiPA Pyrazinamide (Nipro) Fluorotype MTBDR (Hain) TBMDx (Abbott) Meltpro (Zeesan) Mycobacteria RT PCR (CapitalBio) REBA MTB-XDR (YD Diagnostics) EasyNAT TB (Ustar) BD Max (BD)	GenoTYPE MTBDRsl (Hain) REBA MTB-Rifa (YD Diagnostics)	
	CULTURE - DÉTECTION /DST			
	BNP Middlebrook (NanoLogix) DST colorimétrique rapide	TREK MYCOTB Sensible (Trek)		
Essais/Tests à complexité modérée	DÉTECTION MOLÉCULAIRE / DST			
	Xtend XDR (Cepheid) Alere Q (Alere) Enigma ML (Enigma Diagnostics) Q-POC (QuantuMDx) EOSCAPE (Wave80) TBDx system (KGI) XI (Xagenic) MTB Detection (Tangen Biosciences) TB POC (Qiagen) Savanna (NWGHF/Quidel)	Genedrive MTB/RIF (Epistem) Truelab/Truenat MTB (Molbio) Xpert Ultra/Omni platform (Cepheid)	TB LAMP (Eiken)	
	RÉPONSE CELLULAIRE - DÉTECTION/ LATENTE ET LATENTE À LA PROGRESSIONS ACTIVE			
	T-Track TB (Lophius) TAM-TB (LMU/Alere) ESAT-6/CFP-10 skin test (SSI)		QuantiFERON-TB PLUS (Qiagen) Diaskin (Generium)	
BIOMARQUEURS SOUFFLE - DÉTECTION				
BreathLink (Menssana) Prototype breathalyzer (Next Dimensions Tech) TB Breathalyser (Systèmes Biosensor rapides) Aeonose (The eNose Company) instrument d'analyse de respiration (Metabolomx)				
MICROSCOPIE AUTOMATISÉE & IMAGERIE - DÉTECTION				
TBDx (Sciences Appliquées Visuelles) microscopie à fluorescence (ID-FISH Tech.) Test Automatique de TB (Fluorobot) Cellscope (UCSF)	Microimager (BD) CAD4TB (Systèmes d'Images Delft)			
Essais/Tests à complexité basse	ANTIGÈNE, ANTICORPS ET BIOMARQUEURS - DÉTECTION			
	LAM in sputum (Standard Diagnostics) IRISA-TB-pleural/pericardial/fluide ascite (Antrum Biotec)		Alere Determine TB-LAM dans l'urine (Alere)	
ENZYMATIC-DETECTION/DST				
Rapport β-lactamase (BioDiagnostics Globaux)				



Feuille de route pour des nouveaux diagnostics

La vision Mondiale et le Cadre Stratégique 2016–2020 du Nouveau Groupe de travail de Diagnostic doit viser un premier diagnostic universel des personnes avec toutes les formes de tuberculose et favoriser le progrès vers l'élimination de la tuberculose en donnant des solutions de diagnostic appropriées et abordables, disponibles dans le cadre approprié et assurant que les résultats de ce même diagnostic soient étroitement liés avec le traitement.

GRÂCE AU DIAGNOSTIC ADÉQUAT QUI SERA EXIGÉ POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF ELIMINER LA TUBERCULOSE, LE CADRE SE FIXE LES OBJECTIFS SUIVANTS AVANT 2035 :

- 1** Réduire les 3 millions de cas manqués chaque année et améliorer la détection de cas de tuberculose. Ceci exigera une gamme de tests qui peuvent être utilisés d'une façon centrée sur le patient et déployés à tous les niveaux du système de services médicaux, y compris au point de soin, pour toutes les populations, y compris les enfants et ceux vivant avec le VIH. Il exigera aussi des stratégies diagnostiques novatrices pour mieux assurer et répartir le travail social de proximité aux personnes ayant la TB.
- 2** Permettre au traitement opportun et effectif de réduire la mortalité et la transmission en cours et empêcher la résistance antimicrobienne en assurant l'accès universel au test de sensibilité au médicament (DST). Ceci exigera des tests rapides et simples sur la détection de résistance médicamenteuse (aux médicaments existants et futurs) dans des paramètres décentralisés, aussi bien que des tests pour évaluer la réponse à la thérapie et le remède.
- 3** Soutenir ce but d'éradication de la maladie en abordant le réservoir d'infection de tuberculose et en proposant efficacement la thérapie préventive, c'est-à-dire de manière ciblée. Ceci exigera des tests sur les prévisions des risques de passage de l'infection latente à la tuberculose active.

Les étapes des activités majeures et les coûts du Nouveau Diagnostic dans le Cadre Stratégique sont récapitulés dans l'Annexe 5¹.

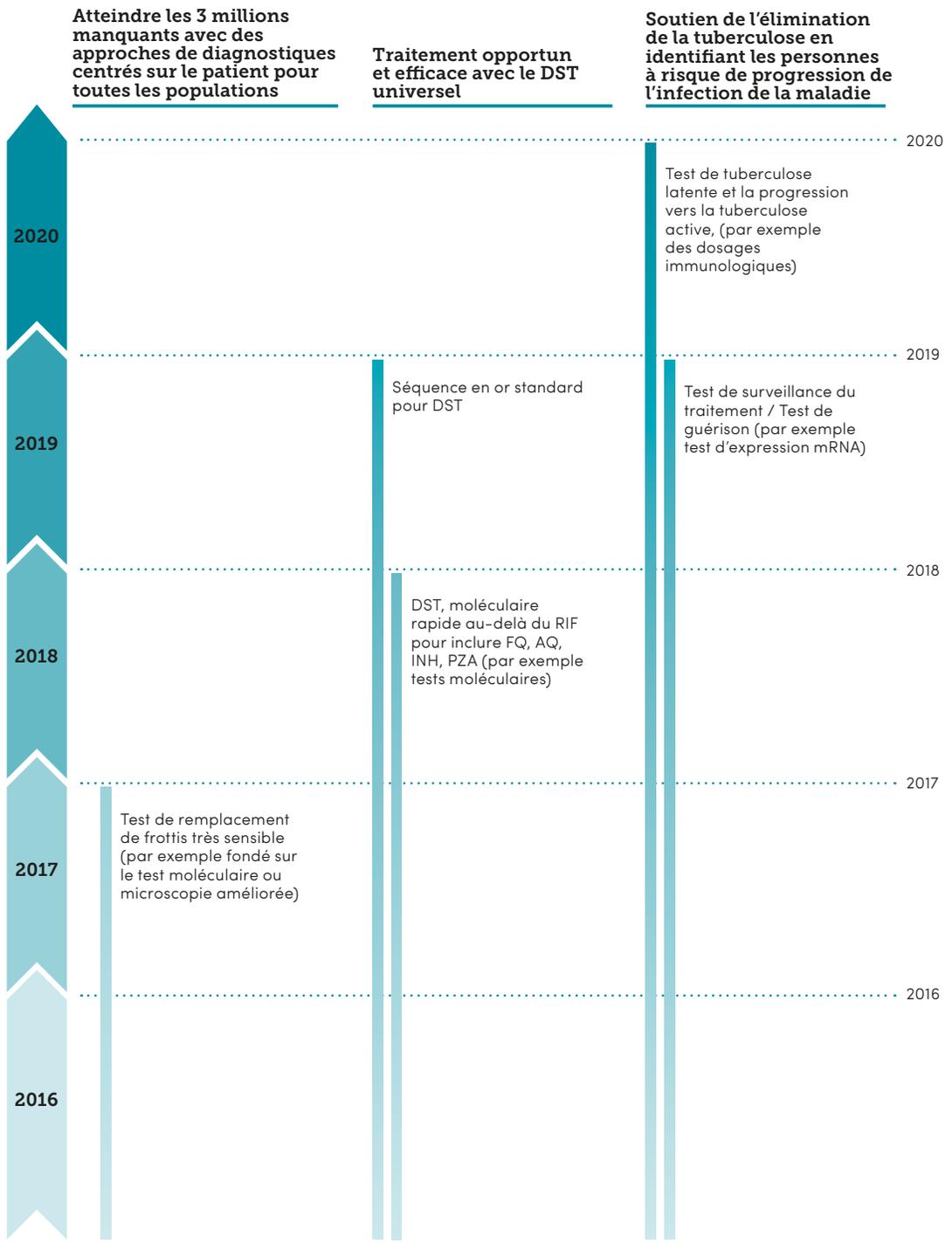
Les échéances dans l'image 6.3 indiquent quand les différents types de tests définitivement fiables pourraient être disponibles pour l'examen de la politique pendant la période du

Plan Mondial, à la condition qu'un financement suffisant soit disponible.

Pour concentrer les efforts sur les trois objectifs cités ci-dessus, la communauté de la tuberculose a établi un ensemble de profils de produit cibles (TPPs), définissant la performance et les caractéristiques opérationnelles que les tests doivent atteindre dans le but de répondre aux besoins des populations cibles.

¹ www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

FIGURE 6.3. LA PRIORITÉ EST, JUSQU'EN 2020, DE RÉALISER LA STRATÉGIE ELIMINER LA TB



The timelines indicate when evidence for different types of assay could be available for policy review in the period of the Global Plan (provided that sufficient funding is available)

LES CATÉGORIES LES PLUS PRIORITAIRES DE LA TPPS (1 ET 2) SONT :

- 1** Un point-de-soin qui ne soit pas basé sur le crachat, avec un test capable de détecter toutes les formes de tuberculose en identifiant des biomarqueurs caractéristiques ou les biosignatures (le test de biomarqueur) ;
 - 2** Un test de triage qui devrait être un test simple, bon marché, prêt à être utilisé par les services médicaux du premier contact pour identifier l'hypothétique besoin de nouveau test (le test de triage) ;
 - 3** Un point-de-soin proposant le test à base de crachat pour remplacer la microscopie de frottis et détecter la tuberculose pulmonaire (le test de remplacement de frottis) ;
 - 4** Un test de sensibilité au médicament, rapide, qui peut être utilisé au niveau du centre de microscopie du système des services médicaux afin de choisir la thérapie de première intention, qui sera la base du traitement (DST rapide).
-

Le test basé sur les biomarqueurs a été identifié comme le plus urgent à établir. Comme il est difficile d'obtenir des échantillons de crachat d'enfants, un tel test faciliterait grandement le diagnostic de la tuberculose infantile et aurait des avantages significatifs pour les jeunes patients. Les profils de produit cibles (TPP) envisagent donc des caractéristiques spécifiques du test adressé aux besoins d'enfants.

Pour ranger le diagnostic dans la catégorie 3, les experts tentent de définir les profils de produit cibles (TPP) et la conception d'essais cliniques pour un test sûr pour dépister l'infection par la tuberculose latente.

La communauté de la tuberculose a aussi exprimé le besoin d'assurer l'accessibilité de nouveaux outils diagnostiques, aussi bien que le besoin de développer des tests supplémentaires pour identifier des patients « difficile à diagnostiquer » (par exemple les enfants, les personnes vivant avec le VIH et les personnes avec la tuberculose extra-pulmonaire).

En général, pour assurer un plus grand impact des nouveaux tests de diagnostics, des arsenaux complets d'outils de soutien devront être développés et livrés ensemble avec de nouvelles technologies, le tout dans un processus global visant à trouver les meilleures solutions possibles. Ceux-ci incluront des innovations au niveau des transports et des solutions de connectivité, comme les solutions e-santé et m-santé, pour aider à augmenter le nombre de cas notifiés, grâce à l'utilisation renforcée d'outils moléculaires pour la confirmation des résultats.

En plus du développement d'outils individuels, il sera aussi crucial de développer des algorithmes diagnostics effectifs et efficaces qui synchronisent des technologies dans des plans de mise en œuvre comme pour le nouveau diagnostic et fabriquent des traitements pouvant être mis en œuvre ensemble.



Faire des progrès : Objectifs

Le Nouveau Groupe de Travail de Diagnostic du Cadre Stratégique inclut quatre objectifs principaux pendant la période 2016-2020.

CES OBJECTIFS SONT CONÇUS POUR GUIDER LE PROGRÈS VERS LES BUTS GLOBAUX :

OBJECTIF 1

Assurer que la connaissance critique est disponible pour permettre le développement de nouveaux outils diagnostiques et des solutions, y compris des approches alternatives au cas trouvé ;

OBJECTIF 2

Développer un portefeuille de nouveaux outils diagnostiques couplés avec un ensemble de solutions censées assurer que les résultats se retrouvent dans le traitement du patient ;

OBJECTIF 3

Évaluer le portefeuille de nouveaux outils diagnostiques et des solutions, y compris des nouvelles stratégies de détection, les approches pour une utilisation optimisée et des mécanismes de livraison novateurs, à l'avantage des patients et prévoir l'impact probable pour des systèmes de santé entiers et pour les populations ;

OBJECTIF 4

S'assurer que les nouveaux outils diagnostiques et les solutions ont été validés et sont largement disponibles et convenablement utilisés dans les pays endémiques.

Les objectifs du Cadre et les activités clés sont récapitulés dans l'Annexe 5¹.

¹ www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

Nouveaux vaccins : État et progression

Treize propositions de vaccin sont actuellement testées dans des essais cliniques et les activités pour le développement de nouveaux biomarqueurs sont pleines de promesses. Pour la première fois depuis des décennies, des informations de base sur la sécurité et les réactions immunitaires à toute une variété

de candidats de vaccins anti-TB de la première génération, sont désormais disponibles.

Néanmoins la partie n'est pas gagnée loin de là, et les cinq prochaines années seront critiques mais passionnante du point de vue de la R&D de vaccin contre la tuberculose. Bien que le réseau clinique soit correctement pourvu (voir l'image 6.4), il y a une préoccupation croissante liée au manque de diversité dans ses stratégies et ses approches immunologiques, ce qui nécessite correction et un effort particulier lors des

premières phases des recherches. Récemment, l'essai du vaccin MVA85² chez les enfants en bas âge a démontré un manque d'efficacité, ce qui prouve qu'il y a encore du pain sur la planche.

Les leçons apprises sur les 5-10 années écoulées pour la R&D de vaccin anti-TB et d'autres maladies aideront à informer la stratégie anti tuberculose durant la période du Plan Mondial.

² Tameris M, et al. Safety and efficacy of MVA85A, a new tuberculosis vaccine, in infants previously vaccinated with BCG: a randomised, placebo-controlled phase 2b trial. *Lancet*. 2013;381(9871):1021-8.

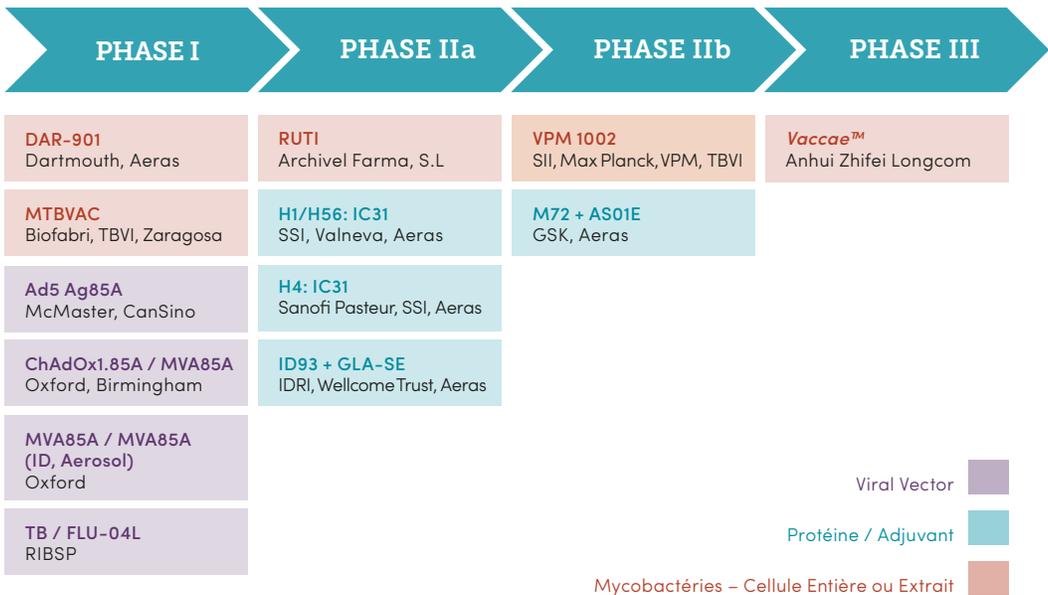


LES ACTIONS CLÉS SONT LES SUIVANTES :

- 1 Le succès sera dépendant de l'évaluation d'un panel de candidats au vaccin qui mettra en évidence les différents aspects de la réaction immunitaire de l'hôte humain à la tuberculose *M. (M tuberculosis)*
- 2 Il est nécessaire de réduire le risque de candidats échouant à un stade antérieur de développement.
- 3 Il a été démontré que des essais fiables et de haute qualité, conduisant à des exigences réglementaires rigoureuses était faisables, alors il faut le faire dans les pays où la charge est élevé et devrait être étendu aux candidats les plus prometteurs.
- 4 La gestion de portefeuilles, globale et harmonisée, aidera à assurer l'utilisation optimisée de ressources limitées, empêchera le double-emploi et facilitera la collaboration et la coopération. La communauté de Recherche et de Développement du vaccin pour la tuberculose a publié un ensemble de critères acceptés, « des étapes », objectifs sur lesquels se construisent les décisions On fait / On ne fait pas (GO/No-Go) pour l'avancement des candidats au vaccin préventif. Tout cela va continuer à évoluer à mesure que les modèles animaux évolueront (ou d'autres modèles fonctionnels alternatifs à développer) et que nous les comprendront mieux.

1 Barker L, et al. Rational approach to selection and clinical development of TB vaccine candidates. Tuberculosis (Edinb). 2012;92 Suppl 1:S25-9

FIGURE 6.4. LE RÉSEAU DU VACCIN TB CLINIQUE GLOBAL



Les renseignements contenus dans le réseau clinique pour le vaccin mondial datent de novembre 2015 et sont signalés par les promoteurs de vaccins

Feuille de route pour de nouveaux vaccins

La volonté principale qui guide le Cadre Stratégique pour de Nouveaux Vaccins 2016-2020 est le développement des nouveaux vaccins, plus efficaces, qui combattons directement, et sans risque, la tuberculose dans toutes les tranches d'âge et dans toutes les populations.

Pour matérialiser cette volonté, un investissement plus grand est exigé dans les domaines de la R&D du vaccin contre la tuberculose, de la recherche fondamentale aux essais cliniques. Il doit aussi y avoir un investissement dans le développement tant scientifique que des infrastructures elles-mêmes, qui sont nécessaires pour assurer le développement durable et fiable de nouveaux candidats au vaccin. Le progrès sera aussi grandement facilité par la création de plates-formes et de dépôts bioinformatiques qui permettront une large diffusion des données mais aussi d'outils analytiques nécessaire pour évaluer les données précliniques et cliniques.

À haut niveau, la stratégie pour le développement du vaccin devrait se concentrer sur quatre principes globaux :

1. METTRE L'ACCENT SUR LES PREMIÈRES PHASES DES RECHERCHES, CELA DANS LE BUT D'AMÉLIORER LA DIVERSITÉ DES STRATÉGIES IMMUNOLOGIQUES ET DES APPROCHES DANS LE SYSTÈME CLINIQUE. Ceci inclura des nouvelles conceptions d'étude en développant les approches précliniques et les stratégies de sélection d'antigène, ainsi en développant les stratégies d'évaluation pour les nouveaux candidats de vaccin de tuberculose qui feront les essais cliniques.

2. SE CONCENTRER SUR LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES COMME UNE POPULATION CIBLE PREMIÈRE. Les nouveaux vaccins ciblant les adolescents et les adultes devraient être la priorité parce que l'objectif suprême est un vaccin universel pour toutes les tranches d'âge ; les adolescents et les adultes constituent approximativement 94 % de la charge de la maladie à l'échelle mondiale et sont la source majeure de transmission de la tuberculose. Étant donné

les inquiétudes autour du vaccin BCG chez les enfants en bas âge (des mineurs) avec le virus de VIH, des efforts conséquents doivent être faits afin de développer des vaccins qui seront plus sûrs et plus efficaces pour les enfants en bas âge et pour les enfants en général (pour lesquels le courant vaccin BCG devra, pour l'heure, continuer à être soutenu).

3. LE DÉVELOPPEMENT DE VACCINS POUR INDICATIONS MULTIPLES. En raison de l'interaction complexe des humains avec les bactéries qui causent la tuberculose, un vaccin préventif pourrait marcher de la façon suivante : le vaccin pourrait empêcher l'infection d'une personne saine ; il pourrait empêcher l'infection de tuberculose latente de progresser vers la maladie tuberculose active ; et il pourrait protéger ceux qui sont déjà infectés de contracter à nouveau la maladie. Les nouveaux vaccins qui pourraient être utilisés comme un adjuvant à la chimiothérapie pour raccourcir le traitement, connus comme des vaccins thérapeutiques, sont aussi en cours de développement.

4. IL FAUT EXPLORER DE NOUVELLES PLATES-FORMES DE LIVRAISON DE VACCIN. Les chercheurs et les promoteurs de produit travaillent pour développer des nouveaux systèmes de livraison et des plates-formes, y compris le système de livraison sans aiguille et les vaccins qui n'exigent pas de chaîne du froid, pour surmonter des défis clés dans la livraison.

Faire progresser le nombre de vaccinations et étendre le portefeuille

Étant donné les écarts de connaissance et les contraintes financières et infrastructurelles, faire progresser la lutte anti-TB de manière globale

exigera une structure de gestion de portefeuille globale et harmonisée, qui donnera les critères rigoureux et spécifiques devant amener à une « étape » - un processus pour décider si un vaccin passe à l'étape suivante de développement.

LES OBJECTIFS CLÉS SONT LES SUIVANTS (LES ACTIVITÉS MAJEURES ET LES COÛTS DU CADRE STRATÉGIQUE POUR DE NOUVEAUX VACCINS SONT RÉCAPITULÉS DANS L'ANNEXE 5) :

OBJECTIF 1

CONTINUER DE PROMOUVOIR LE RÉSEAU CLINIQUE DE CANDIDATS POUR VACCIN CONTRE.

Cela inclut des essais cliniques, explorant de nouvelles voies pour identifier des vaccins prometteurs, en assurant la fabrication suffisante et la capacité d'essai du site ainsi que la conduite de la recherche épidémiologique sur les sites d'essai pour optimiser la sélection de site et la conception d'essai clinique.

OBJECTIF 2

AMÉLIORER LA CONNAISSANCE PAR LA MÉDECINE EXPÉRIMENTALE. Plusieurs petites études, sur les premières phases du vaccin chez l'homme pourraient fournir des hypothèses scientifiques spécifiques et des données pour développer le vaccin futur.

OBJECTIF 3

ACCENTUER LA RECHERCHE SUR LES PHASES PRÉCOCE ET LE DÉVELOPPEMENT.

L'investissement accru et concentré sur la recherche du début de phase (y compris le développement de nouvelles cibles (objectifs) de vaccination), sera essentiel pour la diversification des vaccins de tuberculose, pour l'amélioration de la connaissance et de la compréhension des pathogènes et pour l'identification des percées qui promouvoir le domaine et accéléreront le processus de la Recherche et du Développement du vaccin.

OBJECTIF 4

AMÉLIORER LA RECHERCHE SUR DES MODÈLES ANIMAUX.

RD des modèles animaux raffinés qui imitent mieux la maladie humaine et/ou reflètent mieux la transmission de la tuberculose naturelle et tiennent compte de la saisie pré clinique des vaccins qui sont probablement capables d'empêcher l'infection soutenue durable, seront essentiels pour le développement de nouveaux vaccins améliorés.

OBJECTIF 5

AMÉLIORER LES SAISIES PRÉ CLINIQUES ET CLINIQUES, STANDARDISER LES RÉACTIFS ET HARMONISER LES ESSAIS. Ceci devrait inclure l'utilisation d'imagerie avancée en accord avec le profil immunologique et transcriptionnel pour mieux définir les corrélations d'immunité protectrice.

OBJECTIF 6

POSER LES BASES POUR DES CAMPAGNES DE VACCINATION CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES.

Ceci implique de faire des recherches stratégiques et notamment sur la mise en œuvre du plan, comme notamment le rapport coût/efficacité, l'évaluation du nombre de vaccins dans les pays ou encore la carte de vaccination.

Les objectifs clés, les principales activités de soutien et les coûts du cadre stratégique pour de nouveaux vaccins sont résumés dans l'Annexe 5.¹

¹ www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

Développement de stratégies d'accès pour de nouveaux outils

Stratégies d'accès pour de nouveaux médicaments

Le processus qui consiste à permettre à une molécule intéressante (« la une ») de passer à l'étape suivante de développement peut être stimulant. De même, le spectre entier de recherche et de développement de nouveaux médicaments anti-TB est extrêmement stimulant, tant techniquement que financièrement. Les institutions de recherche n'ont pas les ressources nécessaires et il n'y a pas assez de laboratoires pharmaceutiques qui investissent dans la recherche et/ou le développement dans leurs plans de développement. Par effet domino, d'autres candidats potentiels du monde commercial ne pourront pas intervenir plus tard dans le cycle, puisque ce cycle est trop rarement bouclé. En outre, l'infrastructure mondiale exigée pour l'intendance responsable de nouveaux médicaments doit être renforcée. Il faut motiver la recherche, donc l'harmonisation réglementaire, la coopération publique et privée à multifacettes dans les domaines de la découverte, du développement, de la livraison, de l'assistance et du maintien de nouveaux médicaments et des traitements sont encouragés et soutenus.

Améliorer la façon dont nous travaillons ensemble pour faire parvenir des médicaments aux personnes ayant la tuberculose

Idéalement, le développement clinique doit être accompagné par l'expansion des capacités d'essai dans des pays endémiques de la tuberculose, de préférence avec la participation des représentants des communautés affectées : chercheurs investigateurs, médecins, infirmières et statisticiens. Plusieurs ONG (organisations non gouvernementales) jouent des rôles importants dans le renforcement des programmes de tuberculose et l'amélioration de l'accès rapide à

de nouveaux outils ; l'Alliance de la tuberculose et l'Institut national d'allergie et des maladies infectieuses (NIAID) jouent des rôles importants dans la recherche de développement de produits. De plus, il y a des associations de tutelle comme le Chemin critique vers des traitements et de médicaments contre la tuberculose (CPTR) lesquelles jouent un rôle de plus en plus important dans la coordination d'une variété d'activités. Il est important que les communautés dans lesquelles les essais cliniques seront conduits soient entièrement engagées, en accord avec les Bonnes Directives de Pratique Participatives pour des essais contre la tuberculose.¹

Un obstacle fréquent pour l'accès aux médicaments est le manque de transparence dans l'enregistrement de nouveaux médicaments. Il n'y a souvent aucun forum pour l'interaction ou la discussion entre le candidat sponsor du médicament, les organismes de réglementation et les communautés dans le processus d'enregistrement. Le manque d'harmonisation réglementaire entre les pays est décourageant, la procédure d'approbation de pays par pays pour un nouveau médicament /traitement de la tuberculose, mène à des retards mortels. L'harmonisation réglementaire pourrait rationaliser le processus du développement clinique et l'harmoniser à la soumission réglementaire et l'approbation régionale. Ce processus devrait être accompagné par le guide de l'OMS, en tant que prélude à la politique et à l'adoption des pays.

Il est important de comprendre les barrières à l'accès du patient. Des programmes d'utilisation compatissants offrent un bon exemple de fournir tôt l'accès aux médicaments vitaux pendant l'étape de développement. La chaîne

¹ Critical Path to TB Drug Regimens. Good participatory practice: guidelines for TB drug trials; 2012 (<http://www.cptrinitiative.org/downloads/resources/GPP-TB%20Oct1%202012%20FINAL.pdf>).

d'approvisionnement doit être coordonnée et renforcée d'une meilleure façon, assurant la provision fiable et de haute qualité par des organisations comme le Dispositif mondial du financement des médicaments antituberculeux (GDF). Une meilleure prédiction et la disponibilité de réserves amélioreraient la fabrication et les inefficacités de distribution pour éviter des ruptures de stock. Les coûts et l'énergie associée à ces aspects sont sous-estimés et doivent être répertoriés pour faire une estimation plus juste et introduction fructueuse à plus grande échelle du produit. Ceci ne peut pas être réalisé sans engager des communautés locales.

Stratégies d'accès pour un nouveau diagnostic de la tuberculose

L'adoption d'un nouveau test n'aboutit pas nécessairement à un nombre de cas accru ou à une augmentation du nombre de patients à traiter.

L'introduction de Xpert MTB/RIF a précisé que l'effort supplémentaire dans la mise en œuvre – et pas seulement l'amélioration de technologie diagnostique – est nécessaire pour efficacement intégrer des essais novateurs dans des procédures de services médicaux existantes, interdépendantes.

L'intégration appropriée de nouvelles solutions diagnostiques dans le système de santé plus large exigera des solutions spécifiques au pays, avec plusieurs mesures communes pour permettre la capacité d'une augmentation appropriée de nouveaux outils. Ceux-ci incluent la mise à disposition de formations et d'autres aides techniques ; l'assurance d'une qualité améliorée ; le contrôle de provision ; intégration de TBV et VIH en laboratoire ; le renfort de solutions e-santé ; une meilleure intégration du secteur privé ; la planification et les prévisions budgétaires d'assistance technique et maintenance; et réduction de tarification par une meilleure fabrication et gestion efficace de chaîne d'approvisionnement. De tels efforts devraient fournir le support complet au niveau

du pays et permettre aux ministères de santé de développer des directives nationales et des plans de mise en œuvre.

De plus, la recherche opérationnelle est nécessaire pour guider la mise en œuvre d'utilisation centrée sur le patient et, en fin de compte, améliorer l'impact dans les résultats des patients à travers la large variété de fixations dans lesquelles chaque nouvel outil de diagnostic doit être intégré. Ces améliorations, créeront à leur tour des motivations du marché en réduisant les risques d'investissement pour des développeurs. Finalement, l'harmonisation réglementaire et des cadres d'enregistrement pour le diagnostic pour des maladies primordiales comme la tuberculose sont nécessaires.

Stratégies d'accès pour de nouveaux vaccins contre la tuberculose

La recherche et le développement du vaccin contre la tuberculose, son administration et sa livraison doivent être considérés comme un ensemble pour obtenir un impact de santé maximal, particulièrement dans des nouvelles populations. Les nouveaux vaccins de tuberculose ciblant les adolescents et les adultes sont les plus susceptibles d'avoir un impact considérable sur l'épidémie globale, mais présentent des défis plus grands pour ce qui est de l'accès. Des programmes de santé publique novateurs peuvent prendre des décennies avant d'être appliqué et les défis de la vaccination adolescente et adulte est complexe. Pour comprendre correctement cet écart dans la structure d'immunisation et les programmes une étude profonde et stratégique d'implémentation est nécessaire d'ici 2020.

La recherche, y compris des évaluations et les études de coût-de-marchandises, des critères tarifaires, la rentabilité du profil de produit cible (TPP), la préparation des vaccins pour les pays, et la carte des vaccins, identifieront les facteurs facilitateurs de la mise en œuvre efficace et aideront à surmonter les barrières à la vaccination adolescente et adulte. Il sera aussi

important de comprendre la pertinence d'une pré-qualification (PSPQ) tôt dans le processus de développement, pour que les produits sous licence soient probablement approuvés, en vue de l'obtention du feu vert par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et l'UNICEF. Il sera aussi important d'identifier et de préconiser les approches plus larges qui peuvent viser la tranche d'âge adolescente et adulte, comme l'administration couplée avec le papillomavirus humain et potentiellement le virus d'herpès, lorsqu'un vaccin est disponible.

L'accès global à des nouveaux vaccins de tuberculose doit intégrer la preuve, la technologie, la politique, le financement et, plus tard, la politique des pays. Les utilisateurs finaux, des communautés, des médecins et des programmes de tuberculose nationaux devraient être activement engagés dans ce processus. Ces activités aideront à assurer l'alignement et la transition en douceur de nouveaux vaccins de la R&D aux marchés mondiaux pour obtenir l'impact de santé publique maximal.

Plaidoyer et engagement communautaire pour de nouveaux outils

Éliminer la tuberculose ne pourra pas être réalisé sans une augmentation massive de la conscience globale de l'échelle du problème, ni sans les mesures nécessaires exigées pour l'aborder, y compris le développement et la mise en œuvre de nouveaux outils. Les efforts de plaidoyer, pour sensibiliser, sont donc une partie essentielle du processus afin d'atteindre les étapes de la Stratégie Éliminer la TB. Les étapes spécifiques incluent :

L'ASSISTANCE POUR LE FINANCEMENT DE L'ACTION DE PLAIDOYER. Les donateurs de la Recherche et du Développement pour des nouveaux outils de tuberculose devraient reconnaître l'action de plaidoyer comme une partie intégrante d'activités de recherche pour lesquelles ils devraient réserver des fonds consacrés. L'accent particulier devrait être mis sur le renforcement de l'action de plaidoyer par les réseaux dans-tous les pays et surtout dans des pays à fardeau élevé.

LE RENFORCEMENT D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE DANS LA RECHERCHE (voir le Chapitre 4). L'engagement avec des communautés dans tous les aspects de R&D créera les nouveaux groupes d'activistes qui peuvent efficacement communiquer les avantages de R&D contre la tuberculose aux gouvernements, aux organismes de réglementation, ainsi qu'à d'autres institutions.

L'INCLUSION D'ACTIVISTES DANS LA PRISE DE DÉCISIONS, DANS LA STRUCTURE ET DANS LES FORUMS SCIENTIFIQUES. Les réunions de cadre comme des réunions mondiales, déterminent des recherches communiquées dans des conférences et des réunions de politique qui dirigent le financement ; ces mécanismes devront inclure des représentants de la société communautaire et civile dans des rôles de gouvernance et devront offrir des occasions de bourse, d'assistance lors de déplacement/voyage, ou des résumés de l'activité de l'avocat et de la société civile.

Nous fournissons des étapes spécifiques pour l'action de plaidoyer pour des nouveaux outils dans l'Annexe 5¹.

¹ www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp



7.

LES RESSOURCES NÉCESSAIRES

MESSAGES CLÉS

- ✦ Des investissements initiaux significativement accrus sont nécessaires de toute urgence afin d'atteindre les étapes de la Stratégie Éliminer la TB et les objectifs 90-(90)-90. Au cours des cinq prochaines années, un total de 56 à 58 milliards USD est nécessaire pour mettre en œuvre les programmes anti-tuberculose, et 9 milliards USD de plus sont nécessaires pour financer le programme R&D des nouveaux outils.
- ✦ En mettant en œuvre le scénario standard d'investissement du Plan mondial, les pays devront atteindre les étapes 2020 de la Stratégie Éliminer la TB, c'est-à-dire empêcher 38 millions de personnes de contracter la tuberculose et sauver 8 millions de vies. Le retour sur investissement serait de 27 USD pour chaque dollar investi.
- ✦ Mettre en œuvre le scénario d'investissement accéléré permettrait d'atteindre un impact encore plus grand d'ici à 2020, empêchant 45 millions de personnes de contracter la tuberculose et sauver 10 millions de vies. Le retour sur investissement pour le scénario d'investissement accéléré serait de 85 USD pour chaque dollar investi.
- ✦ Pour les pays éligibles au Fond mondial, avec les prévisions les plus optimistes de financements nationaux et grâce à un financement externe maintenu aux niveaux actuels, une somme supplémentaire de 7,4 milliards USD doit être mobilisée pour permettre aux pays d'atteindre les étapes en 2020.
- ✦ Bien que la partie majoritaire de ces investissements doivent provenir des ressources nationales et des donateurs internationaux, la mobilisation d'autres sources de financement - les obligations d'impact social, les micro-prélèvements et les taxes, les fiducies de donateurs communs - pourraient considérablement accélérer le rythme de la progression.
- ✦ Continuer avec les niveaux actuels d'investissement et d'effort n'est pas une option, car nous n'allons pas atteindre les étapes 2020 de la Stratégie Éliminer la TB et devons supporter des coûts exponentiels.
- ✦ De nouveaux outils seront essentiels pour atteindre les étapes de la Stratégie Éliminer la TB. Retarder l'investissement de ces nouveaux outils, même d'un an, aura un impact significatif sur l'avenir en termes de vies perdues, du nombre d'infections et la manque de prévention de la maladie, en outre cela engendrerait un accroissement des coûts de traitement, et une perte de productivité.

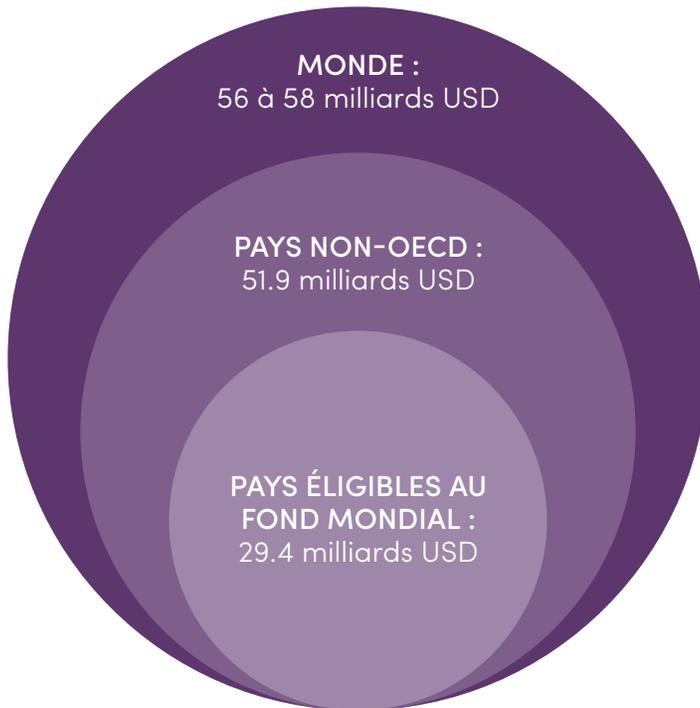
Les besoins d'investissement pour atteindre les objectifs 90-(90)-90

Une augmentation significative des ressources pour les interventions actuelles et les nouveaux outils sont nécessaires pour atteindre les objectifs 90-(90)-90. Si ces fonds sont mobilisés, les avantages seront drastiques – aussi bien en termes humains qu'économiques. Au cours des cinq prochaines années, un total de 56 à 58 milliards USD est nécessaire pour la mise en œuvre des programmes de tuberculose, et 9 milliards USD sont nécessaires pour la R&D de nouveaux outils.

L'Image 7.1 montre les besoins en ressources pour la mise en œuvre de la réponse à la tuberculose à l'échelle mondiale, dans les pays non membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (l'OCDE) et dans les pays éligibles à un financement du Fond

mondial. Les ressources exigées dans les pays non-membres de l'OCDE sont estimées à 51,9 milliards USD, alors que le besoin de ressources dans les pays éligibles à un financement du Fond mondial est estimé à 29,4 milliards USD sur la période de 2016 à 2020.

FIGURE 7.1. LES BESOINS DES RESSOURCES MONDIALES POUR LA MISE EN ŒUVRE ENTRE 2016-2020



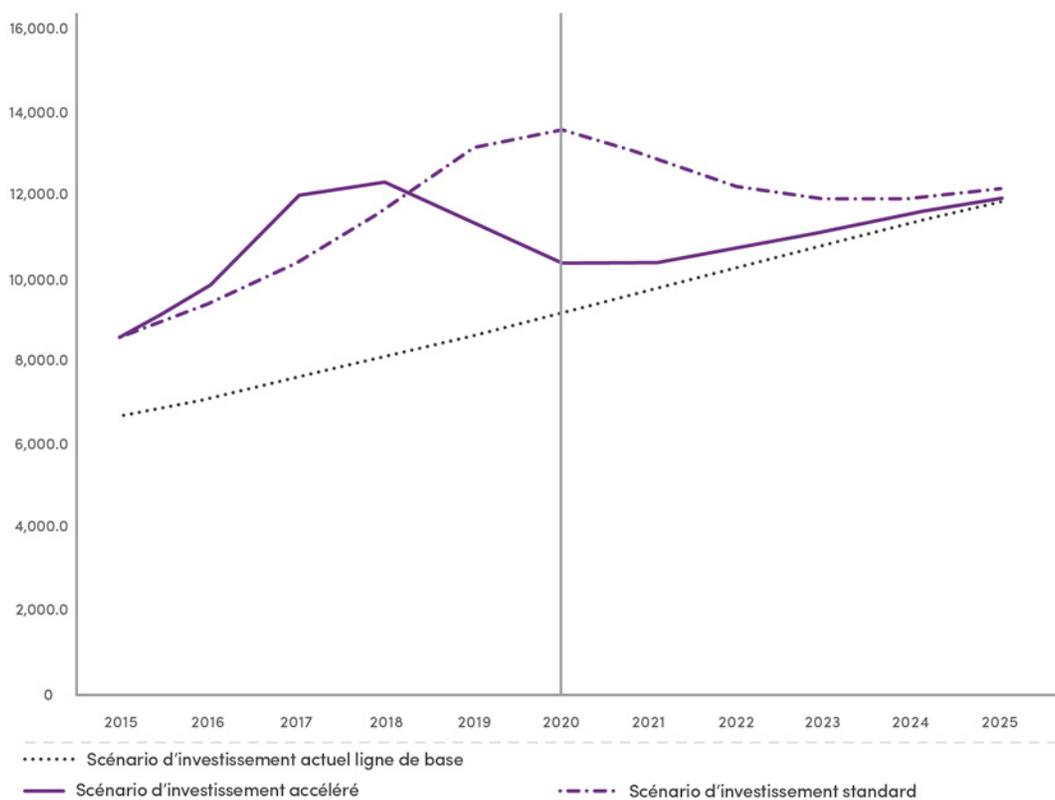
La figure 7.2 montre les besoins de financement globaux projetés au cours des cinq prochaines années pour atteindre les objectifs 90-(90)-90 du Plan mondial.

Deux types de scénarios d'investissement sont considérés : standards et accélérés. Dans le scénario d'investissement standard, les investissements augmentent progressivement à un niveau suffisant pour mettre le monde sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de 90 (90) -90 en 2025. Ce niveau d'investissement sera juste suffisant pour assurer que les étapes de la Stratégie Éliminer la TB soient atteintes.

Dans le scénario de l'accélération des investissements, l'investissement augmente plus tôt, plaçant le monde sur la voie d'atteindre les objectifs 90-(90)-90 en 2020 et dépassant les étapes de la Stratégie Éliminer la TB.

Ces deux scénarios d'investissement sont présentés en comparaison à une référence de base, où les efforts pour lutter contre la tuberculose continuent à leurs niveaux actuels. Comme le montre la Fig. 7.2, en 2015, il y a déjà eu un manque d'environ 2 milliards USD entre les budgets de la tuberculose et le montant du financement disponible.

FIGURE 7.2. RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LA LUTTE MONDIALE CONTRE LA TUBERCULOSE (EN MILLIONS USD) : SCÉNARIO D'INVESTISSEMENT STANDARD, SCÉNARIO DE L'ACCÉLÉRATION DES INVESTISSEMENTS, ET SCÉNARIO DE RÉFÉRENCE ACTUEL DE L'INVESTISSEMENT.



Sans aucune progression (c. restant à la référence de base), les coûts annuels sont censés suivre la tendance des cinq dernières années, en augmentation constante, passant d'environ 6,7 milliards USD en 2015 à environ 8,6 milliards jusqu'en 2020.

Dans le scénario d'investissement standard, les coûts annuels augmentent de façon constante pour atteindre un sommet de 13,6 milliards USD en 2020 avant de décliner, puis une augmentation progressive de la reprise en ligne avec la référence de base.

Dans le plan d'accélération des investissements, le financement nécessaire augmente plus rapidement, puis diminue fortement après avoir atteint un sommet en 2018. Ce taux de 12,4 milliards USD est plus faible que dans le plan d'investissement standard.

Trois conclusions peuvent être tirées à partir des prévisions de coûts représentés dans la figure. 7.2.

Tout d'abord, sans aucune progression, le coût de référence de la tuberculose serait augmenté de façon constante en raison du grand nombre de personnes encore en besoin de soin, combiné avec les coûts qui augmentent par cas.

Deuxièmement, et cela vaut autant pour le scénario standard que pour celui accéléré, **les pays qui accélèrent leurs efforts pour trouver et traiter les personnes atteintes de tuberculose verraient les augmentations de coûts initiaux remboursés, car il faudrait moins d'investissements au fil du temps.** Cette baisse est due à la réduction du nombre de personnes nécessitant des soins et les coûts de l'implémentation plus faibles (par rapport aux années futures).

Troisièmement, **le scénario le plus ambitieux est aussi le plus rentable** sur le long terme. La mise en œuvre du scénario d'investissement accéléré conduirait à une réduction beaucoup plus tôt dans le nombre de personnes qui tombent malades avec la tuberculose. En résultent des économies plus importantes par rapport au scénario de l'investissement standard.

Dans le scénario accéléré, l'investissement total dans la tuberculose en 2020 serait d'environ 10,5 milliards USD, seulement 1,2 milliard USD ou 13 % de plus que dans le scénario de référence où aucune augmentation du tout n'est appliquée. Comme décrit plus loin dans ce chapitre, le scénario accéléré ferait aussi significativement croître le nombre de vies sauvées ainsi que le retour sur investissement dans la période couverte par le Plan Mondial.

Les tableaux 7.1 et 7.2 présentent les exigences en matière de ressources financières totales pour la période 2015-2020, ventilés par le revenu du statut de pays, l'admissibilité à un financement du Fonds Mondial, et le paramètre national du Plan Mondial. Le tableau 7.1 présente les ressources exigées pour le scénario d'investissement standard, et Tableau 7.2 montre les ressources exigées pour le scénario d'investissement accéléré.



TABLEAU 7.1. TOTAL DES RESSOURCES EXIGÉES POUR LE SCÉNARIO D'INVESTISSEMENT STANDARD (MILLIARDS USD).

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
TOTAL MONDIAL						
Total (mondial, y compris les pays de l'OCDE)	9.5	10.4	11.7	13.2	13.6	58.4
Total (mondial, hors pays de l'OCDE)	8.3	9.2	10.4	11.8	12.2	51.9
PAR LA CATÉGORIE DE REVENU						
Revenu bas	0.9	1.0	1.3	1.6	1.7	6.5
Revenu moyen inférieur	2.2	2.5	2.9	3.4	3.5	14.4
Revenu moyen supérieur	2.5	2.7	2.9	3.2	3.3	14.6
Revenu élevé	3.8	4.2	4.7	5.0	5.2	22.9
LES PAYS ADMISSIBLES AU FOND MONDIAL, PAR CATÉGORIE DE REVENU						
Revenu bas	0.9	1.0	1.3	1.6	1.7	6.5
Revenu moyen inférieur	2.2	2.5	2.9	3.4	3.5	14.4
Revenu moyen supérieur	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	8.5
Total	4.6	5.1	5.8	6.8	7.1	29.4
RÉGLAGES DES PAYS DU PLAN MONDIAL						
Fardeau Élevé de MDR, soins centralisés	3.9	4.2	4.6	5.0	5.1	22.7
Haute TB / VIH, de la SADC	0.9	1.0	1.1	1.2	1.2	5.4
Haute TB / VIH, non-SADC	0.5	0.6	0.7	0.9	1.0	3.7
Charge modérée, COE	0.2	0.3	0.3	0.4	0.5	1.7
Haute Charge, du secteur privé	0.9	1.1	1.3	1.7	1.7	6.7
Charge modérée, à revenu intermédiaire	0.7	0.8	0.9	1.0	1.0	4.4
Inde	0.6	0.6	0.7	0.8	0.7	3.4
Chine	0.5	0.6	0.7	0.7	0.8	3.3
Faible Charge, de revenu élevé	1.2	1.3	1.5	1.5	1.5	7.1
BRICS (BRA, CHN, IND, RUS, ZAF)						
Total	4.4	4.9	5.4	6.0	6.2	26.9

TABLEAU 7.2. LES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LE SCÉNARIO D'INVESTISSEMENTS ACCÉLÉRÉ (EN MILLIARDS USD)

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
TOTAL MONDIAL						
Total (mondial, y compris les pays de l'OCDE)	9.9	12.0	12.4	11.4	10.4	56.1
Total (mondial, hors pays de l'OCDE)	8.7	10.8	11.2	10.2	9.4	50.3
PAR LA CATÉGORIE DE REVENU						
Revenu bas	1.0	1.6	1.6	1.4	1.2	6.8
Revenu moyen inférieur	2.4	3.2	3.3	2.9	2.5	14.3
Revenu moyen supérieur	2.6	2.9	2.8	2.7	2.5	13.5
Revenu élevé	3.9	4.4	4.6	4.4	4.2	21.5
LES PAYS ADMISSIBLES AU FOND MONDIAL, PAR CATÉGORIE DE REVENU						
Revenu bas	1.0	1.6	1.6	1.4	1.2	6.8
Revenu moyen inférieur	2.4	3.2	3.3	2.9	2.5	14.3
Revenu moyen supérieur	1.6	1.8	1.8	1.7	1.6	8.5
Total	5.0	6.6	6.7	6.0	5.3	29.6
PARAMÈTRES NATIONAUX DU PLAN MONDIAL						
Fardeau Haut MDR, soins centralisés	4.0	4.5	4.6	4.5	4.3	21.9
Haute TB / VIH, de la SADC	1.0	1.2	1.2	1.1	1.1	5.5
Haute TB / VIH, non-SADC	0.6	0.8	1.0	0.8	0.7	3.9
Fardeau modéré, COE	0.3	0.5	0.5	0.4	0.3	1.9
Haut Fardeau, du secteur privé	1.0	1.5	1.6	1.4	1.2	6.7
Fardeau modéré, à revenu intermédiaire	0.8	0.9	0.9	0.8	0.7	4.1
Inde	0.6	0.8	0.7	0.6	0.6	3.3
Chine	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	2.5
Fardeau bas, de revenu élevé	1.3	1.4	1.3	1.2	1.1	6.3
BRICS (BRA,CHN,IND,RUS,ZAF)						
Total	4.5	5.3	5.4	5.2	4.9	25.3

La méthodologie pour estimer le coût d'atteindre les objectifs 90-(90)-90 est présentée à l'annexe 6¹.

¹ www.stoptb.org/global/plan/plan2/annexes.asp

Figure 7.3 montre la ventilation des coûts totaux par catégorie pendant cinq ans.

La catégorie du système de santé (20 % du total) comprend l'hospitalisation et les coûts des soins

ambulatoires, ainsi que les coûts de distribution liés aux produits de base de la tuberculose.

Les médicaments antituberculeux, à la fois de première intention (FL) et de deuxième intention (SL), et la catégorie des diagnostique (13 %) contient les coûts pour les médicaments de première intention et de deuxième intention, le diagnostic de la tuberculose sensible aux médicaments, celle pharmaco résistante, et des tests de contrôle de traitement.

La gestion des cas de la tuberculose pharmaco résistante (12 %) comprend tous les coûts liés à la gestion des personnes atteintes de la tuberculose multi résistante et ultra résistante (à l'exclusion des médicaments antituberculeux, des diagnostics pour la tuberculose pharmaco résistante, et les systèmes de santé).

La collaboration TB/VIH (3 %) comprend la coordination des organismes TB/VIH, la formation conjointe et la planification, le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine pour les patients tuberculeux, le dépistage de la tuberculose pour les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine, le traitement préventif à l'isoniazide et l'éducation et l'information conjointes de TB/VIH. Il ne comprend pas Thérapie Antirétrovirale (ART).

Le renforcement des systèmes communautaires et la participation de la communauté à tous les niveaux (3%) représentent les activités liées à la participation de la communauté, la communauté des soins de la tuberculose, le renforcement des organisations communautaires et des groupes de patients, l'élaboration des politiques, des incitations et des facilitateurs.

Quatre pour cent du budget est alloué au secteur privé de la santé.

La catégorie de plaidoyer (1 %) représente des estimations de financement nécessaires pour le travail de plaidoyer aux niveaux mondial, régional et national.

Plusieurs catégories de coûts ont été regroupées sous la rubrique « Dépenses Opérationnelles » (44

%) en raison des limitations dans la disponibilité des données et la précision. Les dépenses opérationnelles comprennent les coûts des ressources humaines, les transports et les installations, le contrôle et l'évaluation, la formation, la recherche opérationnelle, les sondages, la gestion globale du programme, etc.

Comme décrit dans l'annexe 6, plusieurs catégories de coûts devraient augmenter, en particulier les catégories du renforcement du système communautaire et l'engagement du secteur privé, qui devraient atteindre 5 % en 2020 au niveau mondial.

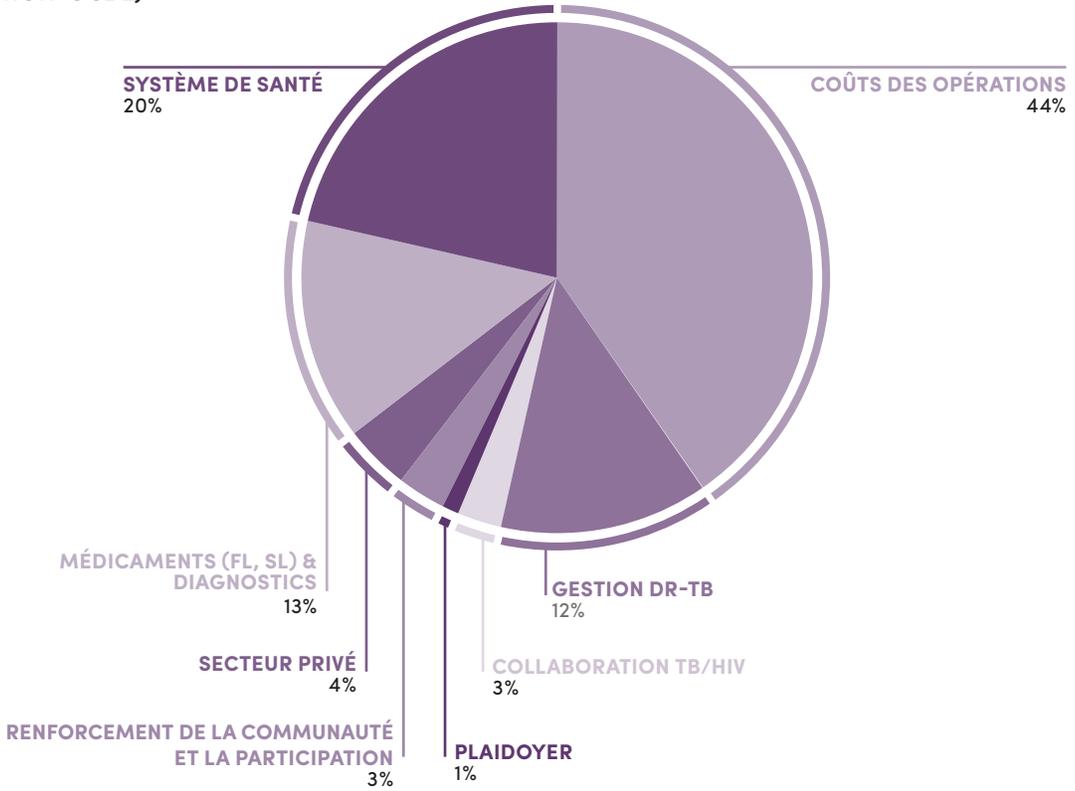
L'approche des coûts et les limites

Pour calculer les coûts, le Plan mondial puise dans les données financières communiquées par les pays de l'OMS (décrits en détail dans l'annexe 6). La méthode des coûts est soumise à certaines limitations. La manière dont les différentes catégories de coûts sont regroupées (voir ci-dessus) et signalées à et par l'OMS, varie. En outre, l'évaluation des coûts pour la période 2016-2020 ne tient pas dans l'introduction de nouveaux outils de diagnostic ou des prochains médicaments.

Pour surmonter ces limitations, une approche globale a été utilisée, en ajustant les taux de différents types de coûts unitaires de croissance. Les ressources exigées à taux bas après 2020 est liée à la baisse de la charge de la tuberculose. Toutefois, cette prédiction doit être interprétée avec prudence en raison des incertitudes autour de la disponibilité et le coût des nouveaux outils.

À l'avenir, le Plan mondial recommande une collecte plus fiable des données financières des programmes nationaux, des comptes nationaux de la santé, et des partenaires internationaux de développement, avec un investissement accru dans la surveillance et l'amélioration des coûts unitaires, des coûts de nouvelles interventions, et des investissements domestiques. En outre, les différentes catégories de coûts devraient être mieux ventilées au point de collecte de données pour une meilleure compréhension des implications financières.

FIGURE 7.3. RÉPARTITION DES COÛTS POUR LE PLAN D'INVESTISSEMENT STANDARD (PAYS NON-OCDE)



Quel sera le résultat du Plan mondial ?

Vies sauvées et cas évités

La modélisation d'impact réalisée pour le Plan mondial montre que la mise en œuvre du scénario d'investissement standard placerait les pays sur la bonne voie pour atteindre les étapes du programme Eliminer la Tuberculose - une réduction de 20 % dans le nombre de personnes qui tombent malades de la tuberculose et une réduction de 35% des décès - en seulement cinq ans. La modélisation démontre également que le scénario d'investissement accéléré aurait un impact épidémiologique encore plus drastique.

Les scénarios d'investissement standard et accéléré traiteraient respectivement 32 et 29 millions de personnes de la tuberculose. Moins de gens seront traités dans le scénario d'investissement accéléré en raison du déclin plus rapide de l'incidence.

La mise en œuvre du scénario d'investissement standard permettrait d'éviter 38 millions de cas de tuberculose et de sauver 8 millions de vies par rapport aux soins non liés à la tuberculose.

Le scénario accéléré aurait même plus d'im-

pact, empêchant 45 millions de personnes de tomber malades et sauvant 10 millions de vies.

Prenant en considération les investissements primaires coûts-efficacité et les vies supplémentaires sauvées, la recommandation du Plan mondial pour les pays, est de financer et d'exécuter le scénario d'investissement accéléré.

Réduire le fardeau de la maladie sur la société

Le Plan mondial a calculé le nombre d'année de vie ajustée à l'incapacité (DALY) - une mesure de la charge de morbidité globale qui exprime le nombre des années perdues à cause de la maladie, le handicap ou la mort précoce - qui serait évitée par la réalisation des objectifs 90-(90)-90.

Les années de vie ajustées à l'incapacité DALY évitées ont été calculées en utilisant le modèle TIME et une espérance de vie normale de 82,5 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes. Le calcul a été appliqué à 12 pays qui représentent environ 50%

de la population et de la charge de tuberculose du monde, et une méthode d'extrapolation a été utilisée pour estimer les Espérances de Vie Corrigées de l'Incapacité évitées pour les autres pays.

Les résultats sont présentés dans le Tableau 7.3. La mise en œuvre du scénario d'investissement standard permettrait d'éviter de manière supplémentaires 51,2 millions de DALY. Le scénario d'investissement accéléré ferait plus que doubler cet impact entre 2016 et 2020, évitant 144,7 millions de DALYs.

Retour sur l'investissement

Quand un programme de lutte contre la tuberculose fournit aux gens un traitement efficace - en prévenant la mort et l'invalidité - ces personnes reçoivent des prestations économiques d'entraînement. Tout d'abord, il est possible que, la prévention de la tuberculose puisse préserver des ménages de dépenses exorbitantes en soins de santé. Deuxièmement, lorsque la tuberculose est prévenue (ou traitée efficacement),

TABLEAU 7.3. DALYS ÉVITÉES PAR LES PARAMÈTRES NATIONAUX ET MONDIAUX

Les paramètres de Pays	Le scénario d'investissement standard	Le scénario d'investissement accéléré
	DALYs supplémentaires évitées	DALYs supplémentaires évitées
Forte charge MDR, soin centralisés	900	2700
Haute TB / VIH, de la SADC	7800	21 000
Haute TB / VIH, non-SADC	13 100	37 400
Charge modéré, COE	4700	13 400
Charge élevé Secteur Privé	10 700	31 100
Charge moyen, à revenu intermédiaire	1300	3700
Inde	10 600	30 400
Chine	2000	4800
Low Burden, High Income	80	200
Mondiaux (en milliers)	51 180	144 700

les membres de la famille sont en mesure de continuer ou de reprendre le travail productif.

Bien que les programmes de la maladie puissent donc apporter des gains économiques réels aux ménages, ils ne se traduisent pas nécessairement par des gains importants au niveau social. Dans de nombreux pays affectés par la tuberculose, des niveaux élevés de chômage compliquent cette équation. Par exemple, si un travailleur décède ou quitte le marché du travail pour cause d'invalidité, son ménage peut s'aggraver, mais une autre personne qui entre dans le travail peut être dans une meilleure situation. Par conséquent, la société dans son ensemble pourrait ne pas souffrir de la perte du premier travailleur.

De même, comparer la situation économique des pays en utilisant seulement le RNB par habitant c'est passer à côté des aspects importants de la protection sociale, tels que l'espérance de vie. La Commission Lancet Global Health 2035¹ a déve-

loppé une autre façon de mesurer le retour sur l'investissement. La méthode attribue une « valeur monétaire » à des gains de santé qui se basent sur l'approche « revenu total » pour mesurer le bien-être économique d'une société. De cette façon, le « revenu total » la comptabilité monétise les gains d'espérance de vie et les combine avec des gains de consommation pour obtenir une image plus complète des améliorations du bien-être.

Pour estimer le retour sur la projection d'investissement pour la période 2015-2020, la valeur des années de vie exprimées en multiples de GNI par habitant a été multiplié par année de DALY évitée. Les résultats sont présentés dans le Tableau 7.4.

Le retour sur l'investissement global serait d'environ 530 milliards USD pour le plan d'investissement standard - un retour sur le taux d'investissement d'environ 27. Le plan d'investissement accéléré nous ramènerait à 1,2 billion USD, soit 85 USD pour chaque dollar investi.

¹ Global health 2035: a world converging within a generation. Lancet. 2013;382(9908):1898-955 (<http://www.thelancet.com/commissions/global-health-2035>).

TABLEAU 7.4. LE RETOUR SUR INVESTISSEMENT (ROI) DONNANT DES ESTIMATIONS DE 2016 À 2020 POUR DES PARAMÈTRES NATIONAUX ET MONDIAUX

By Country Settings	GNI par habitant 2013 (AVG)	ROI pour investissement standard (millions \$)	ROI pour l'investissement accéléré (en millions de US \$)
Charge de MDR élevé, soin centralisé	9000	15 000	1700
Haute TB / VIH, de la SADC	3200	185 000	7800
Haute TB / VIH, non-SADC	1500	159 000	41 200
Charge modéré, COE	800	12 000	158 500
Charge élevé, du secteur privé	2400	60 500	41 000
Charge moyen, à revenu intermédiaire	8200	16 200	407 200
Inde	1600	52 900	364 000
Chine	6700	29 200	52 600
Faible charge, de revenu élevé	40 900	3000	134 500
Total	11 000	532 800	1208 500

Le retour sur investissement est positif dans tous les groupes de pays, offrant des rapports inférieurs de 10 dans des paramètres avec MDR élevé et des paramètres à situation précaires, à un rapport de 90 dans des paramètres à taux TB/ VIH élevés dans les pays de la SADC.

Des bénéfices permanents de systèmes de santé grâce à l'investissement dans la tuberculose

Les investissements dans la tuberculose renforcent les systèmes de santé de façon permanente, en augmentant leur capacité à lutter contre d'autres maladies et épidémies. Ce renforcement peut être réalisé de plusieurs manières.

Tout d'abord, investir dans un diagnostic efficace et en avance de la tuberculose construit la durée du diagnostic, de laboratoire et de la capacité de recherche de cas dans le système de santé. Les symptômes de la tuberculose ne sont pas spécifiques et se produisent dans plusieurs maladies, et des outils tels que les microscopes et les rayons X ont des utilisations multiples au-delà de la tuberculose. Les efforts pour améliorer le dépistage des cas de la tuberculose en amont a un impact positif, donc, sur la détection précoce d'autres conditions, notamment celles affectant les poumons.

Les réseaux de laboratoire de la tuberculose sont connus pour établir des processus de normalisation et d'assurance de la qualité qui peuvent influencer positivement la qualité des laboratoires de santé publique à travers le conseil d'administration. Le Plan mondial appelle à l'intégration des laboratoires de la tuberculose et de diagnostic dans les systèmes de santé et l'amélioration de l'accès par le transport de l'échantillon. Il envisage des programmes de tuberculose bien intégrés comme un comportement du renforcement des systèmes de santé pour le diagnostic précoce de la maladie.

Deuxièmement, les investissements qui renforcent la recherche des contacts pour la tuberculose permettront de créer un système qui peut être réactivé de manière fiable pendant les épidémies de maladies infectieuses, comme l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, qui a exigé la mobilisation rapide des établissements de santé et des communautés pour mener de nombreuses enquêtes de contact.

Troisièmement, la lutte contre la tuberculose nécessite des investissements dans les pratiques de contrôle des infections aéroportées. Un tel investissement serait de renforcer la capacité des systèmes de santé à répondre rapidement à d'autres éclosions d'infections aéroportées telles que la grippe et les syndromes respiratoires.

Quatrièmement, alors que le traitement de la tuberculose exige une longue interaction avec les patients et les communautés, les investissements de la tuberculose peuvent renforcer l'engagement global avec ces communautés au profit des autres programmes de santé.

Cinquièmement, le long traitement de la tuberculose exige des systèmes solides, fiables d'approvisionnement des médicaments. D'autres améliorations dans ces systèmes, et une plus grande intégration de ces systèmes dans les systèmes de santé nationaux plus large, bénéficieront directement des systèmes de santé qui cherchent à améliorer les chaînes d'approvisionnement pour d'autres maladies.

Enfin, les coûts, en dehors des frais directs et pour les produits de base ou directs, constituent une énorme part. Ces coûts impliqueront le renforcement des laboratoires, l'amélioration des composantes du système de santé, et le développement des ressources humaines - qui ont tous le potentiel d'avoir un impact positif et durable sur la portée et l'impact global des systèmes de santé.

Investir dans notre avenir : le besoin urgent de financement pour la recherche et le développement

Les pays peuvent réaliser des gains spectaculaires en répondant aux objectifs 90-(90)-90. Cependant, après 2025, les outils existants auront un impact diminué et ne seront plus suffisants pour infléchir la courbe de l'épidémie de tuberculose d'une manière suffisamment forte pour répondre aux étapes de la Stratégie «Éliminer la TB».

Pour maintenir l'élan et continuer de progresser au-delà de 2020, de nouveaux outils – comprenant les diagnostics rapides aux soins de courte durée, les traitements de courte durée efficaces, et les vaccins pour éviter l'infection et la maladie – sont nécessaires urgemment.

Pas moins de 9 milliards de Dollars, comprenant le déploiement de diagnostics nouveaux et existants pour répondre aux objectifs 90-(90)-90) sont nécessaires pour la recherche et le développement de nouveaux médicaments, de diagnostics et de vaccins, selon le cadre établi dans le Chapitre 6.

De nombreux facteurs auront une incidence sur les coûts de la R&D, tels que les aboutissements dans la recherche, l'évolution des nouveaux outils, leur mise à disposition et en service et la complexité de fabrication. Et les besoins de financement vont continuer à évoluer au fil des nouvelles découvertes, des résultats de la recherche préclinique et clinique qui vont également éclairer certaines décisions, et des nouveaux modèles, des progrès dans la connaissance permettront encore de rationaliser davantage le processus de R&D.

Le coût de l'inaction : quel est le résultat d'un sous-financement de recherche et de développement ?

Une façon de conceptualiser l'importance de l'investissement immédiat dans de nouveaux outils est d'estimer le coût de l'inaction, que l'on peut assimiler à de la suffisance. On peut la définir comme le coût du futur traitement de la tuberculose et de la perte de productivité induite si le monde atteint les étapes 2020 de la Stratégie Éliminer la TB, sans

pour autant consentir les investissements nécessaires dans de nouveaux outils entre 2016 et 2020.

Afin d'estimer le coût de l'inaction, une série d'hypothèses simplificatrices sont nécessaires :

- ✦ Les baisses annuelles de pourcentage d'incidence de la tuberculose et de la mortalité qui ont été atteints sans de nouveaux outils afin d'atteindre les étapes de 2020 se poursuivront jusqu'en 2030.
- ✦ Cinq ans après que l'investissement dans de nouveaux outils débute, la baisse d'incidence et de mortalité va augmenter de façon constante et à un degré suffisant pour atteindre les étapes de 2030. L'impact des nouveaux outils n'est donc réalisé que lentement au fil du temps – avec plus d'impact en 2030 qu'en 2020.
- ✦ Le coût du traitement de la tuberculose ne va pas augmenter au-dessus du niveau de 2013.
- ✦ Un taux d'actualisation annuel de 3 % est appliqué à tous les coûts et à l'année de vie ajustée à l'incapacité (DALYs), réduisant ainsi la valeur de l'épargne des futurs coûts et la productivité (bien que les coûts non actualisés et les résultats soient également présentés). Les pertes des services publics de la santé de la tuberculose sont supposées augmenter avec la mortalité de la tuberculose, et une conversion normalisée est faite de 41 années de vie ajustées à l'incapacité (DALYs) évitées par décès évité (41 étant le ratio estimé par le Global Burden of Disease Study 2010).¹

¹ Global burden of diseases, injuries, and risk factors study. Lancet (<http://www.thelancet.com/global-burden-of-disease>).

TABLEAU 7.5. LE FINANCEMENT TOTAL REQUIS POUR LA RECHERCHE ET LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX OUTILS, 2016-2020

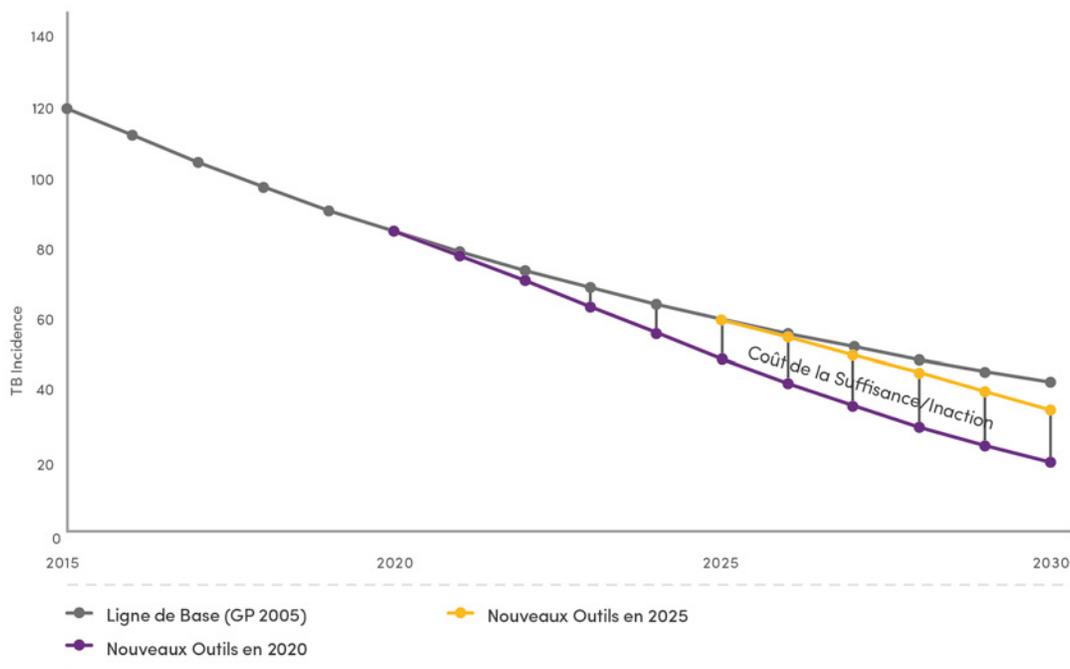
	Objectif	(Millions \$ US)
NOUVEAUX MÉDICAMENTS	Soutenir le projet à travers la découverte de base de médicaments contre la tuberculose	1050
	Maintenir la capacité du site d'essai	300
	Développer un régime plus court pour la sensibilité aux médicaments de tuberculose (DS-TB)	1400
	Développer un régime plus sûr à plus grande efficacité et plus court pour la tuberculose multi résistante (TB-MR)	600
	Améliorer le traitement pour les enfants	150
	Développer un régime plus sûr à plus grande efficacité de la tuberculose latente	90
	Assurer l'adoption du pays de nouveaux médicaments contre la tuberculose et les régimes	500
	Engager la communauté et de la société civile dans l'ensemble du processus de développement de médicaments et l'accès	65
	Nombre total des nouveaux médicaments	4155
NOUVEAUX DIAGNOSTIQUES	Veiller à ce que la connaissance critique est disponible et explorer des approches alternatives à la recherche de cas	281
	Développer un portefeuille de nouveaux outils de diagnostic, couplé avec un ensemble de solutions d'accompagnement pour assurer que les résultats traduisent le traitement des patients	158
	L'évaluation du portefeuille de nouveaux outils et solutions de diagnostic, y compris de nouvelles stratégies de détection, des approches pour une utilisation optimisée, et les mécanismes de prestation novateurs; démontrer les avantages des patients; et la prévision de l'impact probable dans le système de santé	165
	Valider complètement que les nouveaux outils et solutions de diagnostic sont largement disponibles et utilisés de manière efficace dans les pays endémiques (y compris le déploiement)	2827
	Total des nouveaux diagnostics	3431
	(Y compris le déploiement)	676
	(sans le déploiement)	676
NOUVEAUX VACCINS	Continuer à avancer le pipeline clinique des candidats pour le vaccin de la tuberculose	537
	L'amélioration des connaissances grâce à la médecine expérimentale	220
	Plus l'accent sur un stade précoce et de la recherche de découverte	200
	Amélioration des modèles animaux	150
	Améliorer les lectures précliniques et cliniques	71
	Préparer le terrain pour les campagnes de vaccination adolescents et les adultes	12
	Engager la communauté	60
	Total des nouveaux vaccins	1250
	Plaidoyer et mobilisation des ressources pour de nouveaux outils	60
TOTAL	Avec déploiement de diagnostic	8836
	Sans déploiement	6081

Malgré la nature conservatrice de ces hypothèses, le coût estimatif de la complaisance est énorme (voir Fig. 7.4).

EN 2030, ET SELON UNE ESTIMATION, UN DÉLAI DE CINQ ANS POUR UN INVESTISSEMENT DANS DE NOUVEAUX OUTILS VA ENTRAÎNER :

- 1 8.4 MILLIONS DE CAS SUPPLÉMENTAIRES DE TUBERCULOSE (TB)**
- 2 1.4 MILLIONS DE MORTS SUPPLÉMENTAIRES DÛ À LA TUBERCULOSE (TB)**
- 3 39.8 MILLIONS USD D'ANNÉE DE VIE AJUSTÉE À L'INCAPACITÉ (DALYS) SOUFFERTES**
(56.1 millions sans actualisation)
- 4 5.3 MILLIARDS USD DE COÛTS ADDITIONNELS POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE (TB)**
(\$7.5 milliards sans actualisation)
- 5 181 MILLIARDS USD PERDUS EN PRODUCTIVITÉ** (\$318 milliards USD sans actualisation) en estimant chaque DALY au PIB par habitant

FIGURE 7.4. LE COÛT D'UN NON-INVESTISSEMENT DANS DE NOUVEAUX OUTILS



Ainsi, le coût total de cette forme de complaisance est estimé à plus de 185 milliards USD. Ces coûts devraient encore augmenter au-delà de 2030. Même **un retard d'un an dans l'investissement après 2016** porterait un coût énorme : 2,4 millions de personnes contractant la tuberculose ; 390 000 décès liés à la tuberculose ; 1,6 milliard USD en coûts de traitement de la tuberculose (2,2 milliards USD sans actualisation) ; 11,6 millions d'AVCI (16,0 millions de sans actualisation) ; et 54 milliards USD (91 milliards USD sans actualisation) en perte de productivité.

Nous ne pouvons pas mettre fin à l'épidémie de tuberculose avec les outils dont nous disposons aujourd'hui. Et chaque jour durant lequel l'épidémie continue de s'étendre, le coût humain et économique ne fait qu'augmenter. Pour éviter ces coûts, il est impératif aujourd'hui que nous augmentions rapidement les investissements dans de nouveaux diagnostics, des schémas thérapeutiques et des vaccins. Retarder cet investissement même d'un an seulement pourrait se traduire par des milliards USD en coûts de traitement supplémentaires.

Sources de financement pour le Plan mondial

La nature des « biens publics mondiaux »¹ de la plupart des investissements faits vers la tuberculose en font une priorité pour en retirer des avantages sociétaux plus larges. Il existe trois grandes sources de financement pour la mise en œuvre et la recherche : le financement national, le financement extérieur et les financements innovants.

1 "Global public goods" are defined as those goods that are both "non-rival" (i.e. anyone can consume the good without affecting the utility derived from its consumption) and "non-excludable" (i.e. once the good is produced, no one can be prevented from enjoying it). World Bank (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTOED/EXTANNREVDEVEFFE/EXT2008ANNREVDEVEFFE/0,contentMDK:21903365~menuPK:5397143~pagePK:64829573~piPK:64829550~theSitePK:4683541,00.html>). WHO (<http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/>).

LE FINANCEMENT INTÉRIEUR



Pour les pays à revenu élevé, les pays du groupe Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud (BRICS) et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, presque tous les investissements de la tuberculose devraient découler de ressources nationales. Il est prévu que les pays du BRICS et l'Indonésie connaissent de fortes hausses des dépenses de santé publiques au cours des années à venir.²

RLa Russie et d'autres pays d'Europe orientale peuvent être en mesure de financer une part importante de l'expansion des services de lutte

contre la tuberculose grâce à des économies de coûts dans les budgets existants de lutte contre la TB : en décentralisant les soins de la tuberculose, en réduisant fortement le nombre de patients qui sont hospitalisés, ainsi que les durées d'hospitalisation.

Les autres pays à revenu intermédiaire et à forte charge de morbidité pourraient rationaliser leurs activités de lutte contre la tuberculose par une meilleure intégration dans les services de santé généraux.

Toutefois, un changement de paradigme axé sur la fin de la tuberculose ne sera possible que si les pays sont prêts à consacrer des lignes budgétaires spéciales, comme l'Afrique du Sud l'a fait.

2 De La Maisonneuve C, Oliveira Martins J. A projection method for public health and long-term care expenditures. Economics Department Working Papers No. 1048, OECD, Paris; 2013.

Les réalités économiques sont très différentes dans les pays à revenu moyen inférieur et ceux à revenu faible. La plupart des pays à forte charge de morbidité dans ce sous-ensemble restent fortement dépendants des financements extérieurs pour leurs programmes de lutte antituberculeuse. En outre, une grande partie des budgets de la tuberculose sont actuellement non capitalisés dans beaucoup de ces pays.

L'analyse effectuée par le Partenariat¹ montre que dans les huit pays à revenu faible, et à forte charge, les comptes de financement nationaux représentent seulement 7% des besoins budgétaires de la tuberculose nationales. Dans les neuf pays à revenu moyen inférieur, à charge élevée, le financement national représente moins de 26 % des besoins budgétaires de la tuberculose nationale. Dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur, à forte charge, environ la moitié du budget national de la tuberculose demeure non capitalisé.

Les chiffres donnent une illustration criante de la nécessité d'un soutien international accru. Sans un tel soutien, aucun de ces pays ne sera en mesure d'atteindre les objectifs 90-(90)-90.

Une tendance inquiétante est apparue dans de nombreux pays dans lesquels la croissance du PIB ne se traduit pas par une augmentation des dépenses de santé publique. Au lieu de cela, ces pays ont tendance à sous-investir dans la santé publique ou les services de santé publique sous-financés jusqu'à ce qu'ils soient près d'atteindre le statut de pays à revenu moyen supérieur. Pendant ce temps, ils dépendent de l'aide internationale. Alors que l'augmentation des investissements nationaux dans les programmes de lutte contre la tuberculose devrait être une priorité, même dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de tranche inférieure, il est important d'être conscient de l'inertie des investissements dans la santé et de ne pas être naïf quant à la capacité de ces pays à effectuer une importante

mise à l'échelle du financement national contre la tuberculose. Tout est souvent et avant tout une question de volonté.

Cela étant dit, de nombreux pays nécessitent en effet un soutien externe. Afin de déterminer le bon dosage de sources de financement pour financer les efforts exposés dans ce plan, les contextes de chaque pays doivent être pris en compte, car ceux-ci varient très largement.

Il est important de suivre l'augmentation du financement domestique à travers de meilleurs systèmes de rapport financier, notamment par le biais des comptes nationaux de la santé là où ils existent.

Figure. 7.5. montre que, même avec le scénario le plus optimiste pour le financement domestique accru, un déficit de financement important dans les pays éligibles pour le Fond mondial (première barre) demeurerait. Pour le scénario domestique, on utilise les estimations du Fond mondial 2015.

Accroître l'efficacité des programmes nationaux pour la tuberculose

Les choix face aux décideurs de la tuberculose et les exécutants de programmes sont redoutables à cause d'une persistance forte charge de morbidité, de ressources limitées, et de la nécessité à comparer les technologies émergentes avec des approches moins chères (mais plus vieilles et moins efficaces).

Ce défi nécessite une réorientation vers l'efficacité d'allocation, à savoir la maximisation des résultats de santé à l'aide de la combinaison la plus rentable des interventions de santé, livrées aux populations cibles dans les domaines prioritaires les plus hauts via la prestation de services rationalisés.

Le Plan mondial exhorte les pays à utiliser des approches analytiques qui intègrent des données sur le coût et l'efficacité des interventions dans les applications du monde réel afin d'estimer comment la charge de la tuberculose peut être traitée en utilisant les ressources dispo-

¹ Stop TB Partnership Factsheet. Racing to the End TB finish line; 2015.

nibles. Il encourage aussi les pays à chercher des moyens d'améliorer l'efficacité de l'exécution du programme de la tuberculose sans en réduire la qualité.

L'assurance sociale

L'assurance sociale (AS) est un mécanisme par lequel des fonds peuvent être levés au sein des pays et regroupés pour financer les services de santé.² Dans les systèmes d'AS européens, les employés et leurs employeurs cotisent à un ensemble de services disponibles à l'assuré et à sa charge. De nombreux gouvernements ont également des subventions de ces systèmes afin d'assurer la durabilité.

Ces programmes de contributions sont conçus pour assurer que les riches contribuent plus que les pauvres et que les malades ne paient pas plus que ceux en bonne santé. En outre, certains gouvernements ont étendu la couverture aux personnes qui ne peuvent pas payer, comme les pauvres et les chômeurs, en rencontrant ou en subventionnant leurs contributions.

2 Thinking of introducing social health insurance? Ten questions. World Health Report background paper. Geneva: World Health Organization; 2010.

Cette approche a des avantages dans le contexte de la tuberculose. Comme les régimes AMO facturent généralement des taux de couverture plus élevés pour les personnes les plus riches (qui sont moins susceptibles d'avoir la TB) et fournissent une couverture gratuite aux personnes les plus pauvres (qui sont plus susceptibles d'avoir la TB), les mécanismes AS peuvent aider à réduire les inégalités de santé, à éviter les coûts catastrophiques pour les personnes atteintes de TB et à distribuer des fonds vers la tuberculose, le tout en augmentant les niveaux globaux de financements disponibles pour lutter contre la tuberculose.

Un certain nombre de pays envisagent d'introduire et/ou d'intensifier AS dans le cadre de leurs efforts pour atteindre CHU. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent saisir l'occasion pour inclure les soins de la tuberculose dans le package de la couverture fournie par l'AMO. Autant que possible, toutes les formes de tuberculose gérées par les deux systèmes de santé publique et privé devraient être portées en vertu de la couverture des régimes AMO. Des efforts devraient également être déployés pour garantir que les régimes AMO sont inclus et fournissent une couverture aux populations clés, tels que les migrants.

LE FINANCEMENT INTERNATIONAL



La figure 7.5. fournit une illustration de la nécessité d'un financement international accru dans les pays éligibles au Fond mondial. Il montre les fonds qui sont prévus à partir de sources domestiques, le Fond mondial et d'autres sources externes, ainsi que le financement supplémentaire dont les pays auront besoin au-delà de ces sources.

Étant donné que les chiffres pour le financement intérieur sont basés sur des scénarios de prévisions les plus optimistes préparés par le Fond mondial, il est clair qu'il y a un besoin important et croissant pour des contributions supplémentaires au Fond mondial et d'autres sources internationales. Sans

ce financement additionnel, les étapes 2020 de la Stratégie Éliminer la TB ne seront pas atteintes.

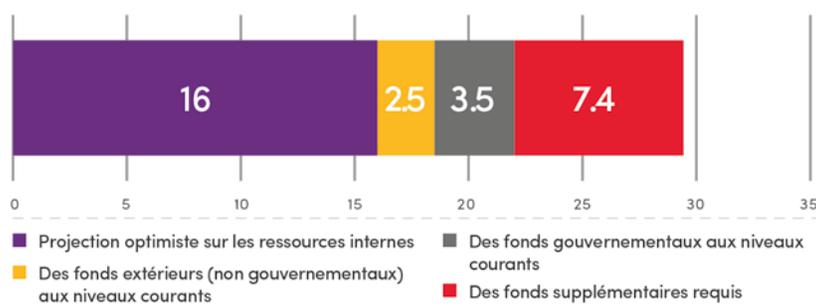
Pour les pays éligibles au Fond mondial, la nécessité de ressources totales pour la période 2016-2020 est de 29,4 milliards USD. Le scénario le plus optimiste du financement domestique accrue, avec un financement externe continue aux niveaux actuels, fournira jusqu'à 22 milliards USD, ce qui laisse une exigence supplémentaire de financement de 7,4 milliards USD qui doit être mobilisé.

Si les pays éligibles au Fond mondial arrivent à mettre en œuvre le scénario d'investissement accé-

léré – que le Plan mondial recommande – le montant total du financement requis au cours des cinq

prochaines années sera à peu près le même, mais devra être rendu disponible plus tôt.

FIGURE 7.5. LES BESOINS EN RESSOURCES (EN MILLIARDS EUR) POUR LA PÉRIODE 2016-2020, PAR SOURCE DE FINANCEMENT



LE RÔLE DES FINANCEMENTS INNOVANTS DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

La santé mondiale a un solide bilan dans le développement de mécanismes de financement innovants. Alors qu'il était encore principalement soutenu par les bailleurs de fonds traditionnels, le Fond mondial et UNITAID, par exemple, ont mis au point des approches novatrices pour la mobilisation, la mise en commun, canaliser, la répartition et la mise en œuvre des ressources afin de diriger de grandes quantités de financement rapide pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.¹

Ces mécanismes vont continuer à jouer un rôle clé dans la lutte contre la tuberculose. Le Fond mondial contribue à lui seul près de 70 % du financement international.² Mais, il y a une nécessité de cultiver le financement des bailleurs de fonds non traditionnels.

L'Impact obligatoire social

Un instrument qui peut potentiellement permettre d'obtenir un financement supplémentaire est l'impact du lien social. Ceci est un mécanisme financier par lequel les investisseurs paient à l'avance pour les interventions en vue d'atteindre les résultats escomptés. Ensuite, ils travaillent avec des organismes de prestation pour veiller à ce que ces résultats soient obtenus. Les bailleurs de fonds (gouvernements et/ou bailleurs de fonds) font des paiements aux investisseurs si les interventions réussissent, avec le degré de rendements sont lié au niveau de succès des résultats obtenus. En ce sens, les obligations d'impact social sont comme des approches basées sur les résultats des autres, mais avec un capital initial. Cela garantit la finance à des prix abordables pour les prestataires de services.

Dans le cadre de la programmation de la tuberculose, un impact obligatoire social pourrait encourager les investisseurs à fournir du capital initial pour soutenir les efforts des divers prestataires de services pour améliorer le diagnostic

1 Atun R, Knaul FM, Akachi Y, Frenk J. Innovative financing for health: what is truly innovative? *Lancet*. 2012;380(9858):2044-9.

2 Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2014: shifts in funding as the MDG era closes. Seattle, WA: IHME; 2015.

de la tuberculose et le traitement dans les communautés à forte charge de morbidité.

Ces activités auraient des avantages à la fois sociaux et financiers. L'impact social serait produit à partir de la réduction de la charge de la maladie et de la productivité accrue d'une population avec moins de cas de tuberculose active. Les gouvernements et les entreprises qui fournissent des soins de la tuberculose (par exemple dans les communautés minières) devraient réaliser les avantages financiers par le biais de la réduction des coûts engagés dans le traitement des patients. Le gouvernement devrait également bénéficier des recettes fiscales accrues générées par une population économiquement plus productive. Ces économies formeraient une partie du capital qui serait remboursé aux investisseurs.³

Le Financement conjoint

Les Financement conjoints sont un autre cadre qui ont le potentiel d'augmenter le financement disponible pour les programmes de lutte antituberculeuse et de R&D. Comme son nom l'indique, cette approche facilite le mélange des capitaux publics et privés pour financer les objectifs de développement.

Son objectif est de débloquer le principe d'investissement du secteur privé. En règle générale, les essais cliniques pour de nouveaux outils (par exemple des tests de tuberculose) constituent une activité à haut risque sans retours financiers garantis pour une entreprise. Les financements conjoints cherchent à réduire ce risque en fournissant le secteur public et le financement philanthropique pour défrayer les coûts du programme – comme le soutien technique pour la conception de l'étude et de l'intervention – à laquelle l'entreprise ne serait pas en mesure de répondre. L'approche a donc le potentiel de tirer parti des investissements du

secteur privé, l'innovation et l'expertise pour des projets qui autrement seraient laissés de côté.

Micro prélèvements / taxes

Les impôts et micro prélèvements sur les biens de consommation peuvent aussi générer des ressources pour la santé mondiale. L'exemple le plus cité est une petite taxe sur les achats de billets d'avion. Lancé en 2006 en France, la taxe est maintenant répandue au Cameroun, Chili, Congo, Madagascar, Mali, Maurice, le Niger et la Corée du Sud. Les fonds amassés servent à soutenir UNITAID dans l'achat de traitements contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose et le paludisme. D'une taxe d'environ 1 USD pour les billets en classe économique et de 40 USD pour les places en classe affaires, UNITAID a levé près de 1,2 milliard USD sur cinq ans (2007-2012). Il reste de nombreuses autres possibilités dans les domaines de l'industrie extractive, de la transformation, de la consommation et de la finance, où ces taxes pourraient être prélevées.

Fiducies communes sur les donateurs

Les fiducies sur les donateurs sont des mises en commun des fonds qui distribuent des subventions aux organisations pour répondre aux résultats sociaux définis. Leur principale caractéristique implique une approche multi-donateurs, qui vise à mieux coordonner le financement des programmes, tout en sensibilisant pour les questions qui nécessitent une attention supplémentaire.

Les fiducies peuvent aider à simplifier le processus d'octroi de subventions et de maximiser l'impact. Par exemple, le pouvoir a récemment lancé de confiance de la nutrition, hébergé par la Banque mondiale et l'UNICEF, est un fonds de 200 millions USD qui vise à accroître l'efficacité du financement de la dénutrition et d'autres objectifs de santé spécifiques liés à un retard de croissance et de gaspiller. Le fonds oblige les pays à fournir des capitaux correspondant à des efforts pour faire face aux problèmes.

3 Milken Institute. Innovative financing for global health R&D; 2012 (<http://assets1c.milkeninstitute.org/assets/Publication/InnovationLab/PDF/FIL-Global-Health-Report.pdf>).

Comblent le besoin de financement pour la recherche et le développement

Il y a un énorme fossé dans le financement pour la recherche et le développement de nouveaux outils pour lutter contre la tuberculose. En 2013, un total de 676,7 millions USD a été investi dans la R&D, juste 33,8 % de l'objectif annuel de 2 milliards USD prévu dans le Plan mondial 2011-2015.¹

Sans une augmentation du financement, les buts de la Stratégie Éliminer la TB ne seront pas atteints, et les conséquences sur les économies et les vies humaines seront énormes. À de faibles niveaux actuels de financement, les chercheurs et les développeurs de produits ont néanmoins été en mesure de faire avancer les programmes de recherche, et les réseaux continuent d'aller de l'avant, comme on l'a démontré dans le Chapitre 6. Toutefois, ils doivent limiter leurs projets de recherche pour se loger dans un environnement de financement limité, étouffant la créativité, l'innovation et l'expérimentation nécessaires pour le développement d'outils. Fondamentalement, des ressources insuffisantes limitent le nombre de chercheurs désireux d'entrer ou de rester dans le domaine de la R&D.

Il y a plusieurs raisons expliquant le déficit dans le financement de la R&D dans la tuberculose. Le marché actuel de médicaments antituberculeux ne fournit pas suffisamment d'incitations pour le développement de nouveaux produits. Développer des solutions de diagnostic est une activité à haut risque financièrement, ce qui la rend particulièrement périlleuse pour les PME. En outre, le développement de vaccins est une entreprise coûteuse et complexe qui a jusqu'ici seulement attiré une base de donateurs trop ténue.

Pour augmenter le financement pour la R&D, il faut agir dans les domaines clés suivants :

LE MAINTIEN ET L'AUGMENTATION DE LA BASE DES DONATEURS. Maintenir les partenariats actuels et l'augmentation de la base de financement avec de nouveaux donateurs, les investisseurs et les acteurs du secteur privé sont les priorités. Ces efforts doivent augmenter. Le gouvernement, secteur public et donateurs philanthropiques, en particulier la Fondation Bill & Melinda Gates, ont fourni un financement essentiel pour la R&D dans la tuberculose, et certains partenaires de l'industrie pharmaceutique ont également contribué des ressources et de l'expertise.

Cependant, l'augmentation des investissements en provenance des pays du BRICS – pays qui représentent près de la moitié de tous les cas de tuberculose et ont une infrastructure de recherche importante – donnerait un coup de pouce majeure. La création de la Nouvelle Banque de Développement (NDB) BRICS, avec ses 50 milliards USD de capital, représente l'une de ces possibilités d'investissement dans la R&D de la tuberculose des pays BRICS.

Un certain nombre de sources de financement supplémentaires existent, y compris les mécanismes de financement mis en commun tels que le Partenariat des pays européens en développement sur les essais cliniques (EDCTP) avec le Fond de la technologie innovante de santé mondiale. Il est impératif que ces initiatives soient renforcées, mises en œuvre et coordonnées de manière adéquate.

LE FINANCEMENT DES PLATES-FORMES ET DES MÉCANISMES. Les complexités, les coûts et les risques de la R&D de la tuberculose, demanderont plusieurs plates-formes et des partenaires de financement, et une combinaison de mécanismes incitatifs. Des mécanismes poussoirs, comme les subventions traditionnelles, les finances activées de R&D à l'avant, réduisant le risque pour les

¹ Frick M. 2014 report on tuberculosis research funding and trends, 2005-2013. Treatment Action Group; 2015.

chercheurs et les développeurs. Les mécanismes d'encourager les investissements du secteur privé dans la R&D. En 2007, par exemple, la Food and

Drug Administration des États-Unis a présenté le chèque de revue prioritaire, accordée aux entreprises qui découvrent des médicaments pour

BOÎTE 7.1:

Cadres de collaboration pour la recherche et le financement du développement : Le projet 3P

Malgré la charge de santé de plus en plus élevée, le sous-investissement dans la R&D de la tuberculose signifie que le réseau de nouveaux médicaments est clairsemé. Les entreprises privées ne disposent pas des incitations financières à investir dans la R&D, de nouveaux médicaments contre la tuberculose en raison des revenus commerciaux relativement faibles disponibles. Les développeurs sont souvent incapables d'accéder à la propriété intellectuelle de certains composés pour tester leurs médicaments en combinaison, ce qui signifie que la recherche de nouveaux traitements fort nécessaires pour la tuberculose ne peut se produire qu'après terminaisons de développement clinique et registration des composés individuels. En outre, il n'y a aucune garantie que les patients pourront accéder à de nouveaux traitements et à des prix abordables.

Le projet 3P, une initiative de la Campagne Access de Médecins Sans Frontières, est un exemple d'un effort pour remédier à ces problèmes en créant un cadre de collaboration qui combine le financement push (pousser) et le financement pull (tirer), et un mécanisme de mise en commun de la connaissance scientifique et la propriété intellectuelle. En somme, le projet 3P vise à :

- 1** Offrir des prix piliers pour les produits aux points prédéterminés dans le pipeline de développement de médicaments, par exemple, quand un produit a terminé avec succès des essais de phase initiale ;
- 2** Obtenir des licences pour les indications de la tuberculose de nouveaux composés, assurant ainsi la faisabilité du développement rapide des régimes les plus prometteurs ;
- 3** Compenser en avance intégralement et récompenser les chercheurs et les développeurs pour leurs investissements, dissocier le financement de la R&D de prix des produits et aussi promouvoir l'abordabilité et l'accessibilité des médicaments ;
- 4** Regrouper les licences, facilitant ainsi le développement de schémas optimisés indépendamment des recherches sur des composés individuels ;
- 5** Fournir des subventions de recherche pour encourager le développement préclinique et clinique de traitements de la tuberculose les plus prometteurs ;
- 6** Faciliter la production concurrentielle des régimes finaux dans les marchés de taille cosécantes ;
- 7** Assurer le modèle de financement « pull » ou « push » dépendant de la volonté de partager les données et les droits de propriété intellectuelle pertinents au sein du pool 3P.

Le projet vise à transformer 3P TB R&D en utilisant de nouvelles approches pour la coordination et le financement avec le but d'encourager une augmentation substantielle des niveaux d'activité de recherche, et inciter le développement d'une nouvelle série de régime de médicaments capables de traiter toutes les formes de tuberculose. Le lancement de 3P est prévu pour 2016.

les maladies négligées. Ces bons peuvent être échangés¹; initialement évalué à 321 millions USD, deux bons ont été récemment vendus à 67 et 125 millions USD. Pour le diagnostic, l'élargissement du marché grâce à la mise en œuvre généralisée des solutions existantes, tout en rendant en même temps de nouveaux outils plus abordable, aiderait à conduire un cycle vertueux de création de la demande.

De toute évidence, le financement de la R&D nécessite des idées plus novatrices et des mécanismes de financement alternatifs. Le système de pression-traction et la mutualisation de mécanisme décrit dans l'encadré 7.1 ci-dessous est une telle initiative qui vise à rassembler les divers acteurs et les incitations de marché pour faciliter la collaboration ouverte.

¹ Noor W. Placing value on FDA's priority review vouchers. *In Vivo*. 2009;27(8):1-8.

Rationaliser et investir dans la R&D, à travers des modèles de partenariat. Les partenariats de développement de produits (PDP) ont joué un rôle crucial dans la promotion de la R&D, ce qui démontre l'utilisation efficiente et efficace des ressources limitées, et réunissant des partenaires pour faire avancer un agenda de recherche commun et coordonner les activités. Toutefois, le financement en 2013 pour quatre des PDP de tuberculose primaire était de 22 millions USD en dessous des niveaux de financement de 2008.² Le soutien financier pour les PDP devrait être augmenté de 25 à 40 millions USD par an afin de rétablir le financement au moins aux niveaux de 2008 et d'augmenter le financement pour que la recherche progresse.

² Moran M, Guzman J, Chapman N, et al. G-FINDER 2014: Neglected disease research and development:

emerging trends. Policy Cures; 2014 (<http://www.policycures.org/downloads/Y7%20GFINDER%20full%20report%20web%20.pdf>).

FIG: 7.6: TOTAL INVESTMENTS AND RETURNS UNDER THE ACCELERATED INVESTMENT SCENARIO FOR IMPLEMENTATION

29 | DE PERSONNES
millions | SOIGNÉES

45 | DE CAS
millions | ÉVITÉS

10 | DE VIES
millions | SAUVÉES

56 | DE BESOINS
milliards de \$ | EN RESSOURCES

85 | DE RETOUR SUR
dollars | INVESTISSEMENT
par dollar dépensé



Stop TB Partnership

hosted by
 **UNOPS**

Un Plan Mondial 2016-2020 pour mettre fin à la tuberculose entièrement financé permettra de créer un changement de paradigme dans la réponse mondiale à la tuberculose, de développer de nouveaux outils pour mettre fin à la tuberculose, de veiller à ce que 29 millions de personnes soient traitées pour la tuberculose, sauver jusqu'à 10 millions de vies, éviter 45 millions cas de maladie, et offrir l'assurance que le monde est sur la bonne voie pour atteindre les objectifs concernant la TB des ODD et ceux de la Stratégie Eliminer la TB.



Stop TB Partnership

Chemin de Blandonnet 2,
1241 Vernier
Geneva, Switzerland

www.stoptb.org