

MISE EN ŒUVRE DE LA
STRATÉGIE POUR METTRE
FIN À LA TUBERCULOSE :
POINTS ESSENTIELS

LA STRATÉGIE

FIN À LA TUBERCULOSE



Organisation
mondiale de la Santé

Mise en oeuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose : points essentiels
[Implementing the end TB strategy: the essentials]

ISBN 978-92-4-250993-9

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules>).

Citation suggérée. Mise en oeuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose : points essentiels [Implementing the end TB strategy: the essentials]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé à Genève, Suisse.

MISE EN ŒUVRE DE LA
STRATÉGIE POUR METTRE
FIN À LA TUBERCULOSE :
POINTS ESSENTIELS

LA STRATÉGIE

FIN À LA TUBERCULOSE



Organisation
mondiale de la Santé

Table des matières

ABRÉVIATIONS	II
AVANT-PROPOS	III
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	VI
PARTIE I. APPROCHE, PRINCIPES ET PREMIÈRES ÉTAPES ESSENTIELLES	1
Messages clés	1
Introduction	5
1.1 Une approche globale pour mettre fin à la tuberculose	5
1.2 Principes de base de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose	7
1.3 Étapes essentielles	12
PARTIE II. VISION, BUT, INDICATEURS, CIBLES ET OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES	17
Messages clés	17
Introduction	19
2.1 Vision et but	19
2.2 Indicateurs, cibles et objectifs intermédiaires mondiaux : définition et justification	19
2.3 Adaptation des cibles et mesure des progrès dans les pays, 2016-2025	21
2.4 Indicateurs de suivi des progrès accomplis aux niveaux mondial et national dans la mise en œuvre des principales composantes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, et valeurs cibles recommandées	27
PARTIE III. LES TROIS PILIERS	33
PILIER 1 – SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT	35
Messages clés	35
Introduction	37

Des services de soins et de soutien centrés sur le patient	37
Composante 1A. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque	37
Composante 1B. Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose, y compris de tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients	43
Composante 1C. Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH et prise en charge des comorbidités	49
Composante 1D. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose	55
PILIER 2 – POLITIQUES VIGOUREUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN	61
Messages clés	61
Introduction	62
Composante 2A. Engagement politique s’accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose	62
Composante 2B. Mobilisation des communautés, des organisations de la société civile et de tous les prestataires de soins publics et privés	66
Composante 2C. Politiques de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, l’enregistrement des faits d’état civil, la qualité et l’usage rationnel des médicaments, et la lutte contre l’infection	75
Composante 2D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d’autres déterminants de la tuberculose	78
PILIER 3 – INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L’INNOVATION	86
Messages clés	86
Introduction	87
Composante 3A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies	87
Composante 3B. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l’impact et promouvoir l’innovation	87
RÉFÉRENCES	102
ANNEXE 1	107
Méthodes d’établissement de projections en vue de définir les cibles nationales	
ANNEXE 2	108
Liste de contrôle proposée pour évaluer la situation de la recherche sur la tuberculose dans le pays à des fins de préparation et de planification	
REMERCIEMENTS	111

Abréviations

aDSM	Système actif de contrôle et de gestion de l'innocuité des médicaments antituberculeux	OSC	Organisation de la société civile
BCG	Bacille Calmette–Guérin	PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive	PPM	Partenariats public-privé
CSU	Couverture sanitaire universelle	PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
ITL	Infection tuberculeuse latente	RMNCAH	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
TB-MR	Tuberculose multirésistante	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
MNT	Maladies non transmissibles	SMI	Santé maternelle et infantile
ODD	Objectifs de développement durable	TL	Taux de létalité
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
OMS	Organisation mondiale de la Santé	IDR	Intra-Dermo Réaction à la tuberculine
ONG	Organisation non gouvernementale		

Avant-propos

•••

Pour faire cesser l'épidémie de tuberculose, les pays devront renforcer leurs secteurs sanitaires et sociaux en mettant en place une couverture sanitaire et une protection sociale universelles, deux éléments qui figurent aussi en bonne place parmi les objectifs du nouveau programme de développement durable des Nations Unies.

La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014 et approuvée par plusieurs Comités régionaux de l'OMS en 2015, ainsi que la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies d'inclure une cible relative à la fin de l'épidémie de tuberculose dans l'objectif 3 de développement durable relatif à la santé en septembre 2015, témoignent d'une volonté mondiale manifeste d'intensifier la lutte contre la tuberculose et de mettre un terme à l'épidémie mondiale de cette maladie. Le rapport 2015 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde montre à quel point cette volonté est opportune et essentielle, la tuberculose figurant désormais parmi les principales maladies infectieuses mortelles dans le monde, aux côtés du VIH.

Grâce à la mise en œuvre de la stratégie DOTS (1994-2005) et de la stratégie Halte à la tuberculose (2006-2015), les pays – en particulier ceux dont la charge tuberculeuse est élevée – sont parvenus à établir les fondements nécessaires à la prestation de services de diagnostic et de traitement de qualité contre la tuberculose. Ces efforts ont largement contribué à la réalisation de la cible pour la tuberculose des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui consistait à interrompre l'épidémie et à commencer à en inverser la tendance. Entre 2000 et 2014, les progrès accomplis dans la prestation de services de diagnostic et de traitement de qualité avérée contre la tuberculose ont permis de sauver 43 millions de vies à l'échelle mondiale. Il est toutefois apparu clairement que l'amélioration de l'accès aux services de diagnostic et de traitement, bien que donnant des résultats remarquables en termes d'atténuation des souffrances et de déclin des décès, n'avait que très peu d'effet sur les objectifs de réduction du taux d'incidence et d'inflexion de l'épidémie de tuberculose. Cela n'est pas entièrement surprenant : la tuberculose n'est pas seulement un problème biomédical et de santé publique, mais aussi une maladie associée à la pauvreté ; elle continuera donc de prospérer tant que la pauvreté persistera. C'est pourquoi la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose entend mettre un terme à l'épidémie en s'appuyant sur une approche globale conjuguant à la fois des interventions sanitaires et sociales. L'un des principes fondamentaux de cette stratégie veut que l'éventail d'interventions ainsi choisies soit adapté au contexte régional, national et local. Au-delà de l'accès universel à des soins antituberculeux de qualité, la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose vise également à promouvoir la prévention de la tuberculose. Pour faire cesser l'épidémie, les pays devront renforcer leurs secteurs sanitaires et sociaux en mettant en place une couverture sanitaire et une protection sociale universelles, deux éléments qui figurent aussi en bonne place parmi les objectifs du nouveau programme de développement durable des Nations Unies. Si cette approche plurifactorielle est susceptible d'infléchir plus rapidement l'épidémie de tuberculose, il est possible qu'elle ne suffise pas à y mettre fin. Pour mettre un terme à l'épidémie, il faudra aussi disposer de nouveaux outils : un test réalisable sur le lieu des soins pour diagnostiquer l'infection et la maladie, des schémas thérapeutiques plus courts et plus efficaces pour traiter la maladie et l'infection, et, dans l'idéal, un vaccin pouvant être administré avant et après l'exposition.

•••

La transition de la stratégie « halte la tuberculose » à la stratégie « mettre fin à la tuberculose » exigera d'importantes transformations, en commençant par un changement d'optique de la part des responsables nationaux de la lutte antituberculeuse.

Après avoir abordé la vision, le but, les cibles et les jalons de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, ainsi que les indicateurs opérationnels proposés pour mesurer les progrès réalisés, le présent document expose les points essentiels de la mise en œuvre opérationnelle, des principes, des piliers et des composantes de cette stratégie. Tandis que la stratégie adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé définit les actions à accomplir dans les décennies à venir pour réaliser les objectifs de développement durable d'ici 2030 et les cibles de l'OMS d'ici 2035, le présent document explique comment procéder et identifier les acteurs impliqués, selon l'endroit où la stratégie sera mise en œuvre. L'OMS a élaboré des directives pratiques et des outils pour la plupart des composantes des trois piliers de la stratégie, mais non pour toutes. Le présent document explique les concepts mis en jeu et décrit les premières expériences faites dans les pays ayant déjà engagé la transition vers la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

La transition de la stratégie « halte la tuberculose » à la stratégie « mettre fin à la tuberculose » exigera d'importantes transformations des efforts nationaux de lutte contre la tuberculose. Pour faire cesser l'épidémie, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose devront non seulement innover et étendre leurs activités pour permettre à tous ceux qui en ont besoin d'accéder aux services de diagnostic, de traitement et de prévention (interventions du Pilier 1), mais aussi collaborer avec les institutions publiques et privées, les communautés et les organisations de la société civile pour veiller à ce que la tuberculose soit prise en compte dans la conception et la mise en œuvre des programmes sanitaires et sociaux pertinents (interventions du Pilier 2). L'introduction de nouvelles méthodes, outils et technologies nécessitera d'importants efforts de recherche opérationnelle, et les pays devront également participer de manière proactive aux travaux de recherche visant la mise au point et le déploiement de nouveaux outils essentiels pour faire cesser l'épidémie (interventions du Pilier 3). Pour une bonne mise en œuvre de la Stratégie, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose devront bénéficier d'un soutien accru de la part de toutes les parties prenantes. En substance, la tâche qui nous attend tous exige un engagement multisectoriel à long terme. Tandis que le monde entre dans l'ère des objectifs de développement durable, nous espérons que tous ceux qui se préoccupent de la santé mondiale feront de l'élimination de la tuberculose une priorité et contribueront à combattre ce fléau immémorial jusqu'à ce que le monde parvienne à mettre fin à l'épidémie.



Dr Mario Raviglione

Directeur, Programme mondial de lutte contre la tuberculose
Organisation mondiale de la Santé

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

OBJECTIF

L'objectif du présent document est de fournir des orientations sur les actions à mener au niveau national pour adapter, lancer et mettre en œuvre la Stratégie de l'Organisation mondiale de la Santé pour mettre fin à la tuberculose. Cette stratégie, approuvée par la Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé en 2014, est conçue pour atteindre, dans le cadre de l'objectif 3 de développement durable des Nations Unies relatif à la santé, la cible qui vise la fin de l'épidémie de tuberculose. La poursuite de cet objectif ambitieux mais réalisable exigera de nouvelles manières de travailler, en s'appuyant sur les efforts nationaux et mondiaux déjà déployés au cours des vingt dernières années et en saisissant l'occasion qui se présente pour encourager de nombreux nouveaux acteurs à se joindre à cet effort.

Le présent document a été élaboré par le Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS. Sa rédaction a bénéficié des apports collectifs du Groupe consultatif stratégique et technique pour la tuberculose et de consultations approfondies avec de nombreux partenaires lors des deux années de préparation de la Stratégie, ainsi que durant l'année suivant son approbation. Il s'appuie également sur les premières expériences des pays qui se préparent actuellement à appliquer la Stratégie.

Ce document, conçu pour être utilisé principalement par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNLT) ou les entités analogues des ministères de la santé, est destiné à tous les acteurs impliqués dans la prestation de soins et la prévention contre la tuberculose. Il est indispensable que les PNLT collaborent avec un large éventail de partenaires pour mettre en œuvre la Stratégie. En prenant comme point de départ le présent document, les responsables nationaux pourront être amenés à préparer un guide opérationnel national détaillé sur la mise en œuvre de la Stratégie afin de répondre aux besoins de divers partenaires.

À mesure que les pays adapteront la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, la mettront en œuvre et partageront leurs expériences, l'OMS fournira des orientations et outils supplémentaires et révisera au besoin le présent document. Il s'agit donc d'un document « vivant », qui sera enrichi par l'ajout d'exemples nationaux et d'études de cas disponibles en ligne.

STRUCTURE

Le présent document est structuré en trois parties :

La Partie I présente l'approche générale, les principes fondamentaux et les principales étapes de la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

La Partie II expose les cibles fixées au niveau mondial, donne des conseils sur l'établissement de cibles nationales et fournit des indicateurs prioritaires que les pays peuvent utiliser pour suivre les progrès réalisés.

La Partie III présente les approches à adopter pour la mise en œuvre des trois piliers de la Stratégie.

Les chapitres consacrés au Pilier 1 (soins et prévention intégrés, centrés sur le patient) et au Pilier 2 (politiques vigoureuses et systèmes de soutien) sont organisés de sorte à aborder le « quoi », le « qui » et le « comment » des interventions nationales en décrivant :

- les politiques nationales nécessaires à la mise en œuvre de chaque composante ;
- les principaux acteurs participant à la mise en œuvre de chaque composante ;
- les exigences relatives au système de santé aux fins de la mise en œuvre ;
- les principales étapes de la mise en œuvre.

Le chapitre traitant du Pilier 3 (intensification de la recherche et de l'innovation) propose des mesures susceptibles de favoriser la mise en œuvre du volet relatif à la recherche au niveau national. Tout au long du document, des exemples tirés de l'expérience des pays sont fournis pour illustrer la mise en œuvre d'aspects particuliers de la Stratégie.

MESSAGES CLÉS

PARTIE I. APPROCHE, PRINCIPES ET ÉTAPES ESSENTIELLES

- Au cours des 20 prochaines années, il ne sera possible de mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose que si une action vigoureuse est déployée par tous les pays ayant souscrit à la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et à ses cibles ambitieuses. Cela suppose un changement de paradigme, l'accent n'étant plus mis sur des mesures ciblées de réduction progressive de l'incidence de la tuberculose, mais plutôt sur des mesures multisectorielles renforcées, qui ont donné la preuve de leur capacité à infléchir rapidement l'épidémie.
- La fin de l'épidémie de tuberculose est une cible des ODD qui ne pourra être atteinte qu'au moyen d'une approche mixte, combinant des interventions biomédicales, des actions de santé publique, des mesures socioéconomiques et des travaux de recherche et d'innovation.
- La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose comprend un ensemble d'interventions entièrement adaptables au contexte national. Elle possède dix composantes, regroupées selon trois piliers et quatre principes fondamentaux, qui exigent une tutelle des pouvoirs publics, l'établissement d'une coalition solide avec les communautés et les organisations de la société civile, une méthode de mise en œuvre éthique, équitable et fondée sur les droits de l'homme, et l'adaptation de la Stratégie et de ses cibles au contexte national.
- Pour mettre en œuvre les piliers et les composantes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose tout en adhérant à ses principes fondamentaux, il est indispensable que les ministères de la santé et les autres entités concernées intensifient leur action, en collaboration étroite avec toutes les parties prenantes, notamment les autres ministères, les communautés, la société civile et le secteur privé.
- Pour assurer la promotion et la coordination d'une réelle collaboration multisectorielle aux niveaux national et infranational, l'instauration d'un mécanisme de coordination nationale de haut niveau pourra être nécessaire.
- Dans chaque pays, la conception et la mise en œuvre opérationnelle d'interventions efficaces pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose devront reposer sur des évaluations initiales rigoureuses, consistant notamment à établir une carte de l'épidémie, à apprécier l'état de préparation du système de santé et du programme de lutte antituberculeuse et à dresser l'inventaire des ressources disponibles pour l'ambitieux travail à accomplir.

PARTIE II. VISION, BUT, INDICATEURS, CIBLES ET OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

- La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose comprend une vision, un but et trois indicateurs généraux, associés à des cibles à l'horizon 2030 et 2035, ainsi que des objectifs intermédiaires pour 2020 et 2025.
- Les cibles pour 2035 consistent à réduire l'incidence de la tuberculose de 90 % pour parvenir à 10 cas par an pour 100 000 habitants et à faire reculer de 95 % le nombre absolu de décès dus à la tuberculose par rapport à 2015. Ces cibles correspondent à l'objectif global visant à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose à l'horizon 2035. Les cibles pour 2030 (déclins de 80 % et de 90 % de ces paramètres respectifs par rapport à 2015) correspondent à l'échéance fixée pour les ODD des Nations Unies pour l'après-2015. La troisième cible générale concerne l'élimination des coûts catastrophiques supportés par les familles touchées par la tuberculose d'ici 2020.
- Les cibles et les objectifs intermédiaires de la Stratégie ont été définis à partir de projections estimant ce qui pourrait être réalisé en deux phases : 2016-2025 et 2026-2035.
 - » Le travail de la première phase consistera essentiellement à assurer une utilisation optimale des interventions existantes, à mettre en place une couverture sanitaire universelle pour

les interventions essentielles de prévention, de traitement et de soins, et à agir sur les déterminants sociaux et les conséquences sociales de la tuberculose.

- » Pour la seconde phase, il faudra en outre que de nouveaux outils soient disponibles et largement utilisés, notamment des vaccins efficaces avant et après exposition, des tests réalisables sur le lieu des soins pour diagnostiquer la maladie et l'infection, ainsi que des schémas thérapeutiques de plus courte durée pour traiter la maladie et l'infection tuberculeuse latente.
- Les pays peuvent adapter les cibles et les objectifs intermédiaires mondiaux à leur propre contexte en s'appuyant sur les orientations fournies dans ce chapitre. Une attention particulière est accordée à la définition des cibles pour 2020 et 2025, ces échéances étant particulièrement importantes pour la stratégie et la planification à court terme.
- Il est essentiel que les progrès accomplis dans la réduction de l'incidence, de la mortalité et des coûts catastrophiques associés à la tuberculose soient mesurés de manière fiable. Une surveillance très efficace de la tuberculose doit être assurée, dans le cadre des systèmes nationaux d'information sanitaire et d'enregistrement des faits d'état civil, pour suivre l'incidence de la tuberculose et la mortalité associée. Pour la mesure des coûts catastrophiques, il est conseillé de procéder à des enquêtes spéciales.
- Ce chapitre contient une liste des dix principaux indicateurs pertinents pour le suivi mondial et national des progrès réalisés dans la mise en œuvre de toutes les composantes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, ainsi que leurs valeurs cibles recommandées. Au minimum, les pays devront établir en quelle année ces cibles pourront être atteintes et veiller à ce que des systèmes de suivi soient en place pour assurer une mesure fiable des progrès. Il est recommandé de fixer une date cible qui n'aille pas au-delà de 2025 pour ces dix indicateurs.

PARTIE III. LES TROIS PILIERS

Pilier 1 – Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient

- Le Pilier 1 de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose s'appuie sur les stratégies DOTS (1994-2005) et Halte à la tuberculose (2006-2015) et couvre les fonctions essentielles des services de santé nécessaires à la prise en charge et à la prévention de la tuberculose. Sa mise en œuvre nécessite une collaboration étroite avec toutes les parties prenantes, y compris les services de protection sociale, la société civile et les communautés.
- Les ressources humaines et financières affectées à la mise en œuvre doivent correspondre au champ élargi des fonctions essentielles effectivement intégrées dans la prestation des services de santé généraux.
- Il est indispensable que les personnes de tout âge présentant une forme quelconque de tuberculose, qu'elle soit pharmacosensible ou pharmacorésistante, bénéficient toutes d'un diagnostic précoce et d'un traitement rapide. Des tests de pharmacosensibilité et de diagnostic rapide de la tuberculose approuvés par l'OMS devraient être accessibles à tous ceux qui en ont besoin, et en priorité aux personnes à risque de tuberculose multirésistante ou de tuberculose associée au VIH. Il convient que des tests de pharmacosensibilité soient proposés pour les médicaments antituberculeux autres que la rifampicine.
- Un traitement adéquat de la tuberculose, qu'elle soit pharmacosensible ou pharmacorésistante, doit être disponible et accessible à tous ceux qui en ont besoin. Des mesures convenables de contrôle de l'innocuité et de gestion des médicaments devront être appliquées. Il importe que tous les personnels soignants compétents participent à la prestation des soins antituberculeux. Il convient également que des soins palliatifs et de fin de vie soient disponibles lorsque toutes les options thérapeutiques curatives ont été épuisées.
- Des programmes communs de lutte contre la tuberculose et le VIH devraient être mis en œuvre, permettant la prestation intégrée et décentralisée de services antituberculeux et anti-VIH, dans le respect des dernières recommandations de l'OMS sur les activités concertées en matière de tuberculose/VIH et sur la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente (ITL).
- Dans la perspective des soins centrés sur le patient, tous les patients devraient bénéficier, selon leurs besoins, d'un appui éducatif, psychologique et économique leur permettant de se soumettre à un diagnostic complet et de suivre dans son intégralité le traitement requis.

- Les personnes en contact étroit avec des patients atteints de tuberculose, les personnes vivant avec le VIH et les travailleurs exposés à la poussière de silice devraient faire l'objet d'un dépistage systématique de la tuberculose et bénéficier éventuellement d'un traitement prophylactique.
- Il est essentiel d'évaluer l'état nutritionnel de toutes les personnes atteintes de tuberculose et, selon les besoins, de leur fournir des soins et des conseils nutritionnels. Tous les malades devraient également faire l'objet d'un dépistage du diabète, ainsi que d'une recherche d'autres comorbidités ou facteurs de risques associés, tels que le tabagisme et l'abus d'alcool ou de drogues, selon l'épidémiologie locale.
- Les mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse doivent être appliquées de manière systématique.
- Des outils numériques éprouvés devront être progressivement mis en place pour améliorer l'efficacité de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

Pilier 2 – Politiques vigoureuses et systèmes de soutien

- La bonne mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose exige une tutelle efficace des pouvoirs publics, un engagement politique de haut niveau et des ressources accrues.
- Il est essentiel qu'une coordination active soit assurée entre les ministères, ainsi qu'une collaboration étroite avec les communautés, la société civile et tous les prestataires de soins publics et privés.
- Un plan stratégique national rigoureux de lutte antituberculeuse, doté d'un budget adapté, doit être élaboré et mis en œuvre avec toutes les parties prenantes, en cohérence avec les plans sanitaires et sociaux généraux du pays.
- Il convient d'établir les liens nécessaires à la formulation de conseils et à la mise en place de stratégies et de mécanismes de couverture sanitaire universelle tenant compte des impératifs liés à la tuberculose.
- On veillera au renforcement et à l'application du cadre réglementaire en vue d'une notification obligatoire des cas de tuberculose ; des efforts plus soutenus devront être déployés pour améliorer l'enregistrement des faits d'état civil, l'assurance de la qualité et l'usage rationnel des médicaments et renforcer les mesures de prévention de l'infection.
- Il incombe aux organismes publics et à tous les partenaires de prendre des mesures concrètes pour que la tuberculose soit prise en compte dans les programmes de protection sociale et de réduction de la pauvreté, ainsi que dans les politiques sociales associées, en prêtant une attention particulière aux besoins des communautés touchées et des groupes vulnérables.

Pilier 3 – Intensification de la recherche et de l'innovation

- Pour mettre un terme à l'épidémie de tuberculose, il faudra disposer de nouveaux produits de diagnostic, médicaments et vaccins, ainsi que de modes d'administration novateurs. Les pays où la charge de la tuberculose est modérée ou forte peuvent jouer un rôle déterminant pour stimuler et poursuivre les efforts de recherche, de concert avec les pays à revenu élevé et à faible charge tuberculeuse.
- Un plan national cohérent de recherche sur la tuberculose, comprenant un programme définissant les priorités propres au pays tout au long du continuum de la recherche, allant de la recherche fondamentale à la recherche opérationnelle, est une condition essentielle au développement des capacités de recherche sur la tuberculose dans les pays à charge forte ou modérée de tuberculose.
- Des mécanismes doivent être en place pour permettre une collaboration efficace entre divers établissements de santé et de recherche, le programme national de lutte contre la tuberculose et d'autres programmes de santé publique, de préférence au travers d'un réseau national de recherche sur la tuberculose.
- Les réseaux nationaux de recherche sur la tuberculose devront s'employer à nouer des liens avec des partenaires internationaux reconnus, notamment des chercheurs, des institutions de recherche, d'autres réseaux de recherche et des bailleurs de fonds.
- Des investissements publics soutenus sont indispensables pour développer les infrastructures et les capacités nécessaires à la recherche sur la tuberculose.



PARTIE I

APPROCHE, PRINCIPES ET PREMIÈRES ÉTAPES ESSENTIELLES

•••

MESSAGES CLÉS

- Au cours des 20 prochaines années, il ne sera possible de mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose que si une action vigoureuse est déployée par tous les pays ayant souscrit à la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et à ses cibles ambitieuses. Cela suppose un changement de paradigme, l'accent n'étant plus mis sur des mesures ciblées de réduction progressive de l'incidence de la tuberculose, mais plutôt sur des mesures multisectorielles renforcées, qui ont donné la preuve de leur capacité à infléchir rapidement l'épidémie.
- La fin de l'épidémie de tuberculose est l'une des cibles des objectifs de développement durable. Elle ne pourra être atteinte qu'au moyen d'une approche mixte, combinant des interventions biomédicales, des actions de santé publique, des mesures socioéconomiques et des travaux de recherche et d'innovation.
- La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose comprend un ensemble d'interventions entièrement adaptables au contexte national. Elle possède dix composantes, regroupées selon trois piliers et quatre principes fondamentaux, qui exigent une tutelle des pouvoirs publics, l'établissement d'une coalition solide avec les communautés et les organisations de la société civile, une méthode de mise en œuvre éthique, équitable et fondée sur les droits de l'homme, et l'adaptation de la Stratégie et de ses cibles au contexte national.
- Pour mettre en œuvre les piliers et les composantes de cette stratégie tout en adhérant à ses principes fondamentaux, il est indispensable que les ministères de la santé et les autres entités concernées intensifient leur action, en collaboration étroite avec toutes les parties prenantes, notamment les autres ministères, les communautés, la société civile et le secteur privé.
- Pour assurer la promotion et la coordination d'une réelle collaboration multisectorielle aux niveaux national et infranational, l'instauration d'un mécanisme de coordination nationale de haut niveau pourra être nécessaire.
- Dans chaque pays, la conception et la mise en œuvre opérationnelle d'interventions efficaces pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose devront reposer sur des évaluations initiales rigoureuses, consistant notamment à établir une carte de l'épidémie, à apprécier l'état de préparation du système de santé et du programme de lutte antituberculeuse et à dresser l'inventaire des ressources disponibles pour l'ambitieux travail à accomplir.

2

STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE : **PILIER 1** **PILIER 2** **PILIER 3**

PILIER 1

**SOINS ET
PRÉVENTION
INTÉGRÉS,
CENTRÉS SUR
LE PATIENT**

PILIER 2

**POLITIQUES
VIGOUREUSES
ET SYSTÈMES
DE SOUTIEN**

PILIER 3

**INTENSIFICATION
DE LA
RECHERCHE ET DE
L'INNOVATION**

Tutelle des pouvoirs publics, obligation redditionnelle, suivi et évaluation

Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés

Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité

Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, doublée d'une collaboration mondiale

LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE **EN UN COUP D'ŒIL**

VISION : UN MONDE SANS TUBERCULOSE

Zéro décès, aucune maladie ni souffrance due à la tuberculose

BUT : METTRE FIN À L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE TUBERCULOSE

INDICATEURS	OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES		CIBLES	
	2020	2025	2030*	2035
Réduction du nombre de décès dus à la tuberculose par rapport à 2015	35 %	75 %	90 %	95 %
Réduction du taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015	20 % (<85/100 000)	50 % (<55/100 000)	80 % (<20/100 000)	90 % (<10/100 000)
Familles supportant des coûts catastrophiques liés à la tuberculose (%)	0	0	0	0

PRINCIPES

1. Tutelle des pouvoirs publics, obligation de rendre des comptes, suivi et évaluation
2. Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés
3. Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité
4. Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, doublée d'une collaboration mondiale

PILIERS ET COMPOSANTES

1. SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT

- A. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque
- B. Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose, y compris de tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients
- C. Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH et prise en charge des comorbidités
- D. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose

2. POLITIQUES VIGOUREUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN

- A. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention
- B. Mobilisation des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés
- C. Politiques de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, l'enregistrement des faits d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments, et la lutte contre l'infection
- D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose

3. INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

- A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies
- B. Recherche visant à optimiser la mise en œuvre et l'impact et à promouvoir l'innovation

* Cibles des objectifs de développement durable des Nations Unies.

4

FIGURE 1.1 ÉVOLUTION DES STRATÉGIES MONDIALES DE L'OMS CONTRE LA TUBERCULOSE

STRATÉGIE DOTS

1. Engagement des pouvoirs publics
2. Détection des cas reposant essentiellement sur une recherche passive
3. Chimiothérapie standardisée de brève durée, au moins pour tous les cas confirmés de tuberculose à frottis positif, dans de bonnes conditions de prise en charge
4. Établissement d'un système permettant un approvisionnement régulier de tous les médicaments antituberculeux essentiels
5. Établissement et maintien d'un système de surveillance destiné aussi bien à la supervision qu'à l'évaluation du programme

STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE

1. Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient
2. Politiques audacieuses et systèmes de soutien
3. Intensification de la recherche et de l'innovation

1994

2006

2015

STRATÉGIE HALTE À LA TUBERCULOSE

1. Poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité
2. Combattre la co-infection VIH/tuberculose, la tuberculose multirésistante et d'autres problèmes
3. Contribuer au renforcement des systèmes de santé
4. Faire participer tous les prestataires de soins
5. Donner les moyens d'agir aux malades et aux communautés
6. Favoriser et promouvoir la recherche

...

La fin de l'épidémie de tuberculose est l'une des cibles des objectifs de développement durable des Nations Unies. Elle ne pourra être atteinte qu'au moyen d'une approche mixte, combinant des interventions biomédicales, des actions de santé publique, des mesures socioéconomiques et des travaux de recherche et d'innovation.

Introduction

La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, élaborée dans le contexte des objectifs de développement durable des Nations Unies, représente à la fois une évolution logique et un changement de paradigme par rapport aux anciennes stratégies mondiales de lutte contre la tuberculose (1,2). La stratégie DOTS de 1994 a établi les bases fondamentales de la lutte contre l'épidémie de tuberculose (3), donnant un nouveau souffle aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNLT) et aux entités analogues. La stratégie Halte à la tuberculose de 2006 a élargi la portée de cette action en s'attaquant aux problèmes émergents de la co-infection VIH/tuberculose et de la tuberculose multirésistante (4). Cette nouvelle stratégie visait à améliorer l'accès aux soins antituberculeux de qualité en favorisant la participation de tous les prestataires de soins publics et privés, des organisations de la société civile et des communautés. Elle a également encouragé l'investissement dans la recherche afin que de meilleurs outils et de meilleures méthodes puissent être mis au point (4) (Figure 1.1).

Les rapports annuels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la lutte contre la tuberculose dans le monde décrivent les progrès réalisés grâce à l'application à grande échelle des stratégies mondiales de lutte antituberculeuse, ainsi que le chemin parcouru pour atteindre les cibles relatives à la tuberculose des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La cible des OMD qui appelait à une interruption et une inversion de la tendance de l'incidence de la tuberculose à l'horizon 2015 a déjà été atteinte à l'échelle mondiale. La mortalité associée à la tuberculose a reculé de 47 % depuis 1990. Par rapport à 2000, l'incidence de la maladie a diminué de 18 %. Globalement, on estime qu'entre 2000 et 2014, 43 millions de vies ont été sauvées par des services de diagnostic et de traitement efficaces. Bien que considérables, ces progrès restent insuffisants. En 2014, 1,5 million de personnes sont décédées et 9,6 millions sont tombées malades de la tuberculose. Aux côtés du VIH, la tuberculose figure parmi les principales maladies infectieuses mortelles. Il reste plusieurs obstacles à surmonter pour parvenir à faire cesser l'épidémie comme l'envisage la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose (5).

1.1 Une approche globale pour mettre fin à la tuberculose

La fin de l'épidémie de tuberculose est une cible des ODD qui ne pourra être atteinte qu'au moyen d'une approche mixte, combinant des interventions biomédicales, des actions de santé publique, des mesures socioéconomiques et des travaux de recherche et d'innovation (Figure 1.2).

Pour progresser sur cette voie, il faudra :

- La optimización de las estrategias e intervenciones actuales para optimiser les stratégies et interventions actuelles en matière de soins et de prévention de la tuberculose ;
- parvenir à un accès universel aux soins antituberculeux et aux services de soutien au titre d'une politique de couverture sanitaire universelle et de protection sociale, et agir sur les déterminants sociaux de la tuberculose – le tout dans le contexte du cadre mondial de développement pour l'élimination de la pauvreté et la lutte contre les inégalités ;
- investir dans la recherche pour mettre au point des stratégies et des outils nouveaux, plus efficaces et fondés sur les droits de l'homme pour diagnostiquer, traiter et prévenir la tuberculose.

La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose comprend un ensemble d'interventions entièrement adaptables au contexte national. Elle possède dix composantes, regroupées selon trois piliers et quatre principes fondamentaux. Pour mettre en œuvre les piliers et les composantes de cette stratégie tout en adhérant à ses principes fondamentaux, il est indispensable que les ministères de la santé et les autres entités concernées intensifient leur action, en collaboration étroite avec toutes les parties prenantes, notamment les autres ministères, les communautés, la société civile et le secteur privé

FIGURE 1.2 OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE DES NATIONS UNIES



L'impératif d'une collaboration multisectorielle

La collaboration multisectorielle est indispensable à la bonne mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. À l'évidence, l'approche multidimensionnelle requise, alliant des interventions biomédicales, des actions de santé publique, des mesures socioéconomiques et des travaux de recherche et d'innovation, va bien au-delà du domaine de compétence des PNLT. Avec un appui de haut niveau, les administrateurs des programmes devront encourager et guider la participation d'un large éventail de collaborateurs, à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement. Parmi ces collaborateurs figureront divers ministères, notamment ceux de la protection sociale, du travail, de la justice, de l'éducation, des transports, des sciences et des technologies ; des institutions techniques et scientifiques ; des partenaires financiers et des organismes d'aide au développement ; la société civile ; et le secteur privé.

En pratique, une intensification des interventions sera nécessaire à différents niveaux de gouvernance, ainsi qu'au niveau de la prestation des services. Ces niveaux comprennent le PNLT ou une entité analogue, le ministère de la santé dont il dépend, et les autres entités publiques chargées d'établir le programme de développement social, d'allouer les ressources et de faciliter la coordination interministérielle.

Les PNLT ou les entités analogues peuvent être particulièrement bien placées pour coordonner les activités de soins et de prévention de la tuberculose au travers des services de santé généraux, tandis que les ministres de la santé et les directeurs généraux des services sanitaires ou d'autres responsables aux fonctions équivalentes peuvent fournir l'encadrement nécessaire au renforcement et à l'application du cadre réglementaire et faciliter la collaboration interministérielle et intersectorielle. Les dirigeants du gouvernement doivent exercer une tutelle générale et veiller à ce que la fin de l'épidémie de tuberculose demeure une priorité du programme de développement. Le changement de paradigme requis pour mettre un terme à l'épidémie supposera une mobilisation dynamique et durable des ressources, avec la participation d'acteurs représentant tous les secteurs de l'administration publique et au-delà, comme cela a été fait pour lutter contre le VIH/sida et d'autres menaces pour la sécurité sanitaire.

1.2 Principes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose

Toutes les actions prévues au titre des trois piliers de la Stratégie reposent sur les quatre principes suivants, qui sont essentiels pour réaliser la vision et le but de la Stratégie.

...

L'établissement d'une coalition solide avec les organisations de la société civile et les communautés est d'un apport précieux, donnant aux patients et aux populations vulnérables le moyen de faire entendre leur voix et de jouer un rôle actif, et permettant d'accélérer la riposte à l'épidémie de tuberculose.

1) Tutelle des pouvoirs publics, obligation de rendre des comptes, suivi et évaluation

La tutelle des pouvoirs publics est indispensable à la bonne mise en œuvre et à la réalisation des cibles et du but de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Pour être complète, toute riposte doit reposer sur la participation des autorités chargées de la santé et de la protection sociale, ainsi que d'autres ministères. La responsabilité de tutelle peut être partagée entre tous les échelons de l'État (central, provincial, local). Au sein des ministères de la santé, les divisions chargées de la lutte contre les maladies et les PNLT peuvent continuer de fournir un appui technique et stratégique pour les soins et la prévention contre la tuberculose tout en encourageant la participation active d'instances supérieures du ministère de la santé, ainsi que de leurs homologues dans d'autres ministères. En outre, il incombe aux pouvoirs publics d'instituer et d'entretenir des mécanismes favorisant la participation active des communautés touchées par la tuberculose, des patients et des agents de santé aux efforts de riposte.

Les activités de suivi et d'évaluation doivent être régulières et systématiques afin de responsabiliser toutes les parties prenantes. Les procédures d'examen conjoint devront inclure la collecte et la validation des données, en sus d'évaluations indépendantes. Ces examens se fonderont sur des informations quantitatives et qualitatives et seront menés en concertation avec les groupes ciblés et desservis. Il conviendra de procéder à une introduction progressive des outils numériques et d'identifier et promouvoir les systèmes susceptibles d'améliorer les résultats et l'impact. Dans le même temps, s'il s'avère qu'un acteur particulier ne parvient pas à s'acquitter de ses responsabilités, une solution sera rapidement recherchée.

2) Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés

Les bénéficiaires de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose doivent également être des acteurs de sa mise en œuvre. Leur engagement et leur participation permettra de mieux comprendre leurs points de vue, leurs priorités, leur degré de sensibilisation, leurs besoins et leurs attentes. L'établissement d'une coalition solide avec les organisations de la société civile et les communautés est d'un apport précieux, donnant aux patients et aux populations vulnérables le moyen de faire entendre leur voix et de jouer un rôle actif et permettant l'accélération de la riposte à l'épidémie, une meilleure utilisation des services de qualité, l'intensification des investissements dans la recherche et l'innovation et le renforcement des efforts de sensibilisation communautaire – des éléments qui contribuent tous de manière essentielle à l'intégration de la problématique liée à la tuberculose dans le programme de développement.

ENCADRÉ 1.1 APERÇU DE QUESTIONS LIÉES AUX DROITS DE L'HOMME ET À L'ÉTHIQUE DANS LES SOINS ET LA PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE



Les conditions de vie et de travail susceptibles d'accroître le risque d'exposition, d'infection et de maladie peuvent constituer une violation des droits de l'homme (notamment pour les habitants des bidonvilles, les personnes vivant dans des zones de grande insécurité alimentaire, les mineurs, les ouvriers du secteur informel, les chauffeurs routiers, les migrants, les réfugiés, les agents de santé, etc.) ;



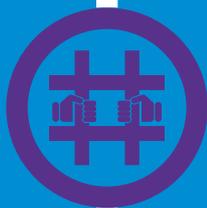
Les difficultés d'accès aux soins de qualité centrés sur le patient peuvent être imputables aux coûts financiers impliqués, à la disponibilité limitée des services de santé, aux restrictions relatives aux horaires de travail ou au non-respect des normes internationales en matière de soins antituberculeux et de la charte des patients pour la prise en charge de la tuberculose. Elles peuvent aussi résulter d'un accès inexistant ou inéquitable aux nouveaux outils, d'une prise en charge inadéquate des comorbidités et de l'insuffisance des services de soutien social, y compris de la protection sociale ;



Certains groupes exposés à un risque élevé de tuberculose ou souffrant déjà de la maladie sont sujets à des actes de stigmatisation et de discrimination et peuvent éviter de se faire soigner par crainte des répercussions sociales ou juridiques (notamment les migrants, les consommateurs de drogues illicites, les femmes dans certains contextes culturels) ;



Certains groupes ne disposent pas d'un accès suffisant à l'information (par exemple les enfants et les personnes qui ont en ont la charge, les migrants, les détenus) ;



Certaines personnes atteintes de tuberculose risquent d'être involontairement isolées ou détenues, sans bénéficier d'une protection juridique comme celle offerte par les modèles de soins et d'aide à l'observance thérapeutique adaptés aux patients, ni d'un soutien régulier pour la prévention de l'infection. Parfois, elles ne disposent pas non plus de recours juridique, ni de garantie d'une procédure régulière ;



Les patients pour lesquels il ne reste aucune option thérapeutique efficace contre la tuberculose ne bénéficient pas toujours de soins, de conseils ou de mesures de prévention de l'infection adéquates ;



Les travaux de recherche sont parfois menés sans respecter les normes d'éthique ou sans la collaboration des sujets et des communautés auxquelles ils appartiennent.

Les représentants des communautés touchées par la tuberculose et des organisations de la société civile doivent pouvoir contribuer activement à toutes les étapes de la mise en œuvre, y compris à la planification et à la conception des programmes, à la prestation des services et aux activités de suivi et d'évaluation. Leur collaboration est également essentielle pour la diffusion de l'information, l'éducation et l'appui aux patients et à leurs familles, la recherche et la sensibilisation. Il est primordial que des efforts concertés soient déployés par les pouvoirs publics pour promouvoir la participation et le soutien de la société civile dans les soins et la prévention de la tuberculose.

3) Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité

Le troisième principe de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose est celui d'une approche fondée sur les droits de l'homme, caractérisée par le respect des valeurs éthiques et la promotion de l'équité (6). La santé est un droit fondamental de la personne, tout comme l'accès à des soins de qualité et à la protection sociale. Tout progrès réalisé dans le respect de ces droits contribuera à la réduction des facteurs de risque de l'infection tuberculeuse et de la maladie et à l'obtention d'issues bien plus favorables pour les personnes touchées. Pour toutes les interventions évoquées dans le présent document, cette approche fondée sur les droits de l'homme se traduira par la volonté de faire valoir les principes de non-discrimination, d'égalité, de participation, d'inclusion et de responsabilité. En pratique, cela signifie que les politiques, services et pratiques mis en œuvre doivent non seulement protéger et promouvoir les droits de la personne, mais aussi s'employer à résoudre les inégalités structurelles dont souffrent les communautés pauvres et marginalisées, qui sont les plus durement touchées par l'infection, la maladie, la mortalité et les conséquences sociales de la tuberculose.

ENCADRÉ 1.2 TENIR COMPTE DES BESOINS ET DROITS PARTICULIERS DES MIGRANTS DANS LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE

La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose doit être adaptée non seulement au contexte de chaque pays ou localité, mais aussi à certaines communautés et populations qui sont particulièrement vulnérables à la transmission de la maladie, qui se heurtent à des difficultés d'accès aux soins de qualité ou qui présentent des issues thérapeutiques moins favorables. Ainsi, en 2014, l'Organisation internationale pour les Migrations et l'Organisation mondiale de la Santé ont proposé des mesures conformes au cadre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose afin de s'attaquer aux problèmes mondiaux et locaux posés par la tuberculose chez les migrants. Il s'agit d'une initiative ambitieuse, comme en témoignent les chiffres : on estime à un milliard le nombre de migrants dans le monde, dont 232 millions de migrants internationaux et 740 millions de migrants internes, avec des mouvements migratoires sud-sud, sud-nord, nord-nord et nord-sud complexes, souvent liés à de profondes crises sociales et économiques.

Les actions proposées sont les suivantes :

- Prise en compte des migrants dans les PNL : aborder les problèmes liés aux évaluations épidémiologiques et à l'examen des programmes dans les consultations de planification nationale, ainsi que dans les systèmes de suivi ;
- Prise en compte des migrants dans les services de soins et de prévention : sensibilisation des agents de santé, modèles de soins tenant compte des besoins des migrants, systèmes d'orientation transfrontaliers et messages sanitaires ciblés ;
- Politiques et systèmes intersectoriels audacieux : favoriser la cohérence des politiques relatives à l'immigration, au travail et à la santé ; adopter des politiques et réglementations qui facilitent l'accès aux soins indépendamment du statut et suppriment les obstacles juridiques et administratifs ; inclure les soins et la prévention de la tuberculose dans les accords bilatéraux et régionaux sur la migration ;
- Recherche opérationnelle : étude des déterminants sociaux de la tuberculose dans les communautés de migrants, évaluation de l'efficacité des stratégies locales de mise en œuvre, et mise au point d'outils novateurs pour faciliter l'accès aux soins ;
- Appui à l'échelle mondiale : encourager une plus grande collaboration entre les organismes et les partenaires techniques, ainsi qu'une meilleure collaboration intersectorielle.

Source: http://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf.

L'Encadré 1.1 fournit un aperçu des questions liées aux droits de l'homme et à l'éthique pouvant se poser dans le cadre des soins et de la prévention de la tuberculose. Des efforts devront être consentis pour identifier et éliminer les violations des droits de l'homme susceptibles de compromettre, directement ou indirectement, l'accès à des soins ou des services de prévention de qualité. Par exemple, les migrants, les personnes détenues ou incarcérées et les consommateurs de drogues peuvent, du fait de restrictions à leur liberté, être incapables d'accéder aux soins et à un traitement intégral, sans possibilité de recours, ni garantie d'une procédure régulière. L'Encadré 1.2 aborde plus en détail la situation des migrants.

Il incombe aux PNL, à leurs partenaires et aux parties concernées d'identifier, de reconnaître et de combattre les pratiques qui ne reposent pas sur des normes d'éthique rigoureuses et qui négligent de protéger et promouvoir les droits de l'homme. Les pratiques adoptées devront s'appuyer sur des principes et des valeurs internationalement reconnus, tenir compte des valeurs et des traditions locales, et s'inspirer de discussions entre toutes les parties prenantes.

4) Adaptation de la stratégie dans les pays, doublée d'une collaboration mondiale

La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose ne peut être appliquée de la même manière partout et doit donc être adaptée au contexte national. Ainsi, les pays devront élaborer un plan stratégique national à moyen terme contre la tuberculose, avec des coûts et des priorités clairement définis, ou actualiser leur plan existant. Cela nécessite une évaluation initiale couvrant les éléments suivants : cartographie des populations les plus à risque, étude du contexte socioéconomique, analyse des obstacles entravant l'accès aux soins, en particulier pour les populations vulnérables, et examen du contexte propre au système de santé, en identifiant notamment les zones mal desservies et les inégalités dans la prestation des services. La présence d'un plan stratégique national solide n'est pas nécessairement suffisante. La mise en œuvre robuste et efficace de la Stratégie pourra également nécessiter des efforts de mobilisation inclusifs et multisectoriels afin d'encourager la participation active de toutes les parties prenantes, sous la tutelle des pouvoirs publics. Les évaluations initiales permettront d'établir une priorité parmi les interventions et les approches possibles et de préciser les besoins et capacités présents sur le terrain (Encadré 1.1). Après son adoption, la Stratégie devra aussitôt être adaptée au contexte national et des orientations claires devront être formulées quant à la mise en œuvre de ses différentes composantes en fonction des données et des possibilités locales. Comme l'explique la section suivante, il revient aussi aux pays de fixer leurs propres cibles nationales en se fondant sur le but ambitieux défini à l'échelle mondiale, tout en tenant compte des circonstances nationales.

Pour s'attaquer efficacement à l'épidémie mondiale de tuberculose, il doit y avoir une collaboration étroite entre les pays, élément essentiel pour la sécurité sanitaire nationale. Les pays au sein d'une même région peuvent également tirer parti d'une collaboration à l'échelle régionale. En outre, les migrations entre les pays et en leur sein posent des problèmes qui appellent à la fois une coordination au niveau national et une collaboration transfrontalière (Encadré 1.2). La coordination mondiale est également fondamentale pour mobiliser les ressources nécessaires aux soins et à la prévention de la tuberculose auprès de différentes sources multilatérales, bilatérales et nationales.

ENCADRÉ 1.3 DÉFINIR LES INTERVENTIONS PRIORITAIRES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE : L'EXEMPLE DE LA THAÏLANDE

En 2013-2014, la Thaïlande a mené un exercice d'établissement des priorités en vue de préparer un plan stratégique national solide pour 2015-2019. La première étape consistait à identifier, à partir des questions suivantes, les principales lacunes en matière de soins et de prévention de la tuberculose :

- Quelles sont actuellement les principales insuffisances observées dans la mise en œuvre du programme ?
- Comment les résultats pourraient-ils être améliorés ?
- Quelles sont les populations et les zones géographiques présentant la plus forte charge de tuberculose ?
- Quels sont les groupes les plus vulnérables et les moins bien desservis ?
- Quelles sont les interventions présentant le meilleur rapport coût-efficacité et quelles sont celles qui peuvent être étendues et pérennisées à l'échelle nationale ?

Cette analyse des lacunes a pu être menée sur la base d'informations essentielles provenant de diverses sources : une évaluation épidémiologique approfondie ; les recommandations émises par une mission conjointe de suivi à l'issue d'un examen du programme national ; des consultations auprès de divers acteurs aux niveaux national et provincial ; l'examen des données du Bureau national sur la sécurité sanitaire ; l'examen des conclusions de plusieurs travaux de recherche, notamment des études menées dans le cadre du Programme d'évaluation des technologies d'intervention sanitaire ; et un calcul complet des coûts du programme stratégique national.

L'exercice d'établissement des priorités a conclu à la nécessité de renforcer les opérations programmatiques de base tout en étendant et en affinant leur portée. Les domaines d'intervention identifiés étaient notamment les suivants : diagnostic précoce et exact et amélioration des issues thérapeutiques ; obligation de notification des cas ; mise en place d'un système efficace de surveillance ; accès aux soins pour les migrants et les populations transfrontalières. Parallèlement, il est apparu qu'une attention particulière devait être portée aux personnes âgées (qui représentent plus d'un cinquième des cas notifiés), aux personnes vivant avec le VIH (avec un taux de co-infection VIH/tuberculose de 15 %), aux détenus (la prévalence de la tuberculose dans cette population étant six fois supérieure à celle de la population générale) et aux migrants non déclarés (qui constituent une forte proportion des quatre millions de migrants vivant en Thaïlande). Les données ont également révélé que le nord-est du pays et la capitale, Bangkok, représentaient les deux-tiers de la charge nationale de tuberculose. Sur les 76 provinces de la Thaïlande, 23 avaient également une charge élevée de co-infection VIH/tuberculose, devant donc faire l'objet d'efforts redoublés.

Les problèmes identifiés ne pouvant pas tous être traités dans le plan stratégique national 2015-2019, la priorité a été accordée à la réalisation d'investissements spécifiques en vue d'une transition vers des méthodes moléculaires pour le diagnostic précoce tout en maintenant un réseau de laboratoires dotés de moyens de microscopie et de mise en culture de qualité. Un dépistage systématique des sujets contacts va être entrepris. Une attention particulière sera accordée aux populations clés, comme les personnes vivant avec le VIH, les détenus, les migrants, les enfants et les personnes âgées. Des investissements accrus seront également consentis pour la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante à l'échelle nationale. Parmi les innovations programmatiques figureront des stratégies d'aide à l'observance du traitement au moyen de téléphones portables et de technologies vidéo, ainsi qu'un système électronique de notification des cas sur le Web.

Tous les citoyens thaïlandais bénéficient d'un accès universel aux soins de santé et le plan stratégique national 2015-2019 (devant être intégralement financé par des fonds nationaux d'ici 2016) s'est fixé l'objectif ambitieux de réduire l'incidence de la tuberculose de 25 % à l'horizon 2030.

...

La concrétisation de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose repose sur trois étapes initiales fondamentales : plaider au niveau interne, préparation de base et mise en place d'un mécanisme national de coordination multisectorielle.

1.3 Étapes essentielles

La mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose exige une compréhension approfondie de la résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé, une bonne connaissance des engagements pris par le gouvernement, et une conception claire du plan stratégique national, avec une analyse détaillée de ce qui a déjà été planifié et de ce qu'il reste à faire pour parvenir à une transition aisée vers l'application de la Stratégie. Le plan stratégique national, qu'il soit nouveau ou actualisé, doit s'aligner sur la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose (Encadré 1.4). La concrétisation de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose repose sur trois premières étapes fondamentales : plaider au niveau interne, préparation de base et mise en place d'un mécanisme national de coordination multisectorielle (Figure 1.3). Avec un appui de haut niveau, les administrateurs du programme national de lutte contre la tuberculose et leurs équipes sont particulièrement bien placés pour planifier et exécuter ces premières étapes.

Ce mécanisme de haut niveau, qui inclura les communautés et la société civile et sera hébergé par le PNLT ou une entité comparable, peut soit se fonder sur un organisme existant, soit être établi spécifiquement pour atteindre la cible des ODD relative à la fin de l'épidémie de tuberculose. L'instauration d'un mécanisme national de coordination et de direction permettra de mieux faire connaître la Stratégie, de conforter les efforts nationaux d'élimination de la tuberculose et d'accroître la visibilité du programme de lutte antituberculeuse. Des mécanismes analogues peuvent être mis en place au niveau provincial ou plus local. L'expérience du Viet Nam représente l'une des approches possibles pour l'adaptation et le lancement d'une stratégie nationale (Encadré 1.5).

ENCADRÉ 1.4 ALIGNEMENT DU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL ET DU SECTEUR GLOBAL DE LA SANTÉ SUR LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE

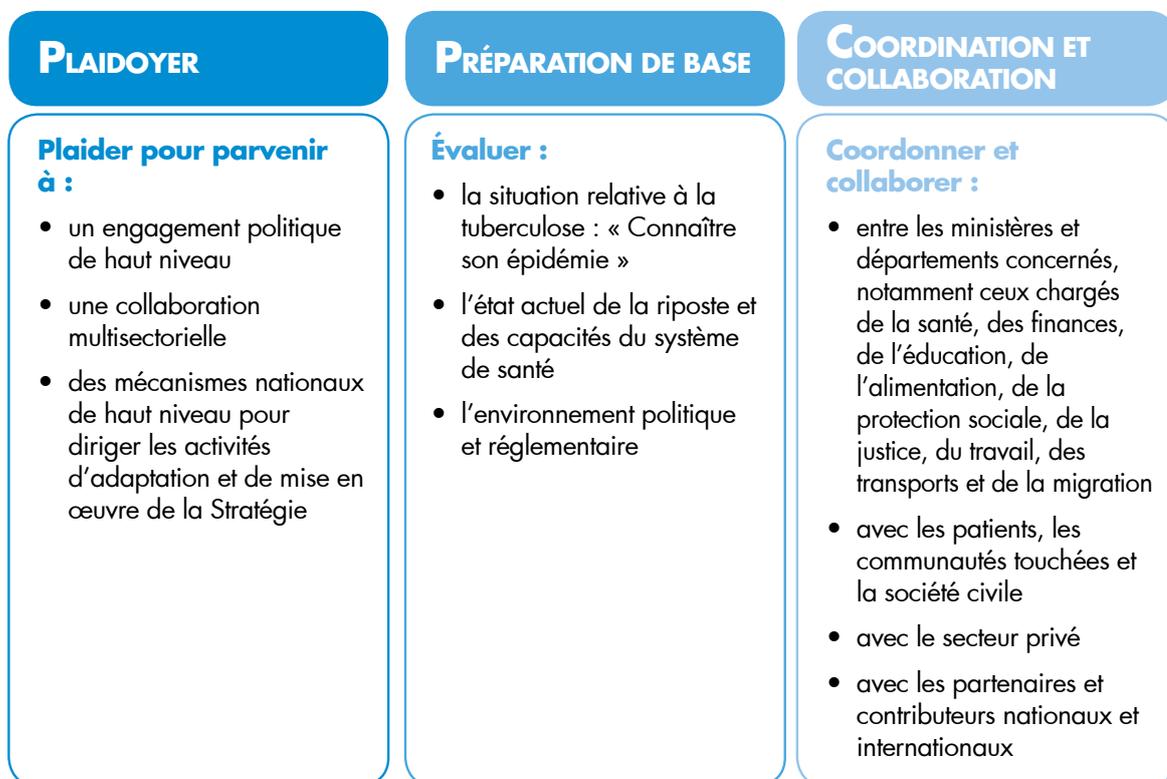
Si le lancement de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose dans le pays peut constituer un événement de haute visibilité, sa mise en œuvre nationale devrait se dérouler selon un processus planifié et progressif visant à renforcer les interventions existantes et à en établir de nouvelles.

Les plans stratégiques nationaux sur la tuberculose font généralement partie intégrante des plans nationaux généraux du secteur de la santé, préparés tous les quatre ou cinq ans, auxquels ils peuvent être intégrés en tant que nouvelles interventions ou à titre de révisions de mi-parcours. Les notes conceptuelles soumises au Fonds mondial à des fins de financement doivent également reposer sur des plans stratégiques nationaux solides, élaborés en concertation avec toutes les parties prenantes.

La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose est le fruit d'un processus inclusif mené avec les administrateurs des PNLT, leurs conseillers et partenaires, et d'autres intervenants. Par conséquent, de nombreux PNLT (ou entités analogues) connaissent déjà les principes de la nouvelle Stratégie et ont saisi cette occasion pour préparer ou actualiser leurs plans stratégiques nationaux afin d'y introduire de nouvelles interventions pertinentes. Par exemple, les plans stratégiques nationaux du Ghana, du Malawi et du Viet Nam pour 2015-2020, ainsi que du Kenya pour 2015-2018, contiennent explicitement de nouvelles interventions prévues par la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Bien que fondé sur la stratégie Halte à la tuberculose actuelle, le plan stratégique national de la Thaïlande pour 2015-2019 intègre la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose en abordant les questions liées à la couverture sanitaire universelle, à la protection sociale et à l'élimination des coûts catastrophiques dus à la tuberculose et en mettant davantage l'accent sur les soins centrés sur le patient et sur la mobilisation communautaire.

Les plans stratégiques nationaux, qu'ils soient nouveaux ou actualisés pour s'aligner sur la Stratégie mondiale, doivent reposer sur une évaluation initiale détaillée des données épidémiologiques et des systèmes de santé et s'appuyer sur les recommandations issues d'examen approfondis des programmes. Ces évaluations sont également d'un apport essentiel pour sélectionner et hiérarchiser les interventions proposées dans les plans stratégiques nationaux.

FIGURE 1.3 ÉTAPES INITIALES FONDAMENTALES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE DANS LES PAYS



A. Plaidoyer

La bonne mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose exigera, dès le début, la participation de toutes les parties prenantes, y compris des différents départements des ministères concernés. Dans certains pays, ce travail va au-delà des capacités et des compétences existantes du PNLT.

Dans les premiers temps de la mise en œuvre, les gouvernements nationaux prendront des mesures préliminaires visibles, coordonnées par les ministères de la santé par l'entremise des PNLT ou d'entités analogues. Ces premières mesures, appuyées par tous les intervenants, permettront de mieux faire connaître les efforts nationaux de lutte contre la tuberculose, signifiant clairement la volonté des pouvoirs publics et de leurs partenaires d'adopter une approche beaucoup plus complète visant à consolider et à amplifier les efforts déployés à ce jour contre la tuberculose.

Il incombera aux ministères de la santé d'encourager et d'habiliter les PNLT à engager des consultations avec les départements concernés et toutes les parties prenantes pour plaider en faveur de la nouvelle Stratégie et assurer une transition harmonieuse.

Un argumentaire convaincant pourra être constitué en recensant les contraintes existantes et en proposant des solutions concrètes, ainsi qu'en expliquant comment et pourquoi les capacités, l'étendue et la portée de la riposte contre la tuberculose doivent être renforcés. Il sera également nécessaire de définir les approches les mieux adaptées au contexte national et de présenter une synthèse des principales mesures initiales.

B. Préparation de base

En parallèle, les ministères de la santé pourraient être appelés à renforcer leur soutien aux PNLT en réalignant leur programme stratégique national sur la nouvelle Stratégie et sur les ODD, en consultation et en collaboration avec toutes les parties prenantes (6). Il pourra être nécessaire de définir l'état actuel des interventions relevant des trois piliers de la nouvelle Stratégie. Cela exigera une évaluation complète du système de santé et une cartographie épidémiologique détaillée, permettant de mieux

identifier et hiérarchiser les populations à risque et les communautés souffrant d'un accès limité aux services (Encadrés 1.6 et 1.7).

Au-delà des interventions antituberculeuses, ces évaluations initiales renseignent sur la couverture des nouveaux tests de diagnostic de la tuberculose, du traitement de la tuberculose pharmacorésistante et des initiatives associées en matière de santé générale et de protection sociale. Elles permettent également de mieux cerner la place dévolue à la tuberculose dans le cadre réglementaire sanitaire, le plan national de couverture sanitaire universelle et divers systèmes de protection sociale, par exemple.

C. Coordination et collaboration

La présence d'un mécanisme de coordination multipartite de haut niveau dirigé par le gouvernement national peut améliorer sensiblement la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose en permettant :

- une supervision adéquate de la mise en œuvre ;
- un plaidoyer en faveur d'une mobilisation des ressources requises ;
- le développement d'une plateforme de participation pour tous les intervenants, qu'ils relèvent ou non du secteur de la santé ;
- la facilitation de la collaboration intersectorielle et ;
- la prestation de conseils au PNLT grâce à des consultations fréquentes avec les partenaires, un contrôle interne continu et des évaluations externes indépendantes périodiques.

L'établissement et le maintien de ce mécanisme de coordination de haut niveau s'inspireront des enseignements tirés d'initiatives semblables menées dans le cadre d'autres programmes sanitaires et sociaux.

ENCADRÉ 1.5 UN ENGAGEMENT DE HAUT NIVEAU : LES PREMIERS PAS ACCOMPLIS AU VIET NAM

Lorsque le représentant du Viet Nam a déclaré l'adhésion de son pays à la nouvelle Stratégie pour mettre fin à la tuberculose lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, il a annoncé que le Viet Nam avait déjà lancé sa propre stratégie nationale de lutte contre la tuberculose pour l'après-2015, s'inspirant des débats internationaux ayant abouti à la résolution. Cette stratégie nationale fixe des cibles ambitieuses pour 2020 et 2030, en cohérence avec celles de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Un engagement de haut niveau a été manifeste tout au long de l'élaboration de la stratégie. Tout d'abord, la stratégie a été lancée par le vice-Premier ministre à l'occasion d'une manifestation regroupant tous les intervenants. Deuxièmement, signe notable de cet engagement, le Premier ministre a directement attribué des responsabilités précises et clairement définies aux principales parties prenantes, notamment aux ministères de la santé, des finances, de la planification et des investissements, du travail, des affaires sociales, de l'éducation et de la formation, de l'information et de la communication, de la sécurité publique, de la défense, de l'intérieur, de la culture, des sports et du tourisme. Les tâches de mobilisation sociale et de supervision ont été confiées aux membres du Front de la Patrie, tandis que les Comités populaires des provinces ont été chargés de mettre à disposition des infrastructures et des ressources provinciales adéquates pour la lutte antituberculeuse. Troisièmement, les investissements intérieurs consacrés à la lutte contre la tuberculose ont progressé de 30 % en 2014-2015 par rapport aux années précédentes et toutes les provinces ont commencé à instituer des comités directeurs de lutte antituberculeuse. Un plan stratégique national sur la tuberculose, dans lequel sont représentées toutes les parties prenantes, a été élaboré en collaboration avec le partenariat national Halte à la tuberculose que le Viet Nam a lui-même établi. Le plan fournit un schéma directeur pour atteindre les objectifs intermédiaires fixés à l'échelle nationale pour l'année 2020.

ENCADRÉ 1.6 CARTOGRAPHIER L'ÉPIDÉMIE ET INTERVENIR EN CONSÉQUENCE

1. Mener une évaluation épidémiologique détaillée à partir des données nationales et infranationales disponibles afin de déterminer la répartition de la charge tuberculeuse et d'identifier les zones géographiques (urbaines, rurales), les sous-populations (vulnérables, difficiles d'accès) ou les secteurs (mines, prisons) subissant une charge particulièrement élevée.
2. Mener une évaluation approfondie du système et des services de santé à tous les niveaux, en se fondant sur les informations disponibles et les résultats d'études nationales et infranationales, afin de comprendre les différents parcours suivis par les patients dans le système, la disponibilité des services requis durant ce parcours et les obstacles socioculturels et économiques auxquels sont confrontées les personnes atteintes de tuberculose, de la période précédant l'apparition des symptômes jusqu'après la fin du traitement.
3. Mettre en parallèle l'étude épidémiologique et l'évaluation des services de santé afin d'identifier les mesures devant être prises, en donnant la priorité aux interventions susceptibles d'être les plus efficaces et d'avoir l'impact le plus important. Utiliser cette analyse pour allouer ou réaffecter les ressources disponibles ou mobiliser de nouvelles ressources.

ENCADRÉ 1.7 MONGOLIE - DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES À L'APPUI DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE NATIONALE

Avec le soutien de l'OMS, le Ministère de la santé et des sports de Mongolie a analysé l'épidémiologie de la tuberculose dans le pays en s'appuyant sur les résultats préliminaires de l'enquête de prévalence de la tuberculose réalisée en 2015, ainsi que sur les données issues des soins de routine. L'objectif était de cerner les caractéristiques de l'épidémie nationale de tuberculose et de recueillir des éléments utiles à l'élaboration du nouveau plan stratégique national 2016-2020 du programme national de lutte contre la tuberculose. En 2014, le pays comptait 2,9 millions d'habitants et le taux de notification de la tuberculose était de 154 cas pour 100 000 habitants. La proportion de cas de tuberculose multirésistante était estimée à 1,4 % parmi les nouveaux cas de tuberculose, mais était de 34 % parmi les cas en reprise de traitement. Dans près de trois-quarts des cas notifiés, les patients connaissaient leur statut sérologique pour le VIH, avec un taux de positivité pour le VIH inférieur à 1 % chez ces patients. La proportion de cas de tuberculose confirmés par un examen bactériologique dans les zones urbaines était plus importante chez les hommes que chez les femmes (833 cas pour 100 000 habitants, contre 293 cas pour 100 000 habitants). La dépendance à l'alcool était près de quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et la moitié des hommes fumaient, contre 5 % des femmes.

L'urbanisation s'est considérablement intensifiée entre 2010 et 2015. Ainsi, en 2015, la capitale, Ulaanbaatar, et les autres zones urbaines abritaient plus de 50 % de la population. La capitale représentait à elle seule 62 % des nouveaux cas de tuberculose signalés. Les zones urbaines se caractérisent par une forte pollution atmosphérique, exacerbée par la combustion de bois et de charbon pendant l'hiver. Les notifications de tuberculose bactériologiquement confirmée étaient plus nombreuses parmi les résidents des zones densément peuplées, ainsi que dans la population carcérale. En 2015, un dépistage systématique a été instauré dans les prisons, et auprès des étudiants commençant leurs études supérieures. Il a été reconnu que des recherches plus approfondies étaient requises pour les autres groupes à risque, notamment les mineurs.

Les résultats de l'analyse épidémiologique ont été d'un apport essentiel pour définir le nouveau plan stratégique national, dans lequel les trois piliers de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose ont été adaptés au contexte national. Les critères applicables au dépistage de la tuberculose ont été étendus pour inclure la radiographie thoracique et des outils de diagnostic plus sensibles, tels que la microscopie à LED et l'essai Xpert MTB/RIF. Le gouvernement s'emploie à renforcer la politique relative à la recherche des contacts en y intégrant des visites à domicile pour trouver les contacts domestiques des patients atteints de tuberculose, la recherche des cas sources à l'origine des infections chez les enfants et l'identification des contacts des cas de tuberculose pharmacorésistante, en accordant la priorité aux zones géographiques où le taux de notification est le plus élevé et aux situations sociales associées à la transmission de la maladie. Il a été reconnu que ces nouvelles politiques devront s'accompagner d'un effort de conseil et de formation des prestataires de soins. La nécessité de mobiliser les communautés pour sensibiliser la population et combattre la stigmatisation a également été soulignée. Les autres initiatives engagées consistent notamment à renforcer la protection sociale des populations sans abri et défavorisées, à pérenniser la participation des organisations de la société civile aux services communautaires de lutte contre la tuberculose pour réduire le nombre de cas perdus de vue, et à encourager la contribution des partenaires universitaires et techniques aux efforts de recherche opérationnelle.



PARTIE II

VISION, BUT, INDICATEURS, CIBLES ET OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

•••

MESSAGES CLÉS

- La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose comprend une vision, un but et trois indicateurs principaux, associés à des cibles à l'horizon 2030 et 2035, ainsi que des objectifs intermédiaires pour 2020 et 2025.
- Les cibles pour 2035 consistent à réduire l'incidence de la tuberculose de 90 % pour parvenir à ≤ 10 cas par an pour 100 000 habitants et à faire reculer de 95 % le nombre absolu de décès dus à la tuberculose par rapport à 2015. Ces cibles correspondent à l'objectif global visant à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose à l'horizon 2035. Les cibles pour 2030 (déclins de 80 % et de 90 % de ces paramètres respectifs par rapport à 2015) correspondent à l'échéance fixée pour les ODD des Nations Unies pour l'après-2015. La troisième cible générale concerne l'élimination des coûts catastrophiques supportés par les familles touchées par la tuberculose d'ici 2020.
- Les cibles et les objectifs intermédiaires de la Stratégie ont été définis à partir de projections estimant ce qui pourrait être réalisé en deux phases : 2016-2025 et 2026-2035. Le travail de la première phase consistera essentiellement à assurer une utilisation optimale des interventions existantes, à parvenir à une couverture sanitaire universelle des interventions essentielles de prévention, de traitement et de soins, et à agir sur les déterminants sociaux et les conséquences sociales de la tuberculose. Pour la seconde phase, il faudra en outre que de nouveaux outils soient disponibles et largement utilisés, notamment des vaccins efficace avant et après l'exposition, des tests réalisables sur le lieu des soins pour diagnostiquer la maladie et l'infection, ainsi que des schémas thérapeutiques de plus courte durée pour traiter la maladie et l'infection tuberculeuse latente.
- Les pays peuvent adapter les cibles et objectifs intermédiaires mondiaux à leur propre contexte en s'appuyant sur les orientations fournies dans le présent chapitre. Une attention particulière est accordée à la définition des cibles pour 2020 et 2025, ces échéances étant particulièrement importantes pour la stratégie et la planification à court terme.
- Il est essentiel que les progrès accomplis dans la réduction de l'incidence, de la mortalité et des coûts catastrophiques associés à la tuberculose soient mesurés de manière fiable. Une surveillance très efficace de la tuberculose doit être assurée, dans le cadre des systèmes nationaux d'information sanitaire et d'enregistrement des faits d'état civil, pour suivre l'incidence de la tuberculose et la mortalité associée. Pour la mesure des coûts catastrophiques, il est conseillé de procéder à des enquêtes spéciales.
- Ce chapitre contient une liste des dix principaux indicateurs pertinents pour le suivi mondial et national des progrès réalisés dans la mise en œuvre de toutes les composantes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, ainsi que leurs valeurs cibles recommandées. Au minimum, les pays devront établir en quelle année ces cibles pourront être atteintes et veiller à ce que des systèmes de suivi soient en place pour assurer une mesure fiable des progrès. Il est recommandé de fixer une date cible qui n'aille pas au-delà de 2025 pour ces dix indicateurs.

FIGURE 2.1 PROJECTIONS DE LA TRAJECTOIRE REQUISE DU TAUX D'INCIDENCE MONDIALE DE LA TUBERCULOSE DE 2015 À 2035 POUR ATTEINDRE LES CIBLES DE 2035 (ÉCHELLE LOGARITHMIQUE)

Baisse souhaitée du taux d'incidence mondial de la tuberculose pour atteindre les cibles fixées pour 2035

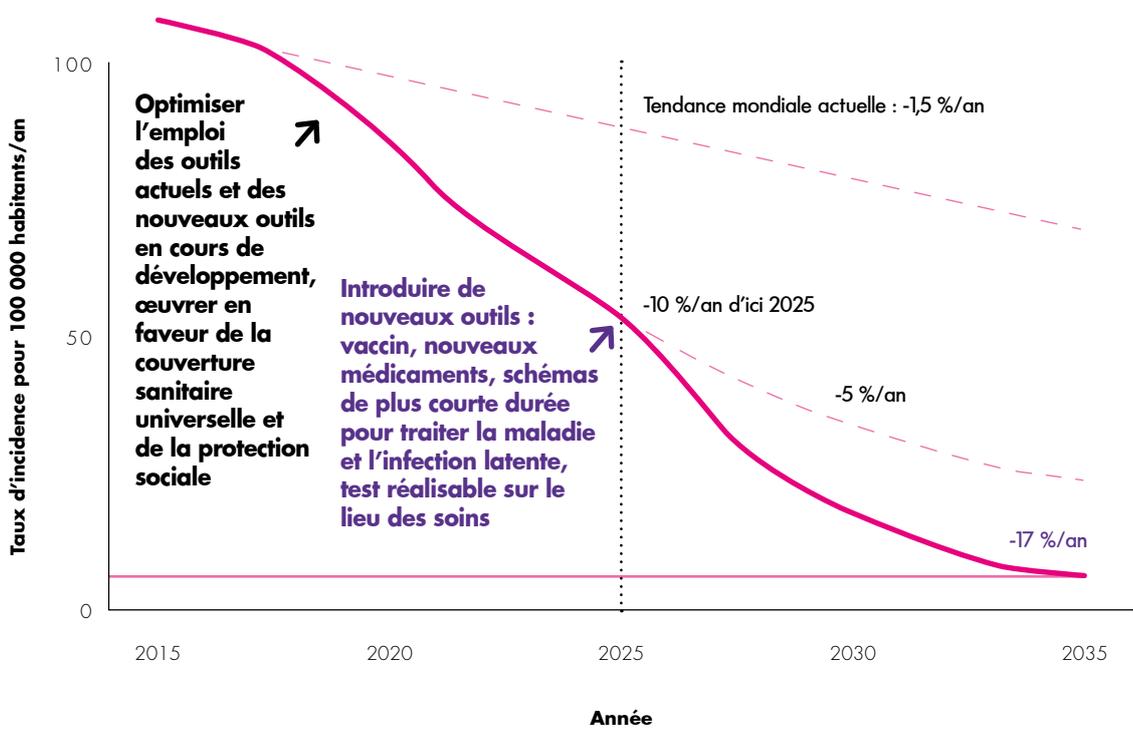
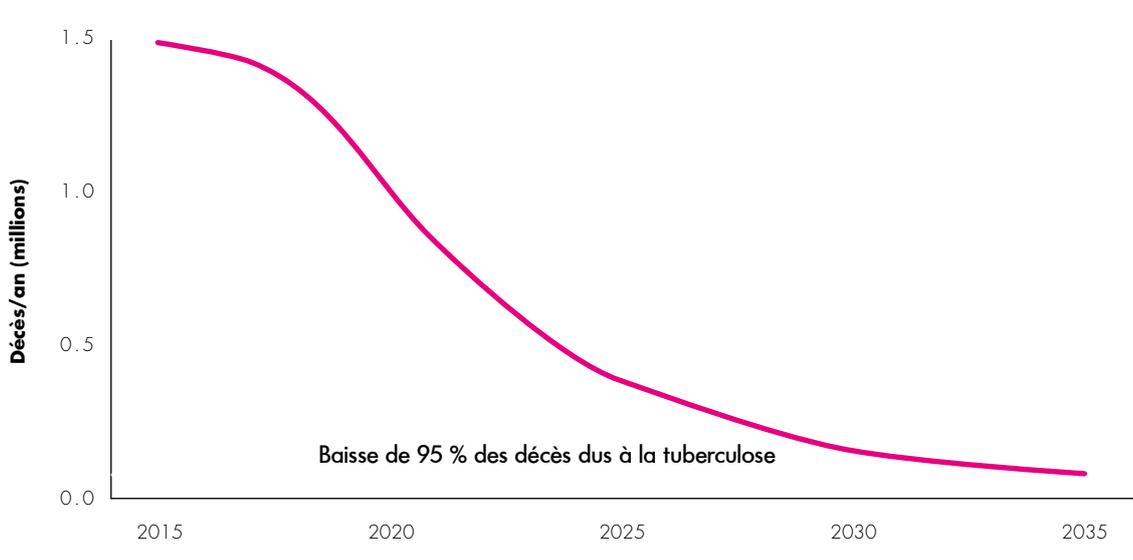


FIGURE 2.2 PROJECTIONS DE LA TRAJECTOIRE REQUISE DE LA MORTALITÉ TUBERCULEUSE DE 2015 À 2035 POUR ATTEINDRE LES CIBLES DE 2035



Introduction

La Partie II présente la vision et le but ambitieux de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Elle énonce les objectifs intermédiaires et les cibles à atteindre en cours de route et fournit une définition et une justification des trois grands indicateurs généraux de la Stratégie, ainsi que des cibles et objectifs intermédiaires mondiaux associés. Ce chapitre décrit en outre la trajectoire que devra emprunter l'incidence mondiale de la tuberculose entre 2015 et 2035 et les principales interventions nécessaires lors de la première et de la seconde décennie pour atteindre les cibles fixées pour 2030 et 2035. Des conseils relatifs à l'adaptation des cibles mondiales aux contextes nationaux sont également fournis. La section finale porte sur les dix indicateurs prioritaires pour le suivi de la mise en œuvre de la Stratégie aux niveaux mondial et national, indiquant les valeurs cibles recommandées applicables à tous les pays.

2.1 Vision et but

La vision de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose est celle d'un « monde sans tuberculose », c'est-à-dire avec « zéro décès, et aucune maladie ni souffrance due à la tuberculose ». Tous les pays peuvent adopter cette vision dans leurs stratégies et plans nationaux, sans adaptation nécessaire.

Comme son nom l'indique, la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose a pour but de « mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose ». Par définition, ce but sera considéré comme atteint si le taux d'incidence de la maladie ne dépasse pas 10 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants, comme c'est actuellement le cas dans les pays à faible charge tuberculeuse. De nombreux pays enregistrent actuellement des taux d'incidence dépassant ce seuil et on estime qu'à l'échelle mondiale, le taux d'incidence était de 133 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2014 (1).

Les pays dont le taux d'incidence est >10 cas par an pour 100 000 habitants peuvent adapter le but mondial à l'échelon national en le reformulant par exemple de la sorte : « mettre un terme à l'épidémie nationale de tuberculose ». Les pays dont le taux d'incidence est déjà ≤ 10 cas par an pour 100 000 habitants pourront adapter le but mondial en mettant l'accent sur l'élimination de la tuberculose (<1 cas par million d'habitants), ainsi que sur la fin de l'épidémie dans certaines sous-populations ou zones locales spécifiques présentant un taux >10 cas par an pour 100 000 habitants.

2.2 Indicateurs, cibles et objectifs intermédiaires mondiaux : définition et justification

La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, telle qu'approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé, comprend trois grands indicateurs généraux, assortis de cibles et de jalons mondiaux correspondants (Tableau 2.1). Les cibles mondiales définies pour 2035 en matière de réduction des décès et des cas de tuberculose correspondent au but énoncé par la Stratégie pour mettre fin à l'épidémie, tandis que les cibles fixées pour 2030 pour ces deux indicateurs correspondent à l'échéance des ODD des Nations Unies pour l'après-2015. L'objectif 3 de développement durable traite spécifiquement de la santé et l'une de ses cibles est définie comme suit : « D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ». La mise en place d'un cadre de suivi de tous les ODD est bien avancée, et l'incidence de la tuberculose est l'un des indicateurs déjà approuvés pour l'ODD3^a.

Les Figures 2.1 et 2.2 illustrent la trajectoire selon laquelle la mortalité et l'incidence de la tuberculose devront baisser à l'échelle mondiale pour atteindre les cibles de 2035 et 2030.

a. Pour plus de détails, consulter <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>.

Le troisième indicateur général – la proportion de patients, et de leurs familles, qui supportent des coûts catastrophiques liés à la tuberculose^b – a été choisi en raison de son lien direct avec l'avancement des initiatives d'établissement d'une couverture sanitaire et d'une protection sociale universelles^c. Il est indispensable que des progrès considérables soient réalisés sur la voie de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale d'ici 2025 pour atteindre les cibles mondiales relatives à la réduction de la mortalité et de l'incidence de la tuberculose.

Des objectifs intermédiaires ont été définis pour les années 2020 et 2025 afin de permettre l'élaboration d'une stratégie et d'un plan à court terme, ainsi que le suivi et l'évaluation des progrès accomplis.

Dans la période 2015-2025, la réduction du taux d'incidence de la tuberculose devra s'accélérer, passant d'une baisse de 2 % par an en 2015 (1) à 10 % par an en 2025. Au cours de la période 2025-2035, ce déclin devra encore s'accroître pour atteindre en moyenne 17 % par an.

Les cibles et les objectifs intermédiaires mondiaux ont été définis à partir d'une estimation de ce qui pourrait être réalisé en deux phases : 2016-2025 et 2026-2035 (Figure 2.1) (2).

TABLEAU 2.1 LES TROIS INDICATEURS GÉNÉRAUX MONDIAUX DE LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE ET LES CIBLES ET JALONS ASSOCIÉS*

	CIBLES			
	OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES		ODD	STRATÉGIE
	2020	2025	2030	2035
Réduction du nombre de décès par la tuberculose par rapport à 2015 (%)	35 %	75 %	90 %	95 %
Réduction du taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015 (%)	20 %	50 %	80 %	90 %
Proportion de patients, et de leurs familles, supportant des coûts catastrophiques liés à la tuberculose	0 %	0 %	0 %	0 %

* Les cibles sont fixées pour l'année 2030, correspondant à l'échéance des ODD, et l'année 2035, correspondant à la fin de la période couverte par la Stratégie. Les jalons sont établis pour 2020 et 2025.

b. Sur le plan opérationnel, les « coûts catastrophiques dus à la tuberculose » sont définis comme des coûts qui dépassent un pourcentage défini des revenus du ménage (par exemple 20 %), qu'il s'agisse de dépenses médicales ou non médicales payées directement par les patients ou de coûts indirects. Les dépenses médicales représentent la somme des paiements directs effectués par les patients tuberculeux au sein d'un ménage donné à des fins de diagnostic et de traitement. Les dépenses non médicales directes se rapportent aux coûts associés à l'utilisation des services de santé, notamment les frais liés au transport, à l'hébergement ou à la nourriture. Pour ces deux types de dépenses, déduction est faite de tout remboursement reçu par la personne ayant effectué le paiement. Les coûts indirects sont liés au temps perdu par le patient ou la personne qui en est responsable, ainsi qu'à la perte de salaire (déduction faite des prestations sociales) et la perte de revenus qui résultent des consultations et hospitalisations lors d'un épisode tuberculeux.

c. La couverture sanitaire universelle se définit comme un système dans lequel « tous les individus nécessitant des services de santé (promotion, prévention, traitement, rééducation et soins palliatifs) les reçoivent, sans encourir de difficultés financières injustifiées. Elle présente deux composantes liées : une offre complète de services de santé essentiels de bonne qualité et adaptés aux besoins, et une couverture du risque financier, y compris d'un appauvrissement potentiel, lié aux paiements directs des services de santé ». Pour plus de détails, consulter : La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial – Cadre, mesure et objectifs. OMS et Groupe de la Banque mondiale, 2014. WHO/HIS/HIA/14.1. La protection sociale prévoit notamment le remplacement des revenus perdus en raison de problèmes de santé.

Atteindre les objectifs intermédiaires de 2020 et 2025

Pour atteindre les objectifs intermédiaires mondiaux de 2020 et 2025 relatifs à la réduction du nombre de cas et de décès dus à la tuberculose, les conditions suivantes doivent être réunies :

1. À l'échelle mondiale, la réduction annuelle du taux d'incidence de la tuberculose doit s'accélérer, passant d'une baisse de 2 % par an vers 2015 à 6 % par an en 2020, et enfin 10 % par an en 2025. Le taux cible de 10 % par an correspond au déclin le plus rapide enregistré à ce jour au niveau national. Des taux comparables ont été obtenus dans certaines régions d'Europe occidentale à la fin des années 1940 et au cours des années 1950, à une époque marquée par des progrès considérables en termes de couverture sanitaire, de protection sociale et de développement socioéconomique. Dans le cadre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, l'élimination des coûts catastrophiques supportés par les patients atteints de tuberculose et leurs familles d'ici 2020 est un indicateur des progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale ;
2. La proportion de malades qui meurent de la tuberculose (taux de létalité) dans le monde devra passer d'environ 16 % en 2015 à 10 % en 2020, pour atteindre 6 % en 2025. Le taux cible de 6 % correspond au taux moyen obtenu ces dernières années dans les pays à revenu élevé.

Atteindre les cibles de 2030 et 2035

Pour atteindre les cibles fixées aux horizons 2030 et 2035, les conditions suivantes doivent être réunies :

1. Tous les objectifs intermédiaires de 2025 doivent être atteints ;
2. Vers 2025, il faudra disposer de nouveaux outils capables de réduire sensiblement le risque de contracter la maladie chez les personnes présentant une infection tuberculeuse latente (c'est-à-dire déjà infectées par « *M. tuberculosis* »). Des efforts d'expansion de ces outils devront alors être déployés afin de parvenir à un recul mondial du taux d'incidence de la tuberculose de 17 % par an en moyenne (Figure 2.1). Il sera tout particulièrement important de disposer d'un vaccin post-exposition efficace (qui prévient l'apparition de la maladie chez les personnes déjà infectées par « *M. tuberculosis* »), d'un traitement plus sûr et plus efficace de l'infection tuberculeuse latente (ITL), et de meilleurs tests de diagnostic de l'ITL ;
3. Des investissements accrus et immédiats devront être consentis à la recherche-développement tout au long de la période 2016-2025.

2.3 Adaptation des cibles et mesure des progrès dans les pays, 2016-2025

Les trois indicateurs généraux de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose – réduction du nombre de décès dus à la tuberculose, réduction du taux d'incidence et élimination des coûts catastrophiques – sont applicables à tous les pays. Cependant, les cibles et les objectifs intermédiaires fixés pour ces indicateurs peuvent être adaptés par les pays pour tenir compte de divers facteurs, notamment : point de départ différent, principaux moteurs de l'épidémie locale, politique et stratégie nationales en matière de couverture sanitaire universelle et de protection sociale, interventions prévues. Les pays devront établir leurs propres cibles nationales en s'inspirant des objectifs ambitieux fixés au niveau mondial tout en tenant compte des circonstances nationales.

Étant donné que les plans stratégiques nationaux sont généralement élaborés pour une période de 5 à 10 ans, l'établissement des cibles nationales pour les trois indicateurs généraux de la Stratégie est abordé ici en se concentrant sur la période de dix ans allant de 2016 à 2025.

ENCADRÉ 2.1 ÉTABLISSEMENT DES CIBLES NATIONALES RELATIVES À LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ ET DE L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE, 2016-2025 : UN EXEMPLE

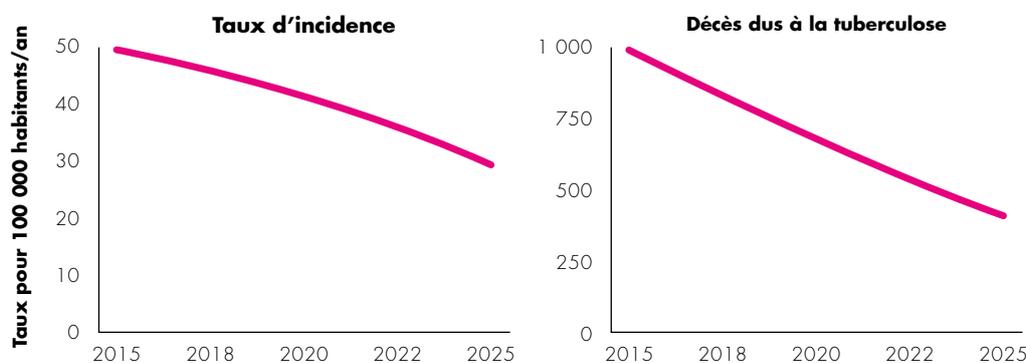
Pour l'année de référence 2015, le taux d'incidence de la tuberculose est estimé à 50 cas par an pour 100 000 habitants, avec un déclin de 2,5 % par an. Il est prévu qu'un système de couverture sanitaire universelle et de protection sociale soit mis en place avant 2025 ; de ce fait, on estime que la baisse du taux d'incidence de la tuberculose devrait s'accélérer progressivement pour atteindre 10 % par an en 2025. Il est en outre escompté que le taux de létalité passe d'une valeur initiale de 10 % en 2015 à 6 % en 2025. La croissance démographique est de 1 % par an.

Les projections fondées sur ces hypothèses sont indiquées dans le Tableau B2.2.1a. Elles permettent de définir, dans cet exemple, les cibles suivantes : réduction de 63 % du nombre annuel de décès dus à la tuberculose par rapport à 2015 (371 en 2025 contre 1 000 en 2015) et réduction de 44 % du taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015 (28 cas pour 100 000 habitants en 2025 contre 50 en 2015).

Exemple de projections nationales relatives à la réduction de l'incidence et de la mortalité de la tuberculose, et cibles associées pour 2025

Année	Population (millions)	Taux d'incidence par an, pour 100 000 habitants	Taux de mortalité par an, pour 100 000 habitants	Évolution annuelle de l'incidence (%)	TL (%)	Décès dus à la tuberculose	Cas de tuberculose
2015	20	50	5.0	2.5	10	1 000	10 000
2016	20.2	48.6	4.63	2.87	9.5	932	9 814
2017	20.4	47.0	4.24	3.30	9.03	866	9 591
2018	20.6	45.3	3.88	3.79	8.58	800	9 326
2019	20.8	43.3	3.53	4.35	8.15	735	9 018
2020	21.0	41.2	3.19	5.0	7.75	671	8 664
2021	21.2	38.9	2.86	5.74	7.36	608	8 262
2022	21.4	36.4	2.55	6.60	6.99	546	7 812
2023	21.7	33.8	2.24	7.58	6.65	486	7 315
2024	21.9	31	1.96	8.71	6.31	428	6 772
2025	22.1	28	1.68	10.0	6.0	371	6 189

Évolution prévue du taux d'incidence de la tuberculose (gauche) et du nombre de décès dus à la tuberculose (droite), 2016-2025



a. Pour plus de détails sur les méthodes utilisées, consulter l'Annexe 1. Des modèles dynamiques permettant l'établissement de projections solides, selon différents scénarios, pour l'intensification des interventions recommandées dans la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, sont en cours de développement.

2.3.1 Cibles nationales relatives à la réduction de la mortalité et du taux d'incidence de la tuberculose, 2016-2025

L'établissement des cibles nationales de réduction de la mortalité et du taux d'incidence de la tuberculose doit commencer par une analyse complète de la situation de départ, comprenant une étude épidémiologique détaillée (par exemple, analyse des tendances récentes de l'incidence et de la mortalité de la tuberculose et des principaux déterminants de l'épidémie (3)) et une évaluation des mesures prévues pour améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose conformément aux trois piliers de la Stratégie (Partie I), ainsi qu'une estimation de leur impact probable sur l'épidémie.

Dans de nombreux pays, une attention particulière devra être portée à l'avancement des efforts déployés pour garantir la couverture sanitaire universelle et la protection sociale. Si la couverture sanitaire universelle ne s'applique pas encore à un ensemble fondamental d'interventions sanitaires, y compris au diagnostic et au traitement de la tuberculose, une réflexion devra être engagée sur la stratégie nationale à mettre en œuvre à cette fin. Cela est essentiel pour parvenir à une baisse de 10 % par an du taux d'incidence et à un taux de létalité de 6 % d'ici 2025, conditions nécessaires à la réalisation des objectifs mondiaux du jalon 2025 de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose (voir Figure 2.1 et section 2.2 ci-dessus).

En fonction de la situation initiale des stratégies nationales adoptées en matière de couverture sanitaire universelle et de protection sociale, des sous-objectifs nationaux peuvent être fixés concernant le taux de décroissance de l'incidence et le taux de létalité à atteindre à l'horizon 2025. On pourra notamment viser un taux de létalité d'environ 6-7 % pour l'année durant laquelle il est prévu de mettre en place la couverture sanitaire universelle et la protection sociale^d.

Ces sous-objectifs nationaux pour 2025 peuvent ensuite être utilisés, de concert avec les estimations des taux initiaux d'incidence et de mortalité de la tuberculose, pour établir des projections de l'incidence de la maladie et des décès associés pour la période 2016-2025, en partant de l'hypothèse que la progression vers ces deux sous-objectifs connaîtra une accélération progressive^e. Sur la base de ces projections, des cibles peuvent être définies pour 2025 et les années précédentes. Un exemple pratique de cette approche est fourni dans l'Encadré 2.1.

Comme l'illustre l'exemple donné dans l'Encadré 2.1, les cibles peuvent être exprimées de trois manières différentes :

- en termes de chiffres absolus – nombre de décès et de cas incidents enregistrés chaque année ;
- en termes de taux – nombre de décès et de cas incidents par an pour 100 000 habitants ;
- en termes de baisse relative observée durant l'année ciblée par rapport à la valeur de référence de 2015 – par exemple, réduction de 35 % des décès dus à la tuberculose en 2020 par rapport à 2015.

Les cibles exprimées en termes de baisse relative présentent le grand avantage d'être beaucoup moins sensibles aux incertitudes liées à la valeur initiale de la charge de tuberculose (qui pourra être actualisée au fur et à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles) que les cibles exprimées en chiffres absolus.

Si des cibles nationales de réduction de l'incidence et des décès liés à la tuberculose sont établies pour 2020, il faut qu'une mesure exacte de ces deux indicateurs soit possible à cette date (Encadré 2.2).

Outre la définition de cibles de réduction de la charge de la tuberculose pour les indicateurs relatifs à la mortalité et à l'incidence de la maladie, l'adaptation de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose au niveau national peut également reposer sur l'établissement d'une cible nationale relative à la réduction de la prévalence de la tuberculose (Encadré 2.3). Cela vaut particulièrement pour les pays ayant mené une enquête nationale de prévalence de la tuberculose entre 2009 et 2015-2016^f.

d. Même dans les pays à forte prévalence de VIH parmi les patients tuberculeux, des cibles ambitieuses de réduction du taux de létalité peuvent être fixées, sous réserve que l'accès aux traitements antirétroviraux soit aisé et rapide. Il en va de même pour les pays à forte prévalence de tuberculose multirésistante si la prestation des soins est optimisée, par exemple par une amélioration du diagnostic et de la prise en charge et l'adoption de schémas thérapeutiques plus courts et plus efficaces.

e. L'OMS et ses partenaires mettront au point des outils destinés à aider les pays à établir ces projections.

f. Entre 2009 et septembre 2015, 18 pays ont réalisé une enquête nationale de prévalence de la tuberculose. En septembre 2015, quelques pays supplémentaires avaient prévu de mener une enquête avant la fin 2016.

ENCADRÉ 2.2 RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ ET DE L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE : LE RÔLE DES CIBLES NATIONALES À L'HORIZON 2020

Lorsqu'une cible a été fixée, il est hautement souhaitable de mesurer les progrès accomplis avant l'année ciblée. Cela permet de vérifier que le processus progresse comme prévu ou, dans le cas contraire, de prendre les mesures correctives nécessaires. Les progrès doivent pouvoir être mesurés avec suffisamment de précision afin que les décisions prises reposent sur des données fiables.

Pour mesurer de manière exacte le nombre de décès dus à la tuberculose et l'évolution de cet indicateur, les pays doivent disposer d'un système national d'enregistrement des faits d'état civil (ou d'un système type représentatif du pays) contenant des données de qualité sur les causes de décès, enregistrées conformément au système de codage ICD-10.^a

Pour une mesure exacte du taux d'incidence de la tuberculose et de son évolution, il faut que les données de notification de la tuberculose constituent un bon indicateur de l'incidence de la maladie. Cela suppose, entre autres, que la sous-notification des cas diagnostiqués soit limitée ou négligeable, tout comme le sous-diagnostic ou le surdiagnostic. Sinon, il sera difficile d'estimer l'écart entre le nombre de cas notifiés pour une année donnée et le nombre effectif de cas nouveaux ou de rechutes survenus au cours de cette même année.

On pourra utiliser la liste type de l'OMS des normes et des critères relatifs à la surveillance de la tuberculose et aux systèmes d'enregistrement des faits d'état civil (3) pour déterminer si les normes de surveillance requises pour effectuer une mesure directe de l'incidence et de la mortalité de la tuberculose à partir des données de notification et d'état civil sont respectées et identifier les mesures nécessaires pour combler les lacunes éventuellement identifiées.

Si les normes requises pour la mesure directe de l'incidence et de la mortalité de la tuberculose à l'horizon 2020 peuvent être satisfaites, on pourra établir des cibles relatives à la réduction du nombre de décès dus à la tuberculose et du taux d'incidence de la maladie d'ici 2020. Si le respect de ces normes ne peut être assuré d'ici 2020, il ne sera pas possible de déterminer avec exactitude si les cibles sont atteintes ou sont en voie de l'être. Dans ce cas, des enquêtes de prévalence dans la population pourront demeurer nécessaires pour étudier la charge de la maladie, et des cibles relatifs à d'autres indicateurs, tels que ceux indiqués dans le Tableau 2.2, seront définies pour 2020.

a. La mortalité due à la tuberculose ne peut pas être mesurée au moyen d'une analyse régulière de l'issue des traitements antituberculeux, car les décès survenus en cours de traitement ne sont pas nécessairement imputables à la tuberculose, mais aussi parce qu'il peut y avoir des décès d'origine tuberculeuse chez les patients dont l'issue thérapeutique n'a pas été enregistrée.

2.3.2 Cibles nationales relatives à la proportion de patients tuberculeux, et de leurs familles, qui supportent des coûts catastrophiques, 2016-2025

Sous réserve d'un engagement politique suffisant, il est possible, en diminuant les dépenses directes et en atténuant ou compensant les pertes de revenus et les autres coûts indirects, de réduire rapidement les coûts liés à la tuberculose auxquels les patients et leurs familles sont confrontés. Le jalon défini à l'échelle mondiale, visant l'élimination des coûts catastrophiques à l'horizon 2020, peut servir de cible nationale dans tous les pays (et s'appliquerait également aux années suivantes) (8-9). Les pays à revenu intermédiaire ou élevé qui n'ont pas encore éliminé ces coûts peuvent fixer une échéance plus ambitieuse, avant 2020.

2.3.3 Mesure des progrès : incidence de la tuberculose et mortalité associée

Incidence de la tuberculose

Dans l'idéal, la notification des cas de tuberculose à l'échelle nationale devrait constituer un indicateur rigoureux de l'incidence de la maladie. Cela suppose la présence d'un système de surveillance efficace,

ainsi qu'un système de santé garantissant l'accès universel à des services sanitaires essentiels de qualité et conformes aux besoins, assortis d'une protection contre les difficultés financières. En d'autres termes, les données de notification de la tuberculose doivent être de haute qualité, avec une sous-notification limitée ou négligeable, et la couverture sanitaire universelle et la protection sociale doivent être bien établies^g. L'OMS a élaboré une liste type des normes et des critères relatifs à la surveillance de la tuberculose et aux systèmes d'enregistrement des faits d'état civil (3) en vue de déterminer si les notifications de la tuberculose représentent un bon indicateur de l'incidence de la maladie.

Dans la plupart des pays d'endémie, la notification des cas de tuberculose ne représente pas encore un indicateur fiable de l'incidence de la maladie. Par conséquent, l'incidence de la tuberculose ne peut être estimée qu'indirectement, avec une incertitude considérable. Tant que cette situation ne se sera pas améliorée, l'établissement de cibles nationales de réduction de l'incidence de la tuberculose demeurera difficile (voir aussi l'Encadré 2.2). Il est possible de définir des cibles à plus long terme, comme l'explique la section 2.3.1, car sur une période de dix ans, le système de surveillance et, de manière plus générale, le système de santé peuvent être considérablement renforcés. Cependant, il n'est pas recommandé d'établir des cibles à court terme (par exemple à l'horizon 2020), à moins que l'amélioration des systèmes de santé et de surveillance ne permette d'utiliser la notification des cas de tuberculose comme indicateur fiable de l'incidence d'ici la date ciblée.

Il convient d'évaluer le système de surveillance de la tuberculose à l'aide de la liste type de l'OMS afin d'en identifier les forces et les faiblesses et de budgétiser les investissements nécessaires pour combler les lacunes éventuelles.

Mortalité due à la tuberculose

Le nombre annuel de décès dus à la tuberculose peut être mesuré de manière fiable si le pays dispose d'un système national d'enregistrement des faits d'état civil (ou d'un système type) fournissant des données de qualité sur les causes de décès (selon le système de codage ICD-10) (10-11). De nombreux pays d'endémie de la tuberculose ne possèdent pas encore de système adéquat de ce type. Il est toutefois possible de mettre de tels systèmes en place, ou d'améliorer les systèmes existants, pour un coût estimatif de US \$0,5-1 par habitant dans les zones couvertes.

Tant qu'un système solide d'enregistrement des faits d'état civil n'aura pas été instauré, les estimations de la mortalité due à la tuberculose demeureront incertaines. Comme pour l'incidence, l'établissement de cibles pour la mortalité reste envisageable à long terme car un système national ou système type d'enregistrement des faits d'état civil peut être mis en place ou renforcé sur une période de dix ans, mais il n'est pas recommandé de définir des cibles à plus court terme, par exemple à l'horizon 2020, à moins qu'il ne soit prévu d'instaurer un système d'enregistrement des faits d'état civil de bonne qualité et de couverture élevée d'ici la date ciblée.

On pourra s'appuyer sur les orientations et les indicateurs standard élaborés par l'OMS pour évaluer la couverture et la qualité des données sur les causes de décès contenues dans les registres d'état civil (10-11). La liste type de l'OMS (3) comprend une norme relative à l'évaluation des données d'état civil. Une approche systématique est également proposée pour examiner l'état des registres d'état civil et apporter les améliorations correspondantes aux systèmes nationaux d'enregistrement des faits d'état civil.

2.3.4 Mesure des progrès : proportion de patients, et de leurs familles, supportant des coûts catastrophiques liés à la tuberculose

La proportion de patients tuberculeux (et de leurs familles) confrontés à des coûts catastrophiques peut être estimée au moyen d'enquêtes menées dans les établissements de santé, consistant à interroger un échantillon aléatoire de patients sur leurs dépenses médicales associées au diagnostic et au traitement de la tuberculose. Un questionnaire standard (8) peut être utilisé pour recueillir les informations sur les

g. Les enquêtes sur les coûts catastrophiques subis par les patients tuberculeux et leurs familles (voir aussi la section 2.3.4), ainsi que les données sur le niveau global des dépenses de santé publique par habitant et le pourcentage des dépenses de santé qui sont des paiements directs, peuvent donner des indications permettant de déterminer si la couverture sanitaire universelle et la protection sociale sont bien établies. Par exemple, il a été suggéré que la couverture sanitaire universelle pouvait être considérée comme bien établie si les paiements directs représentent 15 % de toutes les dépenses de santé et si les dépenses de santé publique par habitant sont d'un niveau suffisant.

coûts médicaux directs (achat de médicaments, dépenses liées au test diagnostique, déduction faite de tout remboursement), les coûts liés au transport, à l'hébergement et à la nourriture, ainsi que les pertes de revenu dues à la maladie et aux consultations (déduction faite de tout transfert, tel que le remplacement du revenu) supportés par le patient et sa famille. Ce même questionnaire peut servir à consigner les informations relatives aux revenus du ménage (soit déclarées par le patient, soit dérivées de l'indice d'actifs du ménage)^h.

À l'aide de ces données, le total des coûts liés à la tuberculose (aussi bien directs qu'indirects) supportés par le ménage peut être calculé en tant que pourcentage du revenu annuel du ménage. Si ce coût total représente plus de 20 % du revenu annuel du ménage, il sera qualifié de catastrophique. Ce seuil a été établi sur la base d'avis émis par les experts, plutôt que sur des données empiriques, qui sont en nombre limitéⁱ ; il pourra être ajusté à l'issue de recherches supplémentaires. Des études supplémentaires permettront également de déterminer si la présence d'une « désépargne » importante (passant par exemple par un emprunt ou la vente de propriété ou de bétail) peut servir d'indicateur fiable des coûts catastrophiques. Un protocole générique, accompagné d'un questionnaire destiné aux enquêtes sur les coûts supportés par les patients tuberculeux et leurs familles, est disponible (8).

ENCADRÉ 2.3 ADAPTATION AU CONTEXTE NATIONAL : LA PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE UTILISÉE COMME INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE DE LA CHARGE DE LA MALADIE, AVEC DÉFINITION D'UNE CIBLE POUR 2020 OU 2025

Aucune des trois cibles générales de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose ne porte sur la prévalence de la maladie, car seul un nombre relativement faible de pays effectueront une enquête de prévalence de la tuberculose au cours de la période 2016-2035. Une fois que la charge de la tuberculose diminue pour atteindre une prévalence inférieure à 100 cas pour 100 000 habitants, la taille des échantillons requis pour mener des enquêtes fiables devient prohibitive, tant en termes de coûts que sur le plan logistique (4). En outre, la plupart des pays n'ont pas mené d'enquête nationale pouvant servir de point de référence adapté et, à mesure que les pays s'enrichissent et s'urbanisent, il n'est pas toujours possible d'obtenir un taux de participation suffisant aux enquêtes.

Néanmoins, 18 pays à forte charge de tuberculose ont réalisé une enquête nationale de prévalence de la tuberculose entre 2009 et 2015 (1), et quelques autres ont prévu de le faire avant la fin 2016. Dans ces pays, il pourrait être pertinent de définir une cible de réduction de la prévalence de la tuberculose dans un délai de dix ans après la dernière enquête (un intervalle de 7 à 10 ans étant nécessaire entre les enquêtes pour identifier les changements significatifs sur le plan statistique). Une nouvelle enquête, réalisée au cours de l'année ciblée, permettrait de déterminer si l'objectif a été atteint. L'expérience dans des pays comme le Cambodge et la Chine a montré que la réduction ciblée pourrait être d'environ 50 % sur une période de dix ans.

Des conseils exhaustifs sur la structure, la mise en œuvre, l'analyse et le compte rendu des enquêtes de prévalence sont fournis dans un manuel (National TB prevalence surveys: a handbook, publié en 2010 (4)) et des guides complémentaires (5-7) élaborés par l'OMS, disponibles sur le site Web du Groupe spécial mondial sur la mesure de l'impact de la tuberculose (www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/en/).

h. L'indice d'actifs permet de définir le quintile de revenu auquel appartient le ménage, dont on peut dériver une estimation des revenus en utilisant les données sur les quintiles de revenu issues des enquêtes nationales sur la démographie et les dépenses des ménages.

i. Wingfield T et al. Defining catastrophic costs and comparing their importance for adverse tuberculosis outcome with multi-drug resistance: a prospective cohort study. Peru, 2014.

2.4 Indicateurs de suivi des progrès accomplis aux niveaux mondial et national dans la mise en œuvre des principales composantes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, et valeurs cibles recommandées

Outre les trois indicateurs généraux abordés dans les sections 2.2 et 2.3, des indicateurs opérationnels, assortis de valeurs cibles, sont nécessaires pour suivre la mise en œuvre des dix composantes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Ces indicateurs, et les cibles correspondantes, doivent permettre un suivi fiable des progrès réalisés au cours d'un cycle de planification national, soit généralement 3 à 5 ans. Dans l'idéal, ces indicateurs devraient être mesurés tous les ans pour promouvoir la responsabilisation à l'égard des résultats, favoriser une adaptation rapide des politiques, stratégies et interventions lorsque les progrès semblent trop lents et permettre une évaluation régulière et exacte des progrès accomplis. Il est également souhaitable de procéder à des mesures à un niveau désagrégé, par exemple pour des populations ou zones géographiques particulières, ce qui permet une meilleure adaptation des interventions dans le pays.

Pour les indicateurs de valeur incertaine qui se fondent sur une modélisation mathématique, il est préférable d'établir des cibles à un horizon de plus de cinq ans.

Les dix principaux indicateurs opérationnels permettant de suivre, au niveau mondial comme national, les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose sont répertoriés dans le Tableau 2.2. Ce tableau fournit également la valeur cible recommandée pour chaque indicateur, et explique les raisons pour lesquelles il a été inclus parmi les dix indicateurs prioritaires.

Il n'y a pas d'échéance commune recommandée pour tous les pays. Lors de l'adaptation nationale de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, il appartiendra aux pays de définir clairement, pour chaque indicateur, l'année durant laquelle ils comptent atteindre la valeur cible. Certains pays auront peut-être déjà atteint la valeur cible recommandée et se fixeront donc comme objectif de la maintenir à son niveau actuel, voire de l'améliorer. Dans d'autres pays, l'année cible devra être définie en fonction de la situation initiale de référence, en tenant compte de la rapidité et de l'ampleur escomptées des améliorations à apporter. Il est souhaitable que tous les pays s'emploient à atteindre ces cibles en 2025 au plus tard pour permettre la réalisation des objectifs mondiaux relatifs au jalon 2025 de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose (Tableau 2.1).

Pour chaque indicateur, il conviendra d'adapter les systèmes de collecte systématique d'information sur la tuberculose ou de prévoir des enquêtes adaptées pour garantir la fiabilité des mesures au cours du temps. Dans certains pays, une mise à jour des systèmes d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose pourra s'imposer.

Un ensemble plus complet d'indicateurs pour le suivi des trois piliers de la Stratégie, ainsi que les conditions de mesure associées, sont fournis à la fin des sections consacrées à chacun des piliers dans la Partie III du présent document.

TABLEAU 2.2 LISTE (SANS CLASSEMENT) DES DIX INDICATEURS DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE AUX NIVEAUX MONDIAL ET NATIONAL, ET VALEURS CIBLES RECOMMANDÉES APPLICABLES À TOUS LES PAYS.

La valeur cible doit être atteinte au plus tard en 2025.

INDICATEUR	VALEUR CIBLE RECOM-MANDÉE	RAISON PRINCIPALE DE L'INCLUSION PARM LES DIX INDICATEURS PRIORITAIRES	NÉCESSITÉ DE MODIFIER LES SYSTÈMES DE COLLECTE DES DONNÉES*
1 COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX Nombre de cas nouveaux et de rechutes notifiés et traités, divisé par le nombre estimatif de cas incidents de tuberculose la même année, exprimé sous forme de pourcentage.	≥ 90 %	Une forte couverture thérapeutique est indispensable à la réalisation des cibles et objectifs intermédiaires de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Ensemble, ces deux indicateurs serviront probablement de « marqueurs » pour suivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle dans le cadre des ODD.	Aucun changement requis
2 TAUX DE RÉUSSITE DU TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX Pourcentage des cas notifiés de tuberculose qui ont été traités avec succès. Cette cible se rapporte aussi bien à la tuberculose pharmacosensible qu'à la tuberculose pharmacorésistante, mais les issues thérapeutiques devront également être notifiées séparément.	≥ 90 %	Ensemble, ces deux indicateurs serviront probablement de « marqueurs » pour suivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle dans le cadre des ODD.	Aucun changement requis
3 POURCENTAGE DES MÉNAGES TOUCHÉS QUI SONT CONFRONTÉS À DES COÛTS CATASTROPHIQUES DUS À LA TUBERCULOSE** Nombre de personnes traitées pour la tuberculose (et leurs familles) qui supportent des coûts catastrophiques (coûts directs et indirects combinés), divisé par le nombre total de personnes traitées pour la tuberculose.	0 %	Cet indicateur, qui est l'un des trois indicateurs généraux de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, est un marqueur essentiel de la protection contre les risques financiers (un des deux éléments clés de la couverture sanitaire universelle) et de la protection sociale des ménages touchés par la tuberculose.	Aucun changement recommandé, mais des enquêtes régulières sont nécessaires. Au niveau des pays : Des enquêtes devront être menées régulièrement (par exemple tous les 2 à 3 ans) auprès d'un échantillon aléatoire de patients tuberculeux pour mesurer les coûts liés à la tuberculose pesant sur les patients et leurs familles. L'OMS fournira des orientations sur la réalisation de ces enquêtes ; un protocole générique et un questionnaire sont déjà disponibles. Au niveau mondial : À partir de 2017, l'OMS demandera aux pays de transmettre les données relatives à cet indicateur lors de cycles annuels de collecte mondiale des données, dans la mesure où ces pays ont déclaré disposer de telles données
4 POURCENTAGE DE PATIENTS TUBERCULEUX (CAS NOUVEAUX ET RECHUTES) QUI ONT ÉTÉ SOUMIS À UN TEST RAPIDE RECOMMANDÉ PAR L'OMS LORS DU DIAGNOSTIC Nombre de patients soumis à un test rapide recommandé par l'OMS au moment du diagnostic, divisé par le nombre total de patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes), exprimé sous forme de pourcentage.	≥ 90 %	Un diagnostic correct est un aspect fondamental de la prise en charge de la tuberculose. Les tests diagnostiques moléculaires rapides permettent une détection précoce et la mise en place rapide du traitement.	Aucun changement recommandé, mais des enquêtes seront nécessaires si les données requises n'ont pas encore été recueillies. Au niveau des pays : Cet indicateur peut être mesuré au moyen d'une enquête sur un échantillon aléatoire de dossiers médicaux ou de fiches de santé de patients atteints de tuberculose, visant à recueillir les informations relatives aux tests diagnostiques utilisés. Au niveau mondial : À partir de 2016, l'OMS demandera aux pays de transmettre les données relatives à cet indicateur lors de cycles annuels de collecte mondiale des données, dans la mesure où ces pays ont déclaré disposer de telles données (provenant soit des notifications de cas, soit d'une enquête).

* L'OMS ne prévoit PAS de mise à jour des formulaires de notification sur support papier révisés en 2013 et préconise la conduite d'enquêtes régulières pour recueillir les données relatives aux nouveaux paramètres.

** les coûts supportés dépassent le seuil de 20 % du revenu annuel du ménage.

INDICATEUR	VALEUR CIBLE RECOMMANDÉE	RAISON PRINCIPALE DE L'INCLUSION PARMIS LES DIX INDICATEURS PRIORITAIRES	NÉCESSITÉ DE MODIFIER LES SYSTÈMES DE COLLECTE DES DONNÉES*
<p>5 COUVERTURE DU TRAITEMENT CONTRE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE</p> <p>Parmi les personnes vivant avec le VIH nouvellement bénéficiaires de soins anti-VIH et les enfants de <5 ans qui sont des contacts domestiques de cas de tuberculose, nombre de sujets qui ont démarré un traitement contre l'ITL, divisé par le nombre de personnes justiciables d'un traitement, exprimé sous forme de pourcentage (séparément pour chacun des deux groupes).</p>	≥ 90 %	<p><i>Le traitement de l'ITL est la principale intervention thérapeutique disponible pour prévenir l'évolution de la maladie chez les sujets déjà infectés par M. tuberculosis.</i></p>	<p>Aucun changement recommandé, mais des enquêtes seront nécessaires si les données requises n'ont pas encore été recueillies.</p> <p>Au niveau des pays : Le numérateur de cet indicateur, c'est-à-dire le nombre de contacts domestiques âgés de <5 ans placés sous traitement contre l'ITL, peut être mesuré au moyen d'une enquête sur un échantillon aléatoire de dossiers médicaux ou de fiches de santé de patients atteints de tuberculose, visant à recueillir les informations relatives aux traitements contre l'ITL administrés aux contacts âgés de <5 ans. La réalisation d'une enquête n'est toutefois pas nécessaire si ce paramètre est déjà enregistré dans le système de notification des cas. Le dénominateur peut être estimé à partir du nombre signalé de cas bactériologiquement confirmés (consignés de manière systématique dans presque tous les pays), des données démographiques et des données relatives à la taille des ménages.</p>
<p>6 COUVERTURE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE DES CONTACTS</p> <p>Parmi les contacts des cas de tuberculose bactériologiquement confirmés, nombre de personnes évaluées à la recherche d'une tuberculose, divisé par le nombre de personnes justiciables d'une évaluation, exprimé sous forme de pourcentage.</p>	≥ 90 %	<p>La recherche des contacts est un élément central de la prévention contre la tuberculose, en particulier chez les enfants.</p>	<p>Aucun changement recommandé, mais des enquêtes seront nécessaires si les données requises n'ont pas encore été recueillies.</p> <p>Au niveau des pays : Le numérateur de cet indicateur, c'est-à-dire le nombre de contacts examinés, peut être mesuré au moyen d'une enquête réalisée sur un échantillon aléatoire de dossiers médicaux ou de fiches de santé de patients atteints de tuberculose bactériologiquement confirmée, visant à recueillir les informations relatives à la recherche des contacts. La réalisation d'une enquête n'est toutefois pas nécessaire si ce paramètre est déjà enregistré dans le système de notification des cas. Le dénominateur de cet indicateur (le nombre de contacts justiciables d'une évaluation) peut être estimé de même manière que pour l'indicateur 5.</p> <p>Au niveau mondial : À partir de 2016, l'OMS demandera aux pays de transmettre les données relatives à cet indicateur lors de cycles annuels de collecte mondiale des données, dans la mesure où ces pays ont déclaré disposer de telles données (provenant soit des notifications de cas, soit d'une enquête).</p>

INDICATEUR	VALEUR CIBLE RECOM-MANDÉE	RAISON PRINCIPALE DE L'INCLUSION PARMi LES DIX INDICATEURS PRIORITAIRES	NÉCESSITÉ DE MODIFIER LES SYSTÈMES DE COLLECTE DES DONNÉES*
<p>7 COUVERTURE DES TESTS DE PHARMACOSENSIBILITÉ CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX</p> <p>Nombre de patients tuberculeux pour lesquels on dispose de résultats aux tests de pharmacosensibilité, au moins pour la rifampicine, divisé par le nombre total de cas notifiés (nouveaux ou en reprise de traitement) au cours de la même année, exprimé sous forme de pourcentage. Cette couverture comprend les résultats des tests moléculaires (p. ex. Xpert MTB/RIF), ainsi que des tests phénotypiques conventionnels.</p>	100 %	<p>La réalisation de tests de sensibilité aux antituberculeux recommandés par l'OMS est essentielle pour identifier le traitement le mieux adapté à chaque cas diagnostiqué de tuberculose.</p>	<p>Aucun changement recommandé, mais des enquêtes seront nécessaires si les données requises n'ont pas encore été recueillies.</p> <p>Au niveau des pays : Cet indicateur peut être mesuré au moyen d'une enquête réalisée à partir des registres sur la tuberculose, des dossiers médicaux ou des fiches de santé des patients tuberculeux. La réalisation d'une enquête n'est toutefois pas nécessaire si les résultats des tests de sensibilité à la rifampicine sont déjà enregistrés dans le système de notification des cas. Il convient de souligner que ces données ne doivent pas être extraites des registres de laboratoire, car ces derniers sont structurés par échantillon et non par patient.</p> <p>Au niveau mondial : L'OMS continuera de demander aux pays de transmettre les données relatives à cet indicateur lors de cycles annuels de collecte mondiale des données, dans la mesure où ces pays ont déclaré disposer de telles données (provenant soit des notifications de cas, soit d'une enquête). L'OMS estimera la couverture des tests de pharmacosensibilité en se basant sur le nombre de patients tuberculeux pour lesquels la résistance à la rifampicine a été testée.</p>
<p>8 COUVERTURE THÉRAPEUTIQUE PAR LES NOUVEAUX ANTITUBERCULEUX</p> <p>Nombre de patients tuberculeux traités selon un protocole qui inclut de nouveaux médicaments antituberculeux (approuvés après 2010), divisé par le nombre de cas notifiés justiciables d'un traitement par ces nouveaux antituberculeux, exprimé sous forme de pourcentage.</p>	≥ 90 %	<p>Cet indicateur est pertinent pour mesurer l'adoption des innovations dans tous les pays. Les indicateurs relatifs à la mise au point de nouveaux outils sont nécessaires au niveau mondial, mais ne sont pas adaptés au suivi des progrès dans tous les pays.</p> <p>Les patients justiciables d'un traitement par les nouveaux antituberculeux pourront être définis de manière différente d'un pays à l'autre.</p>	<p>Aucun changement recommandé, mais des enquêtes seront nécessaires si les données requises n'ont pas encore été recueillies.</p> <p>Au niveau des pays : La couverture thérapeutique par les nouveaux antituberculeux est un indicateur qui n'est pas consigné dans les formulaires de notification recommandés par l'OMS pour les systèmes sur support papier (révision 2013). Cet indicateur peut être mesuré au moyen d'une enquête réalisée sur les dossiers médicaux ou les fiches de santé des patients qui remplissent les conditions requises pour les nouveaux antituberculeux, afin d'identifier la proportion de patients qui bénéficient de ces traitements. La réalisation d'une enquête n'est toutefois pas nécessaire si les informations relatives au protocole thérapeutique sont déjà enregistrées dans le système de notification des cas.</p> <p>En 2016, les seuls nouveaux antituberculeux pour lesquels il est pertinent de recueillir ces données sont la bédaquiline et le délamanide (approuvés par l'OMS en 2013 et 2014 respectivement). Leur utilisation est recommandée pour certains groupes très spécifiques de patients présentant une tuberculose pharmacorésistante.</p> <p>Au niveau mondial : L'OMS a commencé à demander aux pays de transmettre les données relatives à l'utilisation de la bédaquiline chez les patients atteints d'une tuberculose multirésistante. En 2016, les données sur l'utilisation du délamanide seront également demandées.</p>

INDICATEUR	VALEUR CIBLE RECOM-MANDÉE	RAISON PRINCIPALE DE L'INCLUSION PARMi LES DIX INDICATEURS PRIORITAIRES	NÉCESSITÉ DE MODIFIER LES SYSTÈMES DE COLLECTE DES DONNÉES*
<p>9 ENREGISTREMENT DU STATUT SÉROLOGIQUE VIS-À-VIS DU VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX</p> <p>Nombre de patients tuberculeux (nouveaux cas et rechutes)auxquels le test de dépistage du VIH a été offert, divisé par le nombre de nouveaux cas et de rechutes notifiés au cours de la même année, exprimé sous forme de pourcentage.</p>	100 %	<p>Un des principaux indicateurs mondiaux utilisés pour le suivi des activités concertées contre le VIH et la tuberculose. L'enregistrement du statut sérologique à l'égard du VIH est essentiel pour permettre aux patients tuberculeux qui sont séropositifs de bénéficier des meilleurs soins possibles, notamment d'un traitement antirétroviral.</p>	Aucun changement requis
<p>10 TAUX DE LÉTALITÉ (TL)</p> <p>Nombre de décès dus à la tuberculose (selon le système national d'enregistrement des faits d'état civil), divisé par le nombre estimatif de cas incidents de tuberculose survenus la même année, exprimé sous forme de pourcentage.</p>	≤ 5 %	<p>Cet indicateur est essentiel pour suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre les jalons de 2020 et 2025. Le jalon mondial de 2025 relatif à la réduction de la mortalité et de l'incidence de la tuberculose exige un taux de létalité maximal de 6 %.</p>	Aucun changement requis



En Éthiopie, le Ministère de la santé a consenti des investissements pour mobiliser des milliers de bénévoles communautaires œuvrant pour la santé dans le pays entier. Travaillant en première ligne dans les communautés, ces bénévoles identifient les villageois susceptibles d'être atteints de tuberculose. Hirpessa Geleta (à gauche) et Angasu Dhuguma (à droite) sont des bénévoles communautaires à Wolisso (Éthiopie).

LES TROIS PILIERS

PILIER 1

SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT

- A. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque
- B. Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose, y compris de tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients
- C. Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH et prise en charge des comorbidités
- D. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose

PILIER 2

POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN

- A. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention
- B. Mobilisation des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés
- C. Politiques de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, l'enregistrement des faits d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments, et la lutte contre l'infection
- D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose

PILIER 3

INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

- A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies
- B. Recherche visant à optimiser la mise en œuvre et l'impact et à promouvoir l'innovation

PILIER 1: COMPOSANTES ESSENTIELLES



Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque



Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose, y compris de tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients



Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose



Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH et prise en charge des comorbidités



SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT

•••

MESSAGES CLÉS

- Le Pilier 1 de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose s'appuie sur les stratégies DOTS (1994-2005) et Halte à la tuberculose (2006-2015) et couvre les fonctions essentielles des services de santé nécessaires à la prise en charge et à la prévention de la tuberculose. Sa mise en œuvre nécessite une collaboration étroite avec toutes les parties prenantes, y compris les services de protection sociale, la société civile et les communautés.
- Les ressources humaines et financières affectées à la mise en œuvre doivent correspondre au champ élargi des fonctions essentielles effectivement intégrées dans la prestation des services de santé généraux.
- Il est indispensable que les personnes de tout âge présentant une forme quelconque de tuberculose, qu'elle soit pharmacosensible ou pharmacorésistante, bénéficient toutes d'un diagnostic précoce et d'un traitement rapide. Des tests de pharmacosensibilité et de diagnostic rapide de la tuberculose approuvés par l'OMS devraient être accessibles à tous ceux qui en ont besoin, et en priorité aux personnes à risque de tuberculose multirésistante ou de tuberculose associée au VIH. Il convient que des tests de pharmacosensibilité soient proposés pour les médicaments antituberculeux autres que la rifampicine.
- Un traitement adéquat de la tuberculose, qu'elle soit pharmacosensible ou pharmacorésistante, doit être disponible et accessible à tous ceux qui en ont besoin. Des mesures convenables de contrôle de l'innocuité et de gestion des médicaments devront être appliquées. Il importe que tous les personnels soignants compétents participent à la prestation des soins antituberculeux. Il convient également que des soins palliatifs et de fin de vie soient disponibles lorsque toutes les options thérapeutiques curatives ont été épuisées.
- Des programmes communs de lutte contre la tuberculose et le VIH devraient être mis en œuvre, permettant la prestation intégrée et décentralisée de services antituberculeux et anti-VIH, dans le respect des dernières recommandations de l'OMS sur les activités concertées en matière de tuberculose/VIH et sur la prise en charge de l'ITL.
- Dans la perspective des soins centrés sur le patient, tous les patients devraient bénéficier, selon leurs besoins, d'un appui éducatif, psychologique et économique leur permettant de se soumettre à un diagnostic complet et de suivre dans son intégralité le traitement requis.
- Les personnes en contact étroit avec des patients atteints de tuberculose, les personnes vivant avec le VIH et les travailleurs exposés à la poussière de silice devraient faire l'objet d'un dépistage systématique de la tuberculose et bénéficier éventuellement d'un traitement prophylactique.
- Il est essentiel d'évaluer l'état nutritionnel de toutes les personnes atteintes de tuberculose et, selon les besoins, de leur fournir des soins et des conseils nutritionnels. Tous les malades devraient également faire l'objet d'un dépistage du diabète, ainsi que d'une recherche d'autres comorbidités ou facteurs de risques associés, tels que le tabagisme et l'abus d'alcool ou de drogues, selon l'épidémiologie locale.
- Les mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse doivent être appliquées de manière systématique.
- Des outils numériques éprouvés devront être progressivement mis en place pour améliorer l'efficacité de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.



Introduction

Le premier pilier de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose porte sur la prestation de soins et de services de prévention intégrés et centrés sur le patient. S'inscrivant dans le prolongement des stratégies DOTS (1994-2005) et Halte à la tuberculose (2006-2015), il met l'accent sur la nécessité de garantir un accès universel aux soins et à la prévention de la tuberculose en accordant une attention accrue aux populations vulnérables et difficiles d'accès. L'importance d'un diagnostic précoce de tous les cas, condition essentielle pour faire reculer la transmission de la maladie, y est soulignée. Pour cela, les tests de diagnostic rapide et les tests de pharmacosensibilité recommandés par l'OMS doivent être accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin. L'accent est également mis sur le traitement adéquat de tous les patients atteints d'une forme quelconque de tuberculose. Le dépistage systématique des contacts et de certains groupes à haut risque, ainsi que le traitement préventif de groupes particuliers, font désormais partie intégrante des efforts de soins et de prévention. Ce pilier rappelle l'importance des mesures de lutte anti-infectieuse. Il plaide en outre en faveur d'une prestation intégrée des soins en collaboration avec d'autres programmes de santé publique, notamment ceux qui traitent du VIH, de la santé de la mère et de l'enfant, de la nutrition, du diabète, de la santé pulmonaire et de la santé mentale. L'adoption progressive d'outils numériques éprouvés est recommandée pour accroître l'efficacité de tous les volets de la mise en œuvre.

Des services de soins et de soutien centrés sur le patient

Les soins centrés sur le patient impliquent d'évaluer systématiquement les besoins et les attentes des patients pour mieux y répondre. L'objectif est d'offrir un diagnostic et un traitement de qualité de la tuberculose à tous les patients – hommes, femmes et enfants – sans qu'ils soient confrontés à des coûts catastrophiques. Selon leurs besoins, les patients devraient bénéficier d'un appui éducatif, psychologique et économique leur permettant de se soumettre à un diagnostic complet et de suivre dans son intégralité le traitement prescrit. Pour veiller à la mise en œuvre systématique d'une démarche centrée sur le patient, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose doivent établir des politiques et stratégies claires qui intègrent le soutien social aux soins cliniques. Cela suppose une orientation et une formation de tous les prestataires de soins. La mise en œuvre de soins intégrés et centrés sur le patient exige également une collaboration avec tous les organismes compétents, qu'ils soient gouvernementaux ou non, la société civile, les communautés et le secteur privé. Les sections qui suivent décrivent les aspects essentiels de la mise en œuvre des composantes du Pilier 1 de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

Composante 1A. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque

L'OMS a élaboré plusieurs lignes directrices et ressources complémentaires pour faciliter la mise en œuvre de cette composante (1-15). Le cadre d'orientation de l'OMS pour la mise en œuvre des tests diagnostiques de la tuberculose donne un aperçu des produits de diagnostic approuvés et décrit leur utilisation pour différents groupes à risque et différents contextes (16-26). Le guide de l'OMS sur la détection précoce de la tuberculose présente les approches, les principes directeurs et les outils permettant d'améliorer l'accès au diagnostic précoce (27). Les lignes directrices de l'OMS sur le dépistage systématique de la tuberculose évolutive sont accompagnées d'un outil opérationnel (15, 28, 29), tout comme les lignes directrices relatives à la recherche des contacts dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (8, 30).

1A-1 Diagnostic précoce de la tuberculose, y compris tests universels de pharmacosensibilité

Politiques et stratégies

Le diagnostic précoce de la tuberculose requiert un ensemble d'interventions fondées sur une connaissance approfondie des comportements de recours aux soins. Pour définir et mettre en œuvre ces interventions, il est essentiel de bien comprendre quels prestataires de soins sont consultés en premier lieu par les personnes souffrant de tuberculose, quels tests diagnostiques sont utilisés et dans quels délais les patients sont informés de leur diagnostic. Les efforts à déployer pour encourager la participation de tous les prestataires de soins à la prise en charge et à la prévention de la tuberculose sont abordés dans le Pilier 2.

Il importe d'estimer les besoins existants en matière de diagnostic, notamment les infrastructures nécessaires pour obtenir une couverture adéquate des réseaux de laboratoires et des services de radiographie, les exigences technologiques et les ressources humaines requises. Ces estimations doivent tenir compte de la taille de la population desservie, de la situation épidémiologique, de l'algorithme de diagnostic devant être utilisé pour différents groupes à risque pour la tuberculose, la co-infection VIH/tuberculose ou la tuberculose pharmacorésistante, et des capacités de laboratoire existantes, notamment pour les tests de pharmacosensibilité et le suivi des patients. Les hypothèses relatives aux besoins diagnostiques de différents groupes à risque sont décrites dans l'instrument OMS de planification et de budgétisation (13).

Les lignes directrices nationales sur la tuberculose doivent être actualisées pour inclure des algorithmes diagnostiques adaptés au pays qui favorisent la diffusion progressive des technologies approuvées par l'OMS. En outre, un accord formel de collaboration devrait être signé avec un laboratoire supranational de référence sur la tuberculose de l'OMS pour assurer la qualité des méthodes phénotypiques et génotypiques de détermination de la pharmacosensibilité (14).

Un plan stratégique national relatif aux services de laboratoire devrait être élaboré ou actualisé, de préférence dans le cadre du plan stratégique national, en tenant compte des directives nationales et de l'évaluation des besoins. Ce plan devra également inclure les besoins de financement et orienter les activités générales de renforcement des services diagnostiques.

Principaux acteurs à mobiliser

Selon le contexte, les PNLT devront mobiliser divers acteurs clés pour mettre en œuvre cette sous-composante de manière efficace. Parmi ces intervenants figurent les laboratoires de référence nationaux sur la tuberculose et les services de laboratoires de santé publique nationaux ; les organismes publics spécialisés qui fournissent des services de diagnostic et de soins cliniques pour la tuberculose, tels que les services de santé du système pénitentiaire, de l'armée, de la police, des chemins de fer ou de l'éducation ; et des laboratoires et prestataires de soins privés, à but lucratif ou non.

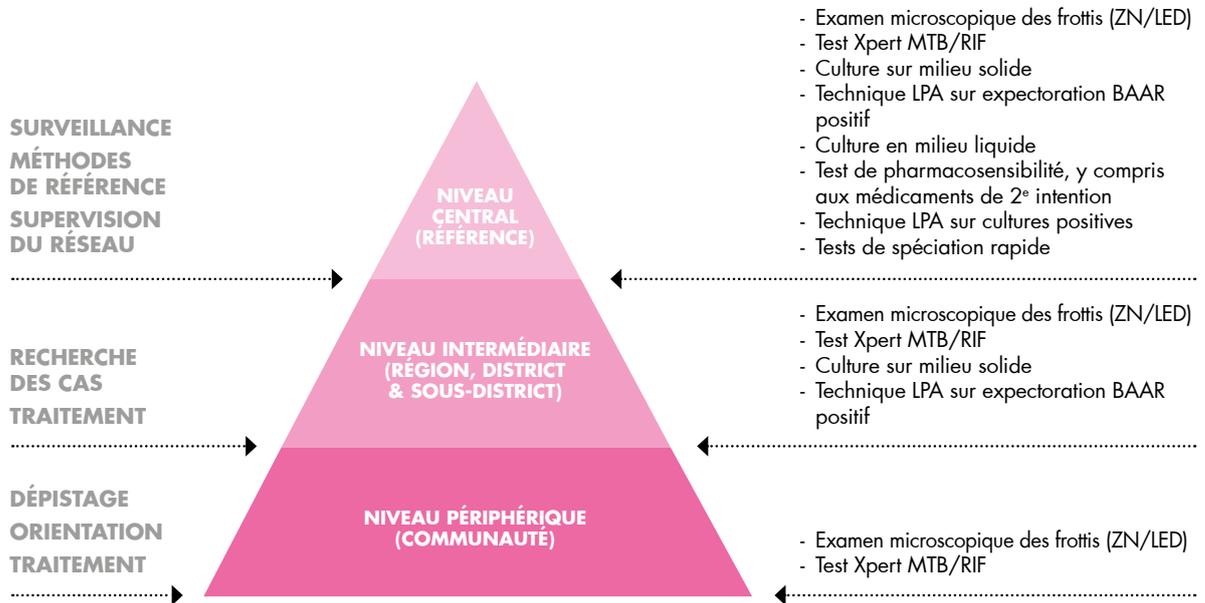
Exigences relatives au système de santé

L'efficacité du réseau de diagnostic de la tuberculose dépend du bon fonctionnement des services généraux de diagnostic dans le cadre du système de santé global. L'amélioration de l'accès aux tests de diagnostic rapide et de pharmacosensibilité de la tuberculose passe par le renforcement et l'expansion d'un réseau de services diagnostiques de qualité avérée, utilisant les tests recommandés par l'OMS. Les méthodes de diagnostic ont chacune des exigences différentes en matière d'infrastructure et de sécurité biologique. Ainsi, seuls certains tests – actuellement la microscopie et Xpert MTB/RIF – peuvent être intégrés aux services de santé périphériques. La radiographie est une technologie essentielle et fondamentale qui doit être disponible dans le cadre des soins primaires (Figure 1A.1). Les systèmes de santé doivent veiller au prélèvement et au transport rapides des échantillons, au renforcement des mécanismes d'orientation entre les différents niveaux de service et à l'adoption progressive d'outils numériques modernes permettant d'accélérer la communication des résultats et d'accroître l'efficacité globale du système.

La réalisation de tests rapides de résistance à la rifampicine devra être prioritaire chez les groupes à haut risque. Pour assurer un diagnostic précoce de la tuberculose multirésistante, un élargissement de l'accès aux tests de pharmacosensibilité s'impose. Le renforcement des capacités de test de la pharmacosensibilité et l'expansion des services de traitement de la tuberculose pharmacorésistante seront entrepris en parallèle. Il est essentiel que des ressources humaines suffisantes soient consacrées à cet effort, ainsi qu'une formation régulière et un niveau adéquat d'encadrement, de suivi et d'accompagnement.

La détection précoce de tous les cas de tuberculose exige des protocoles simples et clairs permettant aux agents de santé et bénévoles communautaires d'identifier les personnes susceptibles d'être atteintes de tuberculose, des mécanismes d'orientation rapide pour le diagnostic et le suivi, et des systèmes d'enregistrement et de notification adéquats pour la surveillance et l'évaluation.

FIGURE 1A.1 LES TROIS NIVEAUX DU RÉSEAU DE LABORATOIRES DE LA TUBERCULOSE, ET LES TESTS PROPOSÉS À CHAQUE NIVEAU



ENCADRÉ 1A.1 INDE : FACILITER L'ACCÈS AUX MÉTHODES MODERNES DE DIAGNOSTIC

En Inde, le programme national révisé de lutte contre la tuberculose (RNCTP) procède chaque année au dépistage d'environ huit millions de personnes présentant des symptômes de tuberculose, principalement au moyen d'examens microscopiques des frottis. Entre 2008 et 2014, le RNCTP a diagnostiqué et traité un nombre croissant de patients atteints de tuberculose multirésistante. Les chiffres de 2014 montrent qu'à cette date, 325 000 patients avaient fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose pharmacorésistante et 41 000 avaient démarré un traitement contre la tuberculose multirésistante.

Entre 2009 et 2014, le RNTCP est parvenu à établir 54 laboratoires pratiquant des tests de qualité avérée de pharmacosensibilité et de mise en culture dans l'ensemble du pays, dont : 36 laboratoires réalisant des tests de pharmacosensibilité et de mise en culture sur milieu solide, 41 utilisant la technique d'hybridation inverse sur bandelette (LPA) pour la détection rapide des mutations responsables de la résistance à la rifampicine, et 12 laboratoires effectuant une mise en culture dans un milieu liquide commercial, qui constitue la méthode actuelle de référence. L'établissement de ces nouveaux services a été d'un apport crucial pour étendre les activités de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante par le programme national.

Le RNTCP mène actuellement une étude de faisabilité sur l'utilisation du test Xpert MTB/RIF. En 2015, le programme avait installé 80 instruments GeneXpert permettant le dépistage rapide de la tuberculose en même temps qu'une détection de la résistance à la rifampicine dans tout le pays, et s'était donné l'objectif ambitieux de déployer 950 instruments GeneXpert supplémentaires entre 2015 et 2020.

Principales étapes de la mise en œuvre

Il est recommandé de procéder à la mise en œuvre selon les étapes successives suivantes :

- **Veiller à ce que les établissements de santé identifient toutes les personnes chez lesquelles la présence éventuelle d'une tuberculose devrait être évaluée**

L'identification méticuleuse et systématique des personnes à évaluer à la recherche d'une tuberculose devrait commencer par tous les sujets se rendant dans des établissements de santé. Les personnes présentant des symptômes de tuberculose doivent être rigoureusement identifiées. Tous les patients, y compris les enfants, dont la radiographie thoracique donne des résultats inexplicables évocateurs d'une tuberculose doivent faire l'objet d'une évaluation, de préférence au moyen de tests diagnostiques rapides (10, 11). Pour les personnes chez lesquelles on soupçonne une tuberculose pharmacorésistante ou une tuberculose associée au VIH, il convient d'utiliser, à titre de diagnostic initial, des tests rapides capables de détecter à la fois la maladie et la résistance aux antituberculeux (au minimum à la rifampicine). Le diagnostic et le traitement de la tuberculose doivent faire partie intégrante de la prise en charge des affections respiratoires. Il est recommandé d'appliquer l'approche pratique de la santé respiratoire préconisée par l'OMS, en particulier lorsque les patients souffrant de troubles respiratoires sont pris en charge dans des centres spécialisés (31).

- **Étendre les réseaux de centres de diagnostic disposant de tests diagnostiques rapides de la tuberculose recommandés par l'OMS**

Le diagnostic précoce et exact de la tuberculose et de la pharmacorésistance exigera d'accroître l'utilisation des tests diagnostiques rapides recommandés par l'OMS. Il est également essentiel que ces tests soient déployés de manière stratégique dans les centres de soins anti-VIH. Cela permettra la mise en place d'un traitement précoce et rapide et contribuera à ralentir la transmission de la maladie, à prévenir les issues défavorables et à réduire le taux de létalité.

La bonne gestion des laboratoires, notamment l'assurance de la qualité, est importante pour assurer le respect de normes rigoureuses de diagnostic. Les compétences essentielles que devront posséder les différents niveaux des services de santé dépendront des méthodes et outils diagnostiques utilisés à chacun de ces niveaux. Les difficultés de transport des échantillons contribuent souvent aux retards de diagnostic. Une bonne coordination des mécanismes d'orientation des échantillons est donc cruciale pour réduire ces retards. En outre, pour étendre le réseau de services diagnostiques de la tuberculose, il convient d'établir des liens avec des centres de diagnostic ne relevant pas du programme de lutte contre la tuberculose, tels que les services de santé de la mère et de l'enfant ou des établissements du secteur privé.

- **Promouvoir un accès universel aux tests de pharmacosensibilité**

Toutes les personnes présentant une tuberculose bactériologiquement confirmée devraient bénéficier d'un test phénotypique ou génotypique de pharmacosensibilité. Il est essentiel, pour parvenir à un accès universel aux tests de pharmacosensibilité, de veiller à ce que des tests diagnostiques permettant une détection rapide de la tuberculose pharmacorésistante soient disponibles aux niveaux inférieurs du système de santé.

Les pays à forte charge de tuberculose devront renforcer leur capacité à effectuer des tests de qualité de la pharmacosensibilité aux médicaments de première intention à l'aide de méthodes phénotypiques et génotypiques. Des tests de pharmacosensibilité aux fluoroquinolones et aux agents injectables de deuxième intention sont requis pour tous les patients chez lesquels une tuberculose résistante à la rifampicine ou une tuberculose multirésistante a été détectée. Le renforcement des capacités de test de la pharmacosensibilité aux médicaments de deuxième intention nécessite actuellement un confinement complexe des laboratoires, des précautions de sécurité biologique de haut risque, du matériel convenablement entretenu, des modes opératoires normalisés et des programmes spécialisés d'assurance de la qualité.

Les réseaux de laboratoires nationaux devraient participer régulièrement à des programmes externes d'assurance de la qualité, tels que ceux proposés par le réseau de laboratoires supranationaux de référence de l'OMS. Il leur faut également veiller à la fiabilité de leurs résultats à l'aide d'un système de gestion de la qualité conforme aux normes internationales d'accréditation des laboratoires.

1A-2 Dépistage systématique chez certains groupes à haut risque

Aux premiers stades de la maladie, nombre de personnes atteintes de tuberculose évolutive ne présentent pas de symptômes évocateurs. Ainsi, certains malades ne consultent pas assez tôt et ne sont pas testés pour la tuberculose. D'autres groupes peuvent être dans l'incapacité de se faire soigner en

raison d'obstacles financiers, géographiques ou autres. Une cartographie des groupes à haut risque et une planification attentive du dépistage systématique, que ce soit dans le cadre des services de santé ou non, pourraient améliorer la détection précoce de la tuberculose.

L'OMS a formulé des lignes directrices sur le dépistage systématique de la tuberculose évolutive, accompagnées d'un outil opérationnel pour la mise en œuvre des activités. Dans ces lignes directrices, elle recommande que les personnes en contact étroit avec des patients atteints de tuberculose, les personnes vivant avec le VIH et les travailleurs exposés à la poussière de silice fassent systématiquement l'objet d'un dépistage de la tuberculose évolutive. Pour les autres groupes à risque, la décision de procéder ou non à un dépistage systématique doit se fonder sur l'épidémiologie nationale et locale de la tuberculose, les capacités du système de santé, la disponibilité des ressources et la possibilité pratique d'atteindre les groupes concernés (28,29).

Il est préférable d'éviter le dépistage de masse car cette approche implique des coûts très élevés pour un impact incertain. Le dépistage ciblé exige lui aussi des ressources très importantes, en particulier s'il est mené à titre d'action de proximité. Lorsque le dépistage est mal planifié, ciblé ou réalisé, ou lorsque des outils sous-optimaux sont utilisés pour le dépistage et le diagnostic, cela peut engendrer un gaspillage des ressources, ainsi qu'un préjudice personnel résultant d'un diagnostic faussement positif, de la charge financière associée ou d'une stigmatisation et d'une discrimination accrues.

Politiques et stratégies

Dans le cadre du plan stratégique national sur la tuberculose, une stratégie de dépistage systématique chez les groupes à haut risque devrait être élaborée, s'appuyant sur une évaluation soigneuse de l'épidémiologie de la tuberculose et des capacités du système de santé.

Cette stratégie devra définir les éléments suivants : des objectifs clairs de dépistage ; les groupes à risque à soumettre au dépistage ; les algorithmes de dépistage et de diagnostic à privilégier ; un plan pour atteindre les groupes particulièrement vulnérables ou difficiles d'accès et leur dispenser des soins de qualité ; des principes visant à garantir un dépistage éthique et la protection des droits de l'homme ; et un plan de suivi et d'évaluation pour guider les futures modifications de la stratégie ou l'arrêt éventuel du dépistage.

Principaux acteurs à mobiliser

La formulation d'orientations sur le dépistage systématique de la tuberculose évolutive incombe au PNLT ou une entité analogue. Toutefois, la planification et la gestion des ressources humaines et financières doivent reposer sur la contribution de toutes les parties prenantes possibles.

Dans la mesure du possible, le dépistage de la tuberculose devrait être intégré à d'autres activités de dépistage et de proximité, ce qui renforce à la fois l'efficacité du dépistage et son utilité pour les utilisateurs. Il est essentiel d'identifier les points d'accès au dépistage, ce qui exige de recenser les centres de soins, les services sociaux et les prestataires non gouvernementaux desservant des groupes définis, en particulier ceux qui sont vulnérables et difficiles d'accès. Voici quelques exemples d'acteurs pouvant être mobilisés :

- les prestataires qui soignent des personnes atteintes d'affections cliniques constituant des facteurs de risque de la tuberculose, notamment les services d'endocrinologie traitant les patients diabétiques ;
- le secteur pénitentiaire, dont la participation est essentielle aux initiatives de dépistage dans les prisons ;
- les employeurs et les services de médecine du travail pour assurer un dépistage de la tuberculose dans les lieux de travail pertinents, par exemple dans les mines où les travailleurs sont exposés à la poussière de silice ;
- les services sociaux et les organisations non gouvernementales apportant un soutien social aux groupes vulnérables, qui peuvent participer aux activités de proximité de dépistage de la tuberculose dans les communautés et ;
- les autorités chargées des migrations, pour le dépistage des migrants venus de pays ou de contextes à forte charge tuberculeuse.

Exigences relatives au système de santé

Le dépistage de la tuberculose ne peut donner de résultats tangibles que s'il s'accompagne de services de qualité pour le traitement, les soins et l'appui des patients. Il est donc primordial d'examiner et d'optimiser les chaînes d'orientation-recours et de prévoir des services de traitement, de soins et

d'appui adaptés aux groupes ciblés. Un dépistage efficace accroît le nombre de personnes placées sous traitement. La demande accrue de ressources pour répondre à tous ces besoins doit être analysée dès le départ, en tenant compte des contributions possibles des principaux acteurs évoqués ci-dessus.

On considérera, comme principe directeur, que l'accès à des services de qualité de diagnostic et de traitement doit être suffisant avant que le dépistage systématique ne soit mis en œuvre et étendu.

Principales étapes de la mise en œuvre

Plusieurs mesures doivent être prises avant d'entreprendre un dépistage systématique.

- Il importe de commencer par une évaluation approfondie des avantages, risques et coûts éventuels du dépistage. Cela permettra :
 - » de définir les buts et les objectifs spécifiques du dépistage ;
 - » d'identifier les groupes à risque à inclure dans le dépistage ;
 - » de concevoir des algorithmes adaptés pour le dépistage et le diagnostic et ;
 - » de prévoir des liens avec des services de traitement, de soins et d'appui de qualité.
- Des principes éthiques doivent être définis, conformément aux principes généraux sur le dépistage des maladies infectieuses ;
- Un plan et un budget détaillés doivent être élaborés dans le cadre du plan stratégique national, définissant les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes ;
- Toute stratégie de dépistage doit être suivie et évaluée en continu, permettant une révision des priorités entre les groupes à risque, l'adaptation des méthodes de dépistage ou l'arrêt du dépistage, le cas échéant.

**LES CONTACTS DE
PATIENTS ATTEINTS
DE TUBERCULOSE**



**LES PERSONNES
VIVANT AVEC
LE VIH**



**LES TRAVAILLEURS
EXPOSÉS À LA
POUSSIÈRE DE SILICE**



**DEVRAIENT TOUJOURS FAIRE L'OBJET D'UN DÉPISTAGE
SYSTÉMATIQUE DE LA TUBERCULOSE ÉVOLUTIVE**

Pour les autres groupes à risque, la pertinence du dépistage systématique est à déterminer en fonction de :

- l'épidémiologie nationale ou locale de la tuberculose
- les capacités du système de santé
- la disponibilité des ressources
- la possibilité pratique d'atteindre ces groupes

Composante 1B. Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose, y compris de tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients

Pour favoriser la guérison des patients atteints de tuberculose et réduire la transmission de la maladie, il est important qu'un traitement efficace soit entamé peu après le diagnostic. Un traitement doit être offert à tous ceux qui en ont besoin, quels que soient l'âge, le sexe, le type de tuberculose, le statut bactériologique, les comorbidités ou le statut juridique du patient. Dans la plupart des cas, la présence d'un service communautaire d'aide à l'observance du traitement peut se solder par des issues thérapeutiques plus favorables. Pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose, il est fondamental de veiller à ce que tous les patients atteints de tuberculose puissent accéder gratuitement aux traitements essentiels à leur survie. La résistance aux antituberculeux constitue une grave menace qui entrave les progrès mondiaux en matière de lutte antituberculeuse. C'est un problème auquel une réponse rapide et adéquate doit être trouvée.

Les lignes directrices de l'OMS sur les activités relevant de cette composante sont disponibles dans plusieurs publications, notamment dans les documents d'orientation sur le traitement de la tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante et sur la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant (32-45).

1B-1 Traitement de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, chez l'adulte

Politiques et stratégies

Les politiques et directives nationales relatives au traitement contre la tuberculose doivent garantir l'accès de tous les patients à un traitement efficace. Cela suppose que le pays est doté de politiques, stratégies et directives axées sur :

- des soins centrés sur le patient, avec un appui éducatif, psychologique et économique aidant les patients à observer le traitement et à le suivre jusqu'au bout ;
- des algorithmes de diagnostic de la tuberculose, tels que décrits dans la section 1A, et la mise en place de schémas thérapeutiques adéquats (Encadré 1B.1) ;
- la disponibilité de services décentralisés de traitement antituberculeux répondant aux besoins de la majorité des patients sans compromettre la qualité des soins et ;

TABLEAU 1B.1 SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES RECOMMANDÉS PAR L'OMS CONTRE LA TUBERCULOSE, Y COMPRIS LA TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE

TYPE DE TUBERCULOSE	PHASE INTENSIVE DU TRAITEMENT	PHASE D'ENTRETIEN
Présence présumée ou connue d'une tuberculose pharmacosensible	2 mois de HRZE	4 mois de HR
Tuberculose multirésistante confirmée ou très probable	8 mois pour la plupart des patients, avec quatre antituberculeux de deuxième intention susceptibles d'être efficaces (y compris un agent parentéral), ainsi que la pyrazinamide	achèvement d'une période de traitement de 20 mois au total avec au moins trois antituberculeux susceptibles d'être efficaces, ainsi que la pyrazinamide
Tuberculose multirésistante confirmée (sensible aux fluoroquinolones et aux agents injectables de deuxième intention)	4-6 mois avec sept antituberculeux de deuxième intention du protocole standard recommandé de courte durée contre la tuberculose multirésistante	jusqu'à 5 mois de traitement par quatre antituberculeux de deuxième intention du protocole standard recommandé de courte durée contre la tuberculose multirésistante

ENCADRÉ 1B.1 SYSTÈME DE GESTION DES ANTITUBERCULEUX

La réussite des efforts thérapeutiques dépend de la présence d'un système efficace de gestion pharmaceutique qui doit permettre un approvisionnement ininterrompu en médicaments de qualité pour le traitement de la tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante, reposant sur :

- la mise à jour de la liste nationale de médicaments essentiels pour inclure tous les produits et toutes les formulations nécessaires au traitement de la tuberculose, y compris les formulations pédiatriques ;
- l'instauration de mécanismes fiables de prévision de l'approvisionnement en médicaments et de prévention des ruptures de stock ;
- la mise en œuvre et le maintien de bonnes pratiques de stockage dans tous les établissements de santé et ;
- l'élaboration de cadres régissant le recours à titre compassionnel et l'accès élargi aux médicaments en développement recommandés pour les patients atteints de tuberculose multirésistante dont les options thérapeutiques sont limitées.

- la participation de tous les prestataires de soins dans le traitement de la tuberculose pharmacorésistante, au travers de mesures de collaboration et de réglementation (44) ;
- une amélioration de la couverture et de la qualité des services antituberculeux grâce aux outils numériques et aux technologies de la communication (46) ;
- l'accès aux soins pour les personnes présentant des comorbidités (comme l'infection à VIH ou le diabète) et des facteurs de risque (comme le tabagisme ou l'abus d'alcool) qui ont une incidence sur le traitement antituberculeux, ainsi qu'un impact sur la santé publique en général ;
- un système actif de contrôle et de gestion de l'innocuité des médicaments antituberculeux (aDSM) pour les patients chez lesquels de nouveaux antituberculeux, un traitement contre la tuberculose ultrarésistante ou de nouveaux protocoles thérapeutiques sont utilisés (47) ;
- la prévention de la pharmacorésistance par un accès réglementé aux antituberculeux, et ;
- la prévention de la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives, les communautés et les ménages grâce à des mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse et la mise en place rapide de traitements efficaces.

Principaux acteurs à mobiliser

La formulation des politiques, la planification et la mise en œuvre des stratégies en matière de soins et de traitement de la tuberculose relèvent du Ministère de la santé, en coopération avec divers acteurs, dont :

- les prestataires de soins travaillant au sein du système de santé et dans les communautés, tant dans le secteur public que privé, notamment ceux qui s'occupent du VIH, du diabète, des pneumopathies chroniques, de la santé de la mère et de l'enfant, de la santé mentale, de l'éducation des patients, de la nutrition, du sevrage tabagique, des soins palliatifs et de fin de vie et de la consommation de substances psychoactives ;
- les associations professionnelles représentant les principaux prestataires délivrant des soins intégrés contre la tuberculose ;
- les autorités de réglementation pharmaceutique, y compris celles responsables de la pharmacovigilance ;
- les acteurs chargés de l'élaboration des cadres réglementaires sur la santé numérique et de la mise au point des produits et systèmes de soutien correspondants (p. ex. les opérateurs de réseaux mobiles) ;
- les ministères et départements chargés de la santé au travail et de la protection sociale ;
- les ONG et les organisations de la société civile, et ;
- les donateurs bilatéraux et multilatéraux.

Il incombe au PNLT d'assurer la coordination entre ces intervenants à tous les niveaux du système de santé. Leur contribution sera d'autant plus efficace que les voies de communication, les responsabilités et les obligations redditionnelles de chacun auront été clairement établies.

Exigences relatives au système de santé

Le traitement et la prise en charge des patients tuberculeux exigent une collaboration harmonieuse de plusieurs unités fonctionnelles du système de santé, notamment :

- un réseau solide d'établissements offrant aux malades un accès universel au traitement ;
- des mécanismes permettant une intégration et une coordination efficaces avec d'autres intervenants sanitaires et communautaires, notamment ceux qui œuvrent dans les domaines de la santé de l'enfant, de la prise en charge du VIH, du diabète et des pneumopathies chroniques, de la santé de la mère et de l'enfant, de la santé mentale, de la nutrition, du sevrage tabagique, des soins palliatifs et de fin de vie et de l'abus de substances psychoactives ; ainsi qu'avec les services de santé publique, tels que ceux chargés de la surveillance de la résistance aux antimicrobiens, de la pharmacovigilance, de la lutte anti-infectieuse, de la surveillance nutritionnelle et de la gestion pharmaceutique ;
- l'allocation d'effectifs suffisants, compétents et motivés qui bénéficient d'une formation continue sur les politiques nationales leur permettant d'aligner leurs pratiques sur les normes internationales et de collaborer avec les services de soutien aux enfants, aux personnes âgées, aux migrants, aux mineurs, aux sans-abri, aux détenus, aux personnes vivant avec le VIH et d'autres comorbidités, et aux personnes faisant une consommation abusive d'alcool et d'autres substances ;

ENCADRÉ 1B.2 LE BANGLADESH : STRATÉGIE « FAST » DE LUTTE CONTRE LA TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE

Paradoxalement, bien que les données existantes indiquent que les infections tuberculeuses nosocomiales sont essentiellement transmises par des sujets atteints d'une tuberculose non soupçonnée ou par des patients qui présentent une pharmacorésistance non détectée et suivent un traitement inadapté, la plupart des activités de prévention de l'infection se concentrent sur les patients tuberculeux connus qui bénéficient déjà d'un traitement efficace et sont donc voués à devenir rapidement non infectieux. La stratégie « FAST » recentre les efforts sur la recherche active des cas et sur leur séparation jusqu'à la mise en place d'un traitement efficace. En mettant l'accent sur la surveillance de la toux et la réalisation de tests moléculaires rapides, la stratégie FAST vise à raccourcir le délai entre l'arrivée d'un patient symptomatique dans une structure collective et la mise en place d'un traitement efficace. Dans les hôpitaux et dispensaires spécialisés dans le traitement de la tuberculose et des affections pneumonologiques, où la toux est une manifestation courante, la priorité est accordée aux tests moléculaires rapides permettant de déceler les pharmacorésistances. Cette stratégie repose sur l'idée qu'en l'absence de patients symptomatiques présentant une tuberculose ou une pharmacorésistance non soupçonnées, il ne devrait plus y avoir de transmission.

La stratégie FAST a récemment été mise en œuvre dans un hôpital de pneumologie de 680 lits à Dhaka, au Bangladesh. Au cours des 21 premières semaines de la mise en œuvre, 1 891 échantillons d'expectorations ont été prélevés chez des patients distincts hospitalisés dans cet établissement. L'analyse a révélé une tuberculose non soupçonnée dans environ 11 % des échantillons et une tuberculose pharmacorésistante non soupçonnée dans 1 % des échantillons. Sur les 1 453 patients hospitalisés pour d'autres maladies respiratoires et considérés comme non tuberculeux, environ 9 % étaient en réalité atteints de tuberculose et avaient été incorrectement catégorisés. Le taux de tuberculose non soupçonnée était plus de deux fois supérieur chez les patients présentant des antécédents de tuberculose. De plus, sur les 60 patients tuberculeux sous traitement qui ont été admis dans cet hôpital, environ 8 % ont été identifiés comme des cas non soupçonnés de tuberculose pharmacorésistante, confirmée par test Xpert. Les 1 891 échantillons ont tous été analysés le même jour que le prélèvement. Le diagnostic a été communiqué dans un délai de 1 à 2 jours après le prélèvement, permettant la mise en place rapide d'un traitement. Dans certains cas, la transmission des résultats a été retardée d'un jour lorsque l'analyse des échantillons avait eu lieu en fin de journée. Le traitement a débuté dans un délai d'un jour après l'obtention d'un diagnostic confirmé. Par rapport aux pratiques habituelles, la mise en œuvre de la stratégie FAST dans cet hôpital a permis de détecter et de traiter efficacement un nombre beaucoup plus important de cas non soupçonnés de tuberculose et de tuberculose multirésistante.

Les connaissances actuelles sur l'impact rapide qu'un traitement efficace peut avoir sur la transmission, ainsi qu'une description plus complète de la stratégie FAST, ont été publiées (48, 49). L'idée d'une stratégie simple et facile à mémoriser s'inspire de l'approche dite des « trois I », qui est axée sur les centres de soins anti-VIH et met également l'accent sur la recherche active des cas et la prévention de la transmission.

- la mise au point, l'entretien et l'amélioration de systèmes efficaces de gestion permettant un approvisionnement ininterrompu en produits de qualité avérée pour surveiller la réponse microbiologique aux traitements, en médicaments antituberculeux (Encadré 1B.1), en médicaments destinés à la prise en charge des réactions indésirables aux antituberculeux, et en produits de lutte contre les infections, et ;
- un système de détection précoce et de prise en charge de toutes les manifestations indésirables, avec une notification rapide, au moins de toutes les manifestations graves, en particulier chez les patients qui prennent de nouveaux antituberculeux (Encadré 1B.3) ;
- des mesures adéquates de lutte contre les infections respiratoires dans tous les établissements de soins. Tous les prestataires de soins, y compris au niveau communautaire, doivent travailler dans des conditions qui les protègent des infections. Les stratégies comme FAST (Encadré 1B.2), qui favorisent la détection précoce des cas présumés pour permettre la mise en place rapide d'un traitement efficace, sont vivement encouragées dans toutes les structures collectives ;
- des technologies numériques améliorées permettant une prestation, un suivi et une évaluation plus efficaces des services de diagnostic, de traitement et de soins dispensés aux patients tuberculeux. Les outils sanitaires numériques jouent un rôle important dans la prise en charge de la tuberculose (par exemple pour les traitements sous observation vidéo, les prises de rendez-vous, la surveillance,

ENCADRÉ 1B.3 EXEMPLES D'INNOVATIONS DANS LES SOINS ANTITUBERCULEUX

La santé numérique au service des soins antituberculeux au Swaziland

Avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires, le programme national de lutte contre la tuberculose du Swaziland a déployé une vaste base de données sur les patients dans l'hôpital principal du pays. Il a investi dans des méthodes novatrices d'acquisition des données à l'aide d'appareils mobiles, qui permettent de saisir les coordonnées GPS du lieu de résidence des patients avant leur sortie de l'hôpital ou durant les visites à domicile. En juxtaposant ces données à des cartes de distribution géographique des centres de soins et des agents de santé communautaires, l'administrateur peut établir une correspondance spatiale entre les services disponibles et l'emplacement du patient.

Participation du secteur privé à la prise en charge des patients atteints de tuberculose multirésistante au Pakistan

Le programme national de lutte contre la tuberculose du Pakistan a élaboré des modèles de partenariat public-privé contre la tuberculose axés sur la participation de divers acteurs, notamment des ONG (telles que Green Star, Bridge Consultants, Mercy Corps et Association of Social Development), des hôpitaux publics et privés, des praticiens privés indépendants, des laboratoires publics et privés et des pharmacies privées. Le programme national et ses partenaires ont également instauré avec succès un modèle public-privé de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante dans les hôpitaux publics et privés de niveau tertiaire (16 sites fonctionnels de prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante dans 13 hôpitaux publics et 3 hôpitaux privés à la fin 2013). Plusieurs prestataires participant à ces partenariats ont enregistré de bons résultats, en termes de qualité du diagnostic, du traitement et du soutien apporté aux patients atteints de tuberculose pharmacorésistante. Par exemple, le Indus Hospital et le Gulab Devi Chest Hospital assurent une très bonne prise en charge de la tuberculose multirésistante. Des algorithmes harmonisés de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, des modèles de soins ambulatoires et des systèmes électroniques de gestion des données ont été mis en œuvre sur l'ensemble des sites de partenariat public-privé où la tuberculose pharmacorésistante est prise en charge (44).

Contrôle actif de l'innocuité des antituberculeux au Bélarus

Au Bélarus, grâce à une collaboration fructueuse entre le programme de lutte contre la tuberculose et le centre de pharmacovigilance du Ministère de la santé, un contrôle actif de l'innocuité des médicaments est assuré depuis 2013 pour les patients présentant une co-infection tuberculose/VIH et recevant un traitement pour les deux affections. En 2014, ces deux centres ont lancé un nouveau projet visant à recueillir des données sur la sécurité et l'efficacité des schémas thérapeutiques contenant le linézolide chez les patients atteints de tuberculose multirésistante conformément aux recommandations de l'OMS. Ce modèle est désormais appliqué par le Ministère de la santé du Bélarus pour suivre les patients qui ont commencé à prendre de la bédaquiline depuis juin 2015. Le personnel clinique recueille les données au début du traitement, en cours de traitement et lors du suivi. Le contrôle actif de l'innocuité des médicaments apporte une valeur ajoutée aux autres activités de surveillance destinées à améliorer l'issue thérapeutique des patients tuberculeux, en particulier pour les nouvelles interventions thérapeutiques.

la notification des effets indésirables des médicaments, la transmission des résultats de laboratoire, la formation des professionnels de la santé, l'information et l'éducation des patients), et il a été démontré que leur déploiement est réalisable et efficace (Encadré 1B.2), et ;

- un réseau de services de soins palliatifs et de fin de vie, aussi bien en milieu institutionnel que dans les communautés, destiné en priorité aux patients atteints de tuberculose multirésistante pour lesquels toutes les autres options thérapeutiques disponibles ont été épuisées.

Principales étapes de la mise en œuvre

La administración de tratamiento y atención a los pacientes con TB sensible es un procedimiento La prestation de soins et de traitements aux patients atteints de tuberculose pharmacosensible est une procédure relativement standardisée, contrairement aux interventions requises pour la tuberculose multirésistante, qui peuvent être complexes (40). Certaines mesures fondamentales sont communes au traitement de la tuberculose pharmacosensible et de la tuberculose pharmacorésistante :

- dispenser des soins centrés sur le patient, fondés sur les valeurs et les besoins du patient, et fournir des conseils et un soutien social pour favoriser l'observance du traitement, en s'appuyant sur une observation directe du traitement si nécessaire ; améliorer les issues thérapeutiques ; prévenir la survenue d'une pharmacorésistance ; et prévenir et combattre la stigmatisation et la discrimination ;
- veiller à ce que tous les prestataires de soins bénéficient d'un appui et de mesures d'incitation pour traiter les patients tuberculeux, conformément aux stratégies et directives nationales ;
- instaurer ou renforcer des mécanismes garantissant l'accès aux médicaments antituberculeux de première intention, de deuxième intention, ou de nouvelle génération ;
- assurer le traitement précoce des patients présentant une infection à VIH ou d'autres comorbidités afin d'éviter les issues défavorables et de réduire la transmission ;
- établir des systèmes plus robustes pour assurer la sécurité, le suivi et la prise en charge des patients, ainsi que l'innocuité des médicaments antituberculeux (Encadré 1B.3), et ;
- utiliser un système numérique d'enregistrement et de notification pour la prise en charge des patients tuberculeux, y compris pour la surveillance des issues thérapeutiques et des manifestations indésirables (46).

1B-2 TB Tuberculose de l'enfant et collaboration avec les services de santé de la mère et de l'enfant

L'OMS a élaboré des lignes directrices détaillées sur la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant (39, 41), ainsi qu'un cours de formation en ligne destiné aux agents de santé (45). Chez les enfants, il arrive souvent qu'une tuberculose passe inaperçue en raison des symptômes non spécifiques de la maladie et des difficultés liées à son diagnostic. Les enfants chez lesquels le risque de maladie ou de décès dû à la tuberculose est le plus élevé sont ceux dont le système immunitaire est vulnérable, notamment en raison de leur très jeune âge, d'une infection à VIH ou d'une malnutrition sévère, ou ceux qui vivent dans le même foyer ou sont en contact étroit avec une personne atteinte de tuberculose pulmonaire.

Dans les pays où la prévalence de la maladie est élevée, les femmes en âge de procréer supportent également une lourde charge de morbidité. La tuberculose est l'une des principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer. La tuberculose maternelle associée au VIH est un facteur de risque de transmission de la tuberculose au nourrisson ; elle est corrélée à l'accouchement avant terme, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à une mortalité maternelle et infantile plus élevée.

Pour de nombreux enfants tuberculeux (ou en contact avec une personne tuberculeuse), le point d'entrée le plus naturel dans le système de santé se trouve au niveau communautaire, là où la tuberculose de leurs parents ou proches a été diagnostiquée et soignée. Les services de santé de la mère et de l'enfant, de santé reproductive et de planification familiale constituent un cadre fiable pour la prestation de soins antituberculeux, de soins anti-VIH et d'autres services aux femmes et aux enfants (50, 51). Une approche familiale intégrée des services antituberculeux contribuerait à supprimer les obstacles qui entravent l'accès aux soins, à réduire les délais de diagnostic, à améliorer la prise en charge de la tuberculose chez la femme et l'enfant et à favoriser l'observance du traitement (Encadré 1B.4).

La décentralisation des soins antituberculeux destinés aux enfants est également une approche pouvant présenter un très bon rapport coût-efficacité car elle améliore l'accès au diagnostic et permet de commencer le traitement plus tôt, sans augmentation notable des coûts. Des ressources sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant sont fournies en annexe.

ENCADRÉ 1B.4 KENYA : PRESTATION DE SERVICES INTÉGRÉS

Une intervention menée au Kenya illustre les avantages de la collaboration avec les programmes de santé maternelle et infantile (SMI) et de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) pour promouvoir le programme d'action contre la tuberculose de l'enfant. Cette intervention, qui visait à améliorer la détection des cas de tuberculose, s'inscrivait dans le cadre du programme Focused Ante Natal Care (FANC) et était dirigée par le programme de prévention de la transmission mère-enfant du Kenya. Une analyse de situation a été réalisée dans six hôpitaux de la Province occidentale du Kenya en 2005, et l'intervention a été évaluée en 2007. Dans le cadre de ce projet, un module de formation sur le dépistage de la tuberculose durant la grossesse, ainsi qu'un document d'aide au dépistage destiné aux agents de santé, ont été élaborés. Une amélioration globale des activités de dépistage de la tuberculose a été observée. La proportion de prestataires de soins recommandant un dépistage systématique de la tuberculose aux femmes enceintes a considérablement progressé, passant de moins de 10 % en début de projet à environ deux-tiers à la fin. Cette intervention a été très bien accueillie, comme en témoigne son application généralisée et l'intégration du dépistage de la tuberculose dans les activités de routine de la majorité du personnel infirmier. Le nombre accru de cas de tuberculose détectés et traités parmi les femmes enceintes démontre également l'efficacité de cette initiative d'intégration de la tuberculose au programme FANC. La simplicité de cette approche a en outre favorisé la répétition du dépistage à plusieurs stades des soins prénatals, ainsi que lors des visites postnatales ou d'autres consultations liées à la santé reproductive.

Politiques et stratégies

- Plusieurs politiques et stratégies doivent être mises en œuvre pour permettre la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et la collaboration avec les services de santé de la mère et de l'enfant.
- Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose devraient inclure la tuberculose de l'enfant dans leur plan stratégique national, conformément aux principes directeurs et documents stratégiques mondiaux.
- Les politiques et directives nationales doivent se fonder sur les recommandations mondiales et contenir des orientations spécifiques sur les nourrissons, les enfants et les adolescents. Il convient en outre qu'elles soient établies sur la base de données probantes et adaptées aux priorités et possibilités propres à chaque pays.
- Dans les contextes de forte prévalence de la tuberculose et du VIH, des politiques nationales doivent être établies pour promouvoir l'inclusion des services de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement de la tuberculose dans la prise en charge intégrée de la grossesse et de la santé de l'enfant et assurer une détection et un traitement précoces de la tuberculose. Le dépistage renforcé de la tuberculose devrait être incorporé aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant pour permettre une détection et un traitement précoces de la tuberculose et de la co-infection tuberculose/VIH.
- Des politiques peuvent également être mises en place pour veiller à l'inclusion des interventions relatives à la tuberculose et à la co-infection tuberculose/VIH dans les programmes de formation destinés au personnel soignant des services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (RMNCAH), aux agents de santé communautaires et aux sages-femmes.

Principaux acteurs à mobiliser

Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose devront mobiliser tous les acteurs pertinents, y compris les services RMNCAH, les programmes de lutte contre le VIH, les établissements d'éducation sanitaire, le secteur privé de la santé, les associations nationales de pédiatrie, les représentants d'écoles de médecine et de soins infirmiers, les organisations communautaires et non gouvernementales, les responsables communautaires et les agents de santé communautaires.

Exigences relatives au système de santé

- Il est essentiel de mener des activités de formation sur la tuberculose de l'enfant, conjuguées à une supervision régulière. Le programme national de lutte contre la tuberculose peut également envisager d'entreprendre des évaluations conjointes et une planification en collaboration avec les programmes RMNCAH. Des documents de travail et des algorithmes simples peuvent être mis à la disposition du personnel de santé périphérique pour faciliter son travail.
- Dans les endroits où la mise en œuvre des services de diagnostic, de prévention et de traitement de la tuberculose s'avère difficile, il est recommandé aux programmes nationaux d'élaborer des mécanismes solides d'orientation et de rétroinformation pour limiter la perturbation des services dispensés aux patients et garantir une bonne continuité des soins.

- Les PNLT veilleront à ce que des formulations adaptées aux enfants, selon une posologie appropriée (de préférence sous forme d'associations à doses fixes ou d'une dose unique d'isoniazide et d'autres médicaments à dose unique selon les besoins), soient disponibles gratuitement auprès de tous les services chargés du diagnostic et du traitement des enfants atteints de tuberculose, sans pénurie ou interruption de l'approvisionnement.
- Il incombe aux programmes nationaux de veiller à la bonne mise en œuvre des services, notamment en matière d'orientation des patients et de rétroinformation, et d'assurer un suivi et une évaluation continus.
- Des systèmes d'enregistrement et de notification intégrés et interopérables devront être mis en place, offrant une ventilation par âge (0-4 ans et 5-14 ans) et par sexe. Ces systèmes pourront en outre être améliorés pour permettre une ventilation par âge et par sexe des données relatives à la tuberculose et à la co-infection tuberculose/VIH afin de faciliter l'évaluation des besoins et l'accès aux soins antituberculeux, anti-VIH et RMNCAH des femmes et des enfants.

Principales étapes de la mise en œuvre

Dans un premier temps, il est recommandé aux PNLT de désigner un point focal spécialisé et d'établir un groupe de travail sur la tuberculose de l'enfant. Ce groupe devra inclure des représentants des services SMI/RMNCAH et d'autres services de santé publics ou privés où sont soignés les enfants malades, des pédiatres travaillant en collaboration avec le programme national, un représentant de l'association nationale de pédiatrie, des représentants d'écoles de médecine et de soins infirmiers et des agents de santé communautaires.

La planification et la mise en œuvre doivent pouvoir s'appuyer sur des mécanismes de collaboration entre toutes les parties prenantes à l'échelle nationale, régionale et au niveau des districts, y compris les associations de patients et la société civile.

Les mesures suivantes sont également essentielles pour améliorer les activités des programmes nationaux dans le domaine de la tuberculose de l'enfant :

- réaliser des analyses épidémiologiques et des évaluations du système de santé pour mieux connaître la charge de la tuberculose et comprendre les difficultés associées à la prestation de services antituberculeux aux enfants ;
- veiller à ce que les politiques soient pertinentes et fondées sur des données probantes ;
- identifier les priorités et les insuffisances ;
- assurer une surveillance durable ;
- former les agents de santé et adopter des stratégies de prise en charge des enfants tuberculeux ;
- mener des travaux de recherche opérationnelle ;
- évaluer les besoins de financement ;
- veiller à l'attribution des responsabilités et à l'obligation de rendre compte ;
- assurer la direction des activités et travailler en partenariat avec toutes les parties prenantes ;
- collaborer et communiquer avec tout le secteur de la santé, en particulier avec les services SMI/RMNCAH concernés.

Composante 1C. Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH et prise en charge des comorbidités

1C-1 Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH

L'infection à VIH est l'un des facteurs de risque les plus importants de la tuberculose. En outre, la tuberculose est la première cause de mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH, y compris celles qui suivent un traitement antirétroviral. La tuberculose associée au VIH représente environ un quart de tous les décès dus à la tuberculose et 30 % de tous les décès liés au sida (52). Dans certaines études post mortem réalisées dans des contextes de ressources limitées, il est apparu que la tuberculose était à l'origine d'environ 40 % des décès d'adultes liés au sida en milieu hospitalier. Près de la moitié de ces cas de tuberculose n'avaient pas été diagnostiqués avant le décès (54).

Cependant, la tuberculose peut être prévenue, et même guérie, chez les personnes vivant avec le VIH. Il est possible de réduire sensiblement son incidence et d'éliminer la mortalité due à la tuberculose associée au VIH grâce à l'adoption et au renforcement de politiques axées sur la prestation de services intégrés, centrés sur le patient et efficaces de prévention, de détection précoce et de traitement rapide de la maladie, conformément aux 12 recommandations de la politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (Tableau 1C.1) (53). L'expérience des pays a montré que l'application à grande échelle des activités recommandées dans cette politique peut mener à une baisse considérable de la mortalité. D'autres documents stratégiques importants peuvent être consultés, notamment les dernières orientations de l'OMS sur l'utilisation des tests de diagnostic rapide de la tuberculose associée au VIH (55), sur la prévention, le dépistage et le traitement du VIH (56, 60-62), sur la prise en charge de l'ITL (57, 63) et sur le suivi et l'évaluation (58).

Politiques et stratégies

Les politiques et les efforts nationaux consacrés à la lutte contre la tuberculose associée au VIH doivent s'inspirer de la politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. L'adoption des politiques les plus récentes sur l'utilisation des antirétroviraux dans la prévention et le traitement du VIH aura également une incidence notable sur la tuberculose associée au VIH (53) (Encadré 1C.1).

Les pays doivent par ailleurs instaurer des politiques claires pour assurer le traitement de l'ITL, selon les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS, chez toutes les personnes vivant avec le VIH qui sont justiciables de ce traitement. Il a été démontré que cette approche permet de réduire l'incidence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, quelle que soit leur numération des CD4 et même si elles suivent un traitement antirétroviral (57). Des essais contrôlés randomisés ont montré que l'effet protecteur du traitement prophylactique par l'isoniazide s'ajoute à celui des antirétroviraux pour prévenir la progression de l'infection tuberculeuse latente vers la tuberculose évolutive, même chez les personnes vivant avec le VIH dont le taux de CD4 dépasse 500 cellules/mm³ (59).

Pour une meilleure détection des cas parmi les personnes vivant avec le VIH, les pays devraient envisager d'adopter une politique d'intensification du dépistage de la tuberculose en intégrant ce dépistage dans tous les services de soins et de prévention du VIH, notamment dans le cadre des conseils fournis avant les tests de dépistage du VIH (56).

Pour réduire encore les délais de diagnostic et favoriser la mise en œuvre précoce d'un traitement pouvant être salvateur, des politiques nationales doivent être établies en vue de faciliter l'accès en première intention aux tests rapides de diagnostic de la tuberculose recommandés par l'OMS (tels que Xpert MTB/RIF) pour les personnes vivant avec le VIH (52). Pour celles qui présentent une tuberculose extrapulmonaire ou bactériologiquement négative, des algorithmes de diagnostic doivent être établis aux fins d'une identification précoce et d'un traitement rapide de la tuberculose diagnostiquée ou présumée.

ENCADRÉ 1C.1 RÉCAPITULATIF DES LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH

Afin de prévenir la tuberculose associée au VIH, les pays devront veiller à ce que les services de dépistage, de traitement et de prévention du VIH soient aisément accessibles. La liste suivante est un récapitulatif des lignes directrices les plus récentes publiées par l'OMS sur le VIH.

1. Lignes directrices unifiées sur les services pour le test VIH, 2015 ;
2. Lignes directrices sur le moment de commencer la thérapie antirétrovirale et sur la prophylaxie avant exposition au VIH, 2015 ;
3. Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, 2013 (publication d'une mise à jour prévue au début 2016), et ;
4. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés, 2014.

TABLEAU 1C.1 POLITIQUE DE L'OMS POUR LES ACTIVITÉS CONJOINTES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

A. METTRE EN PLACE ET RENFORCER LES MÉCANISMES DE COLLABORATION POUR LA PRESTATION DE SERVICES INTÉGRÉS CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

- A.1. Créer et renforcer un organe de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant à tous les niveaux
- A.2. Déterminer la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux et la prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
- A.3. Planifier conjointement l'intégration des services contre la tuberculose et le VIH
- A.4. Suivre et évaluer les activités conjointes tuberculose/VIH

B. RÉDUIRE LA CHARGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET COMMENCER RAPIDEMENT LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

- B.1. Intensifier le dépistage des cas de tuberculose et assurer un traitement antituberculeux de haute qualité
- B.2. Commencer un traitement préventif à l'isoniazide, ainsi qu'un traitement antirétroviral précoce
- B.3. Prévenir la transmission de l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé et les structures collectives

C. RÉDUIRE LA CHARGE DU VIH CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRÉSUMÉE OU DIAGNOSTIQUÉE

- C.1. Fournir des services de conseil et de dépistage du VIH aux patients présentant une tuberculose présumée ou diagnostiquée
- C.2. Mener des interventions de prévention du VIH auprès des patients présentant une tuberculose présumée ou diagnostiquée
- C.3. Dispenser un traitement préventif au cotrimoxazole aux patients tuberculeux vivant avec le VIH
- C.4. Mener des interventions de prévention du VIH et dispenser un traitement et des soins aux patients tuberculeux vivant avec le VIH
- C.5. Dispenser un traitement antirétroviral aux patients tuberculeux vivant avec le VIH

Pour améliorer la couverture des services de prise en charge de la tuberculose et de l'infection à VIH, il est crucial que ces derniers soient intégrés aux plateformes existantes, notamment aux services de prévention de la transmission mère-enfant, aux services de santé de la mère et de l'enfant et aux interventions communautaires de lutte contre le VIH (50). Ces efforts d'intégration devront être complétés par des politiques programmatiques nationales.

Il ne sera pas possible de mettre fin à la mortalité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH en l'absence de politiques favorisant l'accès équitable aux services pour les populations les plus vulnérables face à la tuberculose et au VIH, comme les consommateurs de drogues, les détenus et les mineurs. Chez les consommateurs de drogues et les détenus, les politiques adoptées doivent permettre la prestation d'un ensemble complet de services comprenant le dépistage, le diagnostic, les soins et la prévention du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que des traitements de substitution des opioïdes, des programmes de distribution de préservatifs, d'aiguilles et de seringues, et un soutien psychologique si nécessaire.

Dans la plupart des situations d'épidémie concentrée¹, la présence de systèmes verticaux, les taux élevés d'incarcération, la stigmatisation et la discrimination exacerbent la charge de la tuberculose associée au VIH et entravent l'accès aux soins. Pour favoriser un accès et une observance thérapeutique durables, des politiques doivent être en place pour fournir à ces populations des services exhaustifs centrés sur le patient, dénués de toute stigmatisation ou discrimination.

1. Situation d'épidémie concentrée : prévalence du VIH constamment >5 % dans au moins une sous-population définie et <1 % chez les femmes enceintes dans les zones urbaines.

Principaux acteurs à mobiliser

La prise en charge adéquate de la co-infection tuberculose/VIH et l'amélioration de l'accès aux soins intégrés centrés sur le patient exigent une collaboration étroite, à tous les niveaux, entre le programme de lutte contre la tuberculose et le programme de lutte contre le VIH, ainsi qu'avec les acteurs suivants :

- d'autres services de santé, notamment ceux qui sont axés sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la santé de la mère et de l'enfant, la santé générale, la pharmacodépendance et la protection sociale ;
- les ministères compétents, notamment ceux qui sont chargés des prisons, des mines, du travail, de l'alimentation, de l'agriculture et de l'immigration, en vue d'harmoniser les approches et d'améliorer l'accès à un continuum ininterrompu de soins centrés sur le patient ;
- les communautés, les organisations non gouvernementales et de la société civile et les particuliers, qui devraient tous participer à la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités tuberculose/VIH à tous les niveaux. Le Pilier 2 décrit les caractéristiques de cette collaboration de manière plus détaillée.

Exigences relatives au système de santé

Il a été démontré que l'intégration des services antituberculeux et anti-VIH entraîne une utilisation accrue et une mise en œuvre plus rapide des traitements antirétroviraux et mène à une réduction pouvant aller jusqu'à 40 % de la mortalité due à la tuberculose associée au VIH (58). La mise en commun de ces efforts permet d'éviter le chevauchement des activités, mais aussi les coûts de déplacement supplémentaires et le temps passé à se rendre sur des lieux distincts. Plusieurs conditions essentielles doivent être réunies pour parvenir à une intégration et une mise en œuvre nationale des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.

- Une coordination étroite est indispensable entre les deux programmes. À cette fin, on pourra établir des organes fonctionnels de coordination qui interviendront à tous les niveaux, de concert avec les acteurs pertinents. Il importe que ces organes bénéficient de l'engagement et de l'adhésion de nombreux partenaires. L'organe de coordination national devra traiter des questions de gouvernance, notamment de la répartition des tâches et des ressources, pour mettre en œuvre les plans communs et veiller à la responsabilisation de toutes les parties.
- Selon le contexte local et la maturité et l'ampleur de l'épidémie de tuberculose associée au VIH, une planification commune pourra être entreprise dans les principaux domaines transversaux suivants : les systèmes d'information sanitaire, le suivi et l'évaluation, les services de laboratoire et de diagnostic, la planification des ressources humaines et le renforcement des capacités, la gestion de la chaîne d'achats et d'approvisionnement et la mobilisation des ressources.
- Quel que soit le modèle adopté pour la prestation des services, il est vital, pour réduire au minimum la transmission nosocomiale de l'infection tuberculeuse pharmacosensible et pharmacorésistante, de déployer des efforts à l'échelle du système entier afin de limiter la transmission aérienne de la tuberculose dans les établissements de santé fréquentés par les personnes vivant avec le VIH. Cet impératif doit être considéré comme une priorité dans tous les efforts de renforcement des systèmes de santé. (Voir l'Encadré 1B.2 sur la stratégie FAST et le chapitre consacré au Pilier 2 pour plus d'informations sur la prévention de l'infection).
- Des mécanismes redditionnels doivent être établis entre les ministères compétents pour garantir une bonne continuité des soins pour les détenus, les migrants, les mineurs et les autres groupes particulièrement vulnérables.

Principales étapes de la mise en œuvre

Dans la majorité des pays, la plupart des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH sont déjà mises en œuvre et les mécanismes nécessaires sont en place, y compris aux fins de la planification commune, de la mise en œuvre et de l'obligation de rendre compte, qui constitue un élément essentiel de cette approche. Cependant, dans nombre de pays, des mesures supplémentaires doivent encore être prises, tel qu'indiqué ci-après.

Des programmes communs tuberculose/VIH doivent être élaborés pour identifier les possibilités d'harmonisation des plans, optimiser les systèmes de soutien et réaliser des gains d'efficacité aboutissant à des services intégrés, durables et de qualité contre la tuberculose et le VIH, y compris au niveau communautaire. Dans les pays à faible charge de VIH, les programmes communs devraient permettre de renforcer les mécanismes de collaboration entre le programme antituberculeux et le programme anti-VIH, ainsi qu'avec les autres acteurs

clés qui fournissent des services aux groupes à haut risque d'infection par le VIH. Une démarche commune de planification et de financement de la logistique permet également d'assurer un approvisionnement ininterrompu en matériel de laboratoire, en kits de dépistage et en médicaments.

Il convient d'évaluer les facteurs qui entravent, ou au contraire favorisent, les activités conjointes tuberculose/VIH. On veillera en outre à l'adoption et à l'application de politique axées, en particulier, sur :

- l'intensification du dépistage du VIH parmi les cas présumés de tuberculose, ainsi que pour tous les patients tuberculeux vivant dans un contexte d'épidémie concentrée ;
- la mise en œuvre systématique du dépistage intensifié de la tuberculose chez toutes les personnes sollicitant des soins contre le VIH ;
- l'accès aux tests diagnostiques rapides ;
- l'accès au traitement antirétroviral (dans les huit semaines suivant le début du traitement antituberculeux) ;
- l'intensification de la prise en charge de l'ITL, et ;
- l'application rigoureuse des mesures recommandées de lutte contre l'infection tuberculeuse.

Afin de mieux répondre aux besoins des populations touchées et des groupes à haut risque, l'accès à tous les services antituberculeux et anti-VIH doit être renforcé par une intégration et une décentralisation des services, notamment :

- le déploiement des tests de diagnostic rapide recommandés par l'OMS dans les centres de prise en charge du VIH en tirant parti de diverses plateformes analytiques de diagnostic de la tuberculose et, par exemple, du test GeneXpert de mesure de la charge virale ;
- l'extension des services de dépistage du VIH aux établissements de santé périphériques, aux services antituberculeux et aux communautés afin de couvrir tous les patients présentant une tuberculose présumée ou diagnostiquée ;
- la réalisation d'un dépistage de base de la tuberculose chez toutes les personnes vivant avec le VIH à chacune de leurs consultations ;
- la décentralisation des services de traitement antirétroviral, notamment par une intégration avec les services antituberculeux, ainsi que par une délégation des tâches, pour permettre un accès élargi et rapide aux traitements antirétroviraux ;
- le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux pour appuyer la mise en œuvre et les activités de supervision associées, et ;
- la mise en place de systèmes de notification électroniques et en ligne pouvant être utilisés en commun par les deux programmes afin d'améliorer le suivi des patients et faisant appel à des identifiants uniques pour respecter la confidentialité des patients.

1C-2 Prise en charge d'autres comorbidités

Outre le VIH/sida, d'autres comorbidités et facteurs de risque importants sont associés à la tuberculose et appellent une prise en charge intégrée des patients. Il s'agit notamment de la dénutrition, du diabète, de l'abus d'alcool ou de drogues, du tabagisme, de la silicose, de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'autres maladies non transmissibles, y compris certains problèmes de santé mentale. Ces facteurs de risque de la tuberculose peuvent compliquer la prise en charge clinique. En outre, certains devront être envisagés à titre de diagnostic différentiel. Pour améliorer le traitement antituberculeux et les résultats généraux obtenus en matière de santé, ces comorbidités et comportements sanitaires devront être régulièrement évalués et convenablement pris en charge.

Politiques et stratégies

Dénutrition

La dénutrition est à la fois un facteur de risque important et une conséquence fréquente de la tuberculose. Elle se manifeste souvent chez les personnes souffrant de la forme évolutive de la maladie et est associée à un risque accru de mortalité et d'issue thérapeutique défavorable. Tous les patients atteints de tuberculose évolutive doivent faire l'objet d'une évaluation de leur état nutritionnel et recevoir des conseils au moment du diagnostic et tout au long du traitement. Les personnes souffrant d'une

malnutrition sévère devront bénéficier d'une thérapie nutritionnelle conformément aux recommandations de l'OMS relatives au traitement de la malnutrition sévère chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Les soins nutritionnels à fournir aux personnes présentant une malnutrition modérée consistent notamment à identifier et traiter les causes premières de la malnutrition, à améliorer l'apport en éléments nutritifs par un travail d'éducation, de conseil, de soutien alimentaire et d'autres activités selon les besoins, et à surveiller les variations de poids (64).

Diabète

Dans tous les contextes, les patients tuberculeux doivent bénéficier d'un dépistage et d'une prise en charge du diabète conformément aux lignes directrices sur les soins aux diabétiques. Lorsqu'une personne atteinte de tuberculose reçoit pour la première fois un diagnostic de diabète, le travail intensif d'éducation sanitaire et la prise en charge intégrée et simultanée des deux maladies pourront être assurés par le personnel qui la soigne habituellement, en collaboration avec des services spécialisés d'endocrinologie le cas échéant. Des conseils relatifs au dépistage et à la prise en charge du diabète chez les patients tuberculeux sont fournis dans le document intitulé « Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes » (65).

Affections respiratoires chroniques

Le tabagisme, un facteur de risque important et fréquent de la tuberculose, est aussi responsable d'autres maladies respiratoires comme la BPCO et la bronchite chronique. La silicose est beaucoup moins fréquente, mais constitue un facteur de risque particulièrement important de la tuberculose et est une cause fréquente de comorbidité tuberculeuse parmi certains groupes, notamment chez les mineurs et d'autres personnes exposées à la silice sur leur lieu de travail. Ces affections respiratoires constituent d'importants diagnostics différentiels de la tuberculose et sont des comorbidités qu'il importe d'identifier et de prendre en charge. Les personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose devront systématiquement se voir demander si elles fument et recevoir des conseils appropriés. Les lignes directrices de l'Approche pratique de la santé respiratoire de l'OMS fournissent des orientations sur l'intégration des soins antituberculeux à la prise en charge des maladies respiratoires (31, 66). Les mesures recommandées en matière de lutte antitabac dans le contexte de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose sont présentées dans la monographie sur la lutte contre la tuberculose et le tabagisme publiée par l'OMS et l'Union (67).

Consommation d'alcool et de drogues

Dans de nombreux contextes, il est pertinent de procéder à un dépistage des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que des problèmes de santé mentale. Cela peut exiger une adaptation des modèles de prestation des soins antituberculeux aux besoins particuliers des patients, ainsi qu'une orientation vers des services spécialisés, notamment de psychiatrie et d'aide aux toxicomanes. La prise en compte d'autres comorbidités, notamment d'un certain nombre d'affections entraînant un déficit immunitaire, dépendra de la situation nationale.

Principaux acteurs à mobiliser

Il est essentiel que la planification des activités programmatiques soit effectuée en collaboration avec des partenaires appropriés, responsables des initiatives de santé publique et des services cliniques impliqués dans la lutte contre ces comorbidités. Les partenaires suivants seront envisagés :

- programmes de nutrition et services de soins nutritionnels ;
- programmes de lutte contre les maladies non transmissibles ou entités analogues ;
- départements d'endocrinologie ou unités spéciales de soins aux diabétiques ;
- services de soins respiratoires, s'ils sont distincts des services antituberculeux ;
- programmes de sevrage tabagique ;
- services de psychiatrie et d'aide aux toxicomanes ;
- associations professionnelles ;
- prestataires du secteur privé, et ;
- ONG, associations de patients et groupes communautaires.

Principales étapes de la mise en œuvre

L'évaluation de l'état nutritionnel, le dépistage du diabète et la détermination du comportement tabagique des patients doivent être entrepris dans tous les contextes, mais les autres comorbidités à évaluer seront déterminées en fonction des conditions locales. Il faut pour cela établir une carte des comorbidités les plus importantes et les plus fréquentes. En l'absence de données de routine, une enquête brève visant à établir les profils de comorbidité des patients peut contribuer à orienter les décisions politiques.

La planification et la mise en œuvre seront menées en collaboration avec les parties prenantes concernées, qui devront convenir des ressources humaines et des dispositions financières et logistiques nécessaires au dépistage et au traitement des comorbidités. Les coûts associés, par exemple pour les tests de dépistage du diabète, ne seront normalement pas couverts par le budget du programme national de lutte contre la tuberculose.

Lorsqu'un dépistage des comorbidités est prévu, on pourra également envisager un dépistage bidirectionnel de la tuberculose chez les groupes à risque concernés. Par exemple, les patients diabétiques soignés dans un service d'endocrinologie pourront faire l'objet d'un dépistage systématique de la tuberculose. Les activités réciproques de dépistage et de prise en charge exigent une planification minutieuse avec les services cliniques concernés.

Il est recommandé de procéder à une étude pilote, en particulier pour les pratiques nouvellement adoptées, puis d'assurer un suivi et une évaluation régulière au regard d'objectifs clairs. Un ensemble d'indicateurs opérationnels adaptés au contexte local devra être établi, permettant par exemple de déterminer le nombre de patients souffrant d'une dénutrition modérée ou sévère, la prévalence du diabète parmi les nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués, et la proportion de patients soignés pour des comorbidités.

Composante 1D. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose

1D-1 Traitement préventif

On estime qu'un tiers de la population mondiale présente une infection tuberculeuse latente (ITL). Ces personnes ne sont donc pas atteintes de la forme évolutive de la maladie, mais risquent de la contracter par réactivation, puis multiplication, des bacilles quiescents. On estime que, pour une personne présentant une ITL avérée, le risque de réactivation est de 5 à 10 %, la maladie apparaissant dans la plupart des cas dans les 18 mois qui suivent l'infection initiale. Cependant, ce risque est nettement plus élevé en présence de facteurs de prédisposition. La prise en charge de l'ITL est un aspect novateur des mesures préventives adoptées dans la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Elle pourrait avoir un impact important, car ces infections constituent le réservoir à partir duquel émergent de nombreux nouveaux cas, selon l'ampleur de l'épidémie.

Les thérapies actuellement disponibles peuvent réduire le risque d'apparition de la forme évolutive de la maladie de 60-90 %. La prise en charge de l'ITL revêt une importance particulière dans les pays caractérisés par une faible incidence de la tuberculose (<100 cas pour 100 000 habitants), où une forte proportion des cas est due à la réactivation de l'infection latente.

Les recommandations de l'OMS relatives à la prise en charge de l'ITL ne sont pas les mêmes pour les pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure présentant une forte charge de tuberculose que pour les pays à revenu élevé ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure présentant une faible charge de tuberculose (57, 68, 69).

Politiques et stratégies

Les politiques à établir pour la mise en œuvre de cette composante du Pilier 1 dépendent de l'incidence de la tuberculose et des ressources disponibles. Le Tableau 1D.1 donne un aperçu des recommandations émises par l'OMS concernant la prise en charge de l'ITL dans les pays regroupés selon l'incidence de la tuberculose et les ressources disponibles.

TABLEAU 1 D.1 RECOMMANDATIONS DE L'OMS RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE DE L'ITL

GROUPE DE PAYS	Pays à ressources limitées et autres pays à revenu intermédiaire où le taux d'incidence estimatif de la tuberculose est supérieur à 100 cas pour 100 000 habitants. Pays à revenu élevé ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure où le taux d'incidence estimatif de la tuberculose est inférieur à 100 cas pour 100 000 habitants.
POPULATIONS À RISQUE	1) Personnes vivant avec le VIH 2) Enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le même foyer qu'un cas de tuberculose Fortement recommandée pour les groupes à risque suivants : 1) Personnes vivant avec le VIH 2) Adultes ou enfants qui vivent dans le même foyer ou sont en contact étroit avec des cas de tuberculose pulmonaire 3) Indications cliniques - patients atteints de silicose, patients qui commencent un traitement anti-TNF, patients en dialyse, patients subissant une transplantation.
ALGORITHME DE DÉPISTAGE	Exclure la présence d'une tuberculose évolutive en menant les investigations nécessaires. Le dépistage de l'ITL n'est pas requis avant le traitement de l'infection, mais est encouragé chez les personnes vivant avec le VIH Le test de production d'interféron gamma ne doit pas se substituer à l'intradermoréaction à la tuberculine Exclure la présence d'une tuberculose évolutive en menant les investigations nécessaires. L'obtention de résultats positifs, que ce soit au test de production d'interféron gamma ou à l'intradermoréaction à la tuberculine, est nécessaire pour diagnostiquer l'ITL.
OPTIONS THÉRAPEUTIQUES	Prise quotidienne d'isoniazide pendant 6 mois Prise quotidienne d'isoniazide pendant 9 mois Prise hebdomadaire de rifapentine et d'isoniazide pendant 3 mois Prise quotidienne d'isoniazide et de rifampicine pendant 3 à 4 mois Prise quotidienne de rifampicine pendant 3 à 4 mois

Principaux acteurs à mobiliser

Parmi les principales parties prenantes figurent :

- tous les prestataires compétents, notamment les médecins assurant les soins de santé primaires ;
- les programmes et partenaires dispensant des services aux personnes infectées par le VIH ;
- les programmes et partenaires dispensant des services aux immigrants, des services de réduction des effets nocifs et des services de santé dans les prisons, dans les mines et auprès des personnes immunodéprimées ;
- les acteurs non gouvernementaux, la société civile et les réseaux de patients.

Exigences relatives au système de santé

Les systèmes de santé doivent disposer des éléments suivants pour permettre une prise en charge efficace de l'ITL :

- mécanismes multisectoriels de collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ou les entités analogues, les autres services cliniques pertinents, les programmes de prestation des services et les parties prenantes ;
- une politique nationale sur l'ITL s'inspirant des lignes directrices de l'OMS ;
- un système d'enregistrement et de notification des cas d'ITL utilisant des indicateurs standard ;
- une chaîne d'approvisionnement bien établie garantissant l'accès aux tests diagnostiques et aux traitements de l'ITL ;
- l'allocation de fonds suffisants pour les interventions de lutte contre l'ITL et un système permettant de réduire les obstacles financiers au traitement pour les patients atteints d'ITL, et ;
- la présence d'agents de santé formés dans tous les établissements concernés, qu'ils relèvent du programme de lutte contre la tuberculose ou qu'il s'agisse d'autres centres desservant les populations à risque évoquées ci-dessus.

FIGURE 1D.1
**PROGRESSION
DU STADE DE
L'EXPOSITION
À CELUI DE LA
MALADIE**



Principales étapes de la mise en œuvre

Il est recommandé aux programmes nationaux d'élaborer des interventions flexibles pouvant être adaptées au contexte local et aux besoins de la population afin que le traitement de l'ITL soit commencé, observé et achevé de manière satisfaisante.

- La mise en œuvre de cette composante doit commencer par une évaluation de la situation épidémiologique de la tuberculose aux niveaux national et local, qui permettra de juger de la nécessité et de l'importance d'engager une action de santé publique pour le traitement de l'ITL. Il s'agira notamment d'identifier les populations les plus à risque, de mettre en évidence les goulets d'étranglement et les possibilités en matière de mise en œuvre, d'adopter des politiques nationales adéquates s'inscrivant dans un cadre juridique propice, d'évaluer la chaîne d'approvisionnement pour les tests et les traitements de l'ITL, et d'affecter le personnel responsable de la mise en œuvre des activités relatives à l'ITL.
- Il conviendra d'élaborer des algorithmes pour le dépistage, les tests et le traitement des personnes répondant aux critères établis, conformément aux lignes directrices nationales.
- Bien qu'une supervision directe du traitement de l'ITL ne soit pas nécessaire, il est conseillé d'assurer un suivi régulier des patients pour contrôler l'innocuité du traitement.
- Des efforts de formation des ressources humaines devront être consentis pour accélérer la mise en œuvre des activités de prise en charge de l'ITL.
- Tous les prestataires de soins concernés devront bénéficier d'une formation et contribuer à la prise en charge de l'ITL.
- Il est recommandé d'instaurer des systèmes fonctionnels de suivi et d'évaluation systématiques qui soient alignés sur les systèmes nationaux de surveillance et de suivi des patients.
- Il conviendra d'élaborer des outils d'enregistrement et de notification appropriés et d'établir des indicateurs standardisés, permettant de générer des informations régulières pour guider les décisions relatives à la mise en œuvre des programmes.
- Il importe que des investissements financiers suffisants soient consacrés à la formation, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation des interventions adoptées.
- Des efforts devront être déployés pour identifier et combler les lacunes les plus importantes en matière de recherche opérationnelle pour la prise en charge de l'ITL.
- Rien n'indique que l'utilisation de schémas à base d'isoniazide ou de rifamycine pour le traitement de l'ITL augmente le risque de pharmacorésistance. Toutefois, il est recommandé aux pays qui mettent en œuvre des programmes nationaux de prise en charge de la tuberculose latente d'établir des systèmes nationaux de surveillance de la pharmacorésistance.

1D-2 Vaccination contre la tuberculose

La réalisation d'investissements suffisants dans la recherche devrait aboutir à la mise au point de vaccins antituberculeux réellement efficaces capables de protéger aussi bien les personnes déjà infectées que celles qui ne le sont pas. Cependant, il faudra probablement attendre une dizaine d'années avant qu'un nouveau vaccin ne soit disponible.

Tant qu'on ne dispose pas de nouveaux vaccins plus efficaces, il convient d'inclure la vaccination par le BCG (bacille Calmette-Guérin) dans le calendrier vaccinal des enfants (70). Il a été démontré que la vaccination

par le BCG permet de prévenir les formes disséminées de la tuberculose, de la méningite tuberculeuse et de la tuberculose miliaire, qui sont associées à une forte mortalité chez le nourrisson et le jeune enfant. Toutefois, son efficacité préventive contre la tuberculose pulmonaire, variable d'une population à l'autre, n'est que de 50 % environ. Les recommandations actuelles de l'OMS sur la vaccination par le BCG sont résumées dans l'Encadré 1D.1.

Le vaccin BCG devrait continuer d'être administré peu après la naissance à tous les nourrissons, sauf ceux qui présentent une infection à VIH et vivent dans des zones à forte prévalence tuberculeuse. Le rapport risques-bénéfices de la vaccination par le BCG devient moins favorable au fur et à mesure que le taux de transmission de la tuberculose diminue. Dans les pays où l'incidence de la tuberculose est faible, on envisagera de réserver la vaccination par le BCG aux enfants appartenant à des groupes à haut risque, voire de l'abandonner progressivement, selon l'épidémiologie nationale de la maladie. Comme l'indique le Pilier 3, les nouveaux vaccins joueront un rôle essentiel pour interrompre la trajectoire de l'épidémie de tuberculose et progresser vers l'élimination de cette maladie.

ENCADRÉ 1D.1 RECOMMANDATIONS DE L'OMS SUR LA VACCINATION PAR LE BCG

1. Dans les pays à forte charge de tuberculose, une dose unique de BCG devrait être administrée à tous les nourrissons dès que possible après la naissance ;
2. La revaccination des enfants et des adolescents n'est pas recommandée ;
3. Il existe un risque élevé d'infection disséminée par le BCG chez les nourrissons infectés par le VIH ; par conséquent, le vaccin BCG ne doit pas être administré aux enfants chez lesquels une infection à VIH est connue, même s'ils sont asymptomatiques ;^a
4. Les pays à faible incidence de tuberculose^b peuvent choisir de réserver la vaccination par le BCG aux nouveau-nés et aux nourrissons appartenant à des groupes à haut risque reconnus ou aux enfants plus âgés dont le test cutané est négatif. Dans certaines populations caractérisées par une faible incidence de tuberculose, la vaccination par le BCG a en grande partie été remplacée par une intensification de la recherche des cas et la mise en place précoce d'un traitement sous supervision ;
5. La vaccination des adultes par le BCG n'est généralement pas recommandée.

a. Révision des lignes directrices relatives à la vaccination par le BCG des nourrissons exposés au risque d'infection par le VIH. Relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 21, 25 Mai 2007

b. Les pays à faible incidence de tuberculose ont adapté les politiques de vaccination par le BCG à leur propre contexte épidémiologique. À titre d'exemple, voir : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/148511/Green-Book-Chapter32-dh_128356.pdf

EXEMPLES D'INDICATEURS POUR LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE : PILIER 1

INDICATEUR	CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA MESURE
<p>POURCENTAGE DE NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE QUI ONT ÉTÉ DÉPISTÉS À L'AIDE D'UN TEST RAPIDE RECOMMANDÉ PAR L'OMS</p> <p>Nombre de patients soumis à un test rapide recommandé par l'OMS au moment du diagnostic, divisé par le nombre total de patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes), exprimé sous forme de pourcentage.</p>	<p>Exige la collecte de données de routine supplémentaires par rapport au cadre d'enregistrement et de notification de 2013 de l'OMS. La mise en place de systèmes électroniques d'enregistrement et de notification des cas facilite l'ajout de nouveaux paramètres parmi les données de routine recueillies.</p>
<p>NOMBRE DE CAS NOTIFIÉS DE TUBERCULOSE</p> <p>REMARQUE : PEUT AUSSI ÊTRE EXPRIMÉ SOUS FORME DE TAUX</p>	<p>Système d'enregistrement et de notification des données de routine conforme au cadre d'enregistrement et de notification de 2013 de l'OMS.</p>
<p>NOMBRE DE CAS NOTIFIÉS DE TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE (À LA RIFAMPICINE OU MULTIRÉSISTANTE)</p>	<p>Système d'enregistrement et de notification des données de routine conforme au cadre d'enregistrement et de notification de 2013 de l'OMS.</p>
<p>COUVERTURE DE LA RECHERCHE DES CONTACTS (%)</p> <p>Parmi les contacts des cas de tuberculose bactériologiquement confirmés, nombre de personnes évaluées à la recherche d'une tuberculose, divisé par le nombre de personnes justiciables d'une évaluation, exprimé sous forme de pourcentage.</p>	<p>Exige la collecte de données de routine supplémentaires par rapport au cadre d'enregistrement et de notification des données de 2013 de l'OMS ; l'ajout de paramètres est plus aisé si des systèmes électroniques d'enregistrement et de notification des cas sont en place.</p>

INDICATEUR**CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA MESURE****COUVERTURE DES TESTS DE PHARMACOSENSIBILITÉ CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX (%)**

Nombre de patients tuberculeux pour lesquels on dispose de résultats aux tests de pharmacosensibilité, divisé par le nombre de cas notifiés bactériologiquement confirmés au cours de la même année, exprimé sous forme de pourcentage. Cette couverture comprend les résultats des tests moléculaires (p. ex. Xpert MTB/RIF), ainsi que des tests phénotypiques conventionnels.

Système d'enregistrement et de notification des données de routine conforme au cadre d'enregistrement et de notification de 2013 de l'OMS.

COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX (%)

Nombre de cas nouveaux et de rechutes notifiés et traités, divisé par le nombre estimatif de cas incidents de tuberculose la même année.

Pour la notification des cas, le système d'enregistrement et de notification des données de routine doit être conforme au cadre d'enregistrement et de notification des données de 2013 de l'OMS. Pour estimer l'incidence de la tuberculose, l'OMS utilise des méthodes régulièrement évaluées par un groupe d'experts réunis sous l'égide du Groupe spécial mondial sur la mesure de l'impact de la tuberculose. Les écarts entre l'incidence et les notifications sont essentiellement dus à : 1) une sous-notification des cas détectés ; 2) un sous-diagnostic des cas. L'ampleur de la sous-notification peut être mesurée à l'aide d'une étude de recensement. L'estimation du sous-diagnostic suppose d'évaluer les facteurs associés, tels que le niveau de développement des services de protection sociale et de la couverture sanitaire universelle. Cet indicateur ne peut être estimé avec un degré raisonnable de précision que si la couverture sanitaire universelle et la protection sociale sont déjà établies.

MISE EN PLACE D'UN TRAITEMENT POUR LES CAS DÉTECTÉS DE TUBERCULOSE PHARMACORÉSISTANTE (%)

Nombre de cas placés sous traitement parmi les cas de tuberculose résistante à la rifampicine ou multirésistante détectés dans la même période.

Système d'enregistrement et de notification des données de routine conforme au cadre d'enregistrement et de notification de 2013 de l'OMS. Le taux de réussite thérapeutique peut être communiqué séparément pour la tuberculose pharmacosensible et la tuberculose pharmacorésistante.

TAUX DE RÉUSSITE THÉRAPEUTIQUE

Pourcentage des cas notifiés de tuberculose qui ont été traités avec succès. Cette cible se rapporte aussi bien à la tuberculose pharmacosensible qu'à la tuberculose pharmacorésistante, mais les issues thérapeutiques devront être signalées séparément.

ENREGISTREMENT DU STATUT SÉROLOGIQUE DES PATIENTS TUBERCULEUX VIS-À-VIS DU VIH (%)

Nombre de patients tuberculeux (nouveaux cas et rechutes) dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH a été consigné, divisé par le nombre de nouveaux cas et de rechutes notifiés au cours de la même année, exprimé sous forme de pourcentage.

Système d'enregistrement et de notification des données de routine conforme au cadre d'enregistrement et de notification des données de 2013 de l'OMS, ainsi qu'aux orientations de 2015 de l'OMS sur les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

COUVERTURE DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX, PATIENTS TUBERCULEUX POSITIFS POUR LE VIH (%)**COUVERTURE DU TRAITEMENT DE L'ITL (%)**

Parmi les personnes vivant avec le VIH nouvellement intégrées à un programme de soins anti-VIH et les enfants qui sont des contacts domestiques de cas de tuberculose, nombre de sujets qui ont démarré un traitement contre l'ITL, divisé par le nombre de personnes justiciables d'un traitement, exprimé sous forme de pourcentage (séparément pour chacun des deux groupes).

Système d'enregistrement et de notification des données de routine pour les personnes bénéficiant de soins contre le VIH, comprenant des données spécifiques sur le traitement de l'ITL. Collecte des données relatives au nombre d'enfants justiciables d'un traitement et au nombre d'enfants placés sous traitement.

TAUX DE LÉTALITÉ (TL)

Nombre de décès dus à la tuberculose (selon le système national d'enregistrement des faits d'état civil), divisé par le nombre estimatif de cas incidents de tuberculose survenus la même année, exprimé sous forme de pourcentage.

Système national (ou système type) d'enregistrement des faits d'état civil permettant la mesure des décès dus à la tuberculose avec un haut niveau de couverture et de qualité. Pour l'incidence de la tuberculose, voir les explications données ci-dessus en relation avec la couverture thérapeutique. Les notifications peuvent servir d'indicateurs de l'incidence lorsque les cibles relatives à la couverture thérapeutique, aux coûts catastrophiques et à la sous-notification sont atteintes.

COUVERTURE DE LA VACCINATION PAR LE BCG À L'ÂGE D'UN AN (%)

Rapports de vaccination systématique, enquêtes sur la couverture vaccinale.

PILIER 2: COMPOSANTES ESSENTIELLES



A. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention



B. Mobilisation des communautés, des organisations de la société civile et de tous les prestataires de soins publics et privés



D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose



C. Politiques de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, l'enregistrement des faits d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments, et prévention de l'infection



Des travailleurs migrants devant la gare de Wuxi, dans la province de Jiangsu (Chine). La tuberculose frappe les populations vulnérables et démunies ; les migrants comptent parmi les groupes les plus durement touchés.

POLITIQUES VIGOUREUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN

•••

MESSAGES CLÉS

- La bonne mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose exige une tutelle efficace des pouvoirs publics, un engagement politique de haut niveau et des ressources accrues.
- Il est essentiel qu'une coordination active soit assurée entre les ministères, ainsi qu'une collaboration étroite avec les communautés, la société civile et tous les prestataires de soins publics et privés.
- Un plan stratégique national rigoureux de lutte antituberculeuse, doté d'un budget adapté, doit être élaboré et mis en œuvre avec toutes les parties prenantes, en cohérence avec les plans sanitaires et sociaux généraux du pays.
- Il convient d'établir les liens nécessaires à la formulation de conseils et à la mise en place de stratégies et de mécanismes de couverture sanitaire universelle tenant compte des impératifs liés à la tuberculose.
- On veillera au renforcement et à l'application du cadre réglementaire en vue d'une notification obligatoire des cas de tuberculose ; des efforts plus soutenus doivent être déployés pour améliorer l'enregistrement des faits d'état civil, l'assurance de la qualité et l'usage rationnel des médicaments et renforcer les mesures de lutte anti-infectieuse.
- Il incombe aux organismes publics et à tous les partenaires de prendre des mesures concrètes pour que la tuberculose soit prise en compte dans les programmes de protection sociale et de réduction de la pauvreté, ainsi que dans les politiques sociales associées, en prêtant une attention particulière aux besoins des communautés touchées et des groupes vulnérables.

...

La mise en œuvre du Pilier 2 nécessite une approche pluridisciplinaire et multisectorielle. Elle ne relève donc pas seulement du Ministère de la santé, mais aussi d'autres ministères, notamment ceux des finances, de la justice, du travail, de la protection sociale, du logement, de l'exploitation minière ou de l'agriculture.

Introduction

Le deuxième pilier est axé sur les mesures stratégiques pouvant être prises, au sein du secteur de la santé et au-delà, pour transformer et renforcer les politiques et les systèmes afin de soutenir les activités de soins et de prévention de la tuberculose. Ces mesures consistent notamment à renforcer la tutelle et la responsabilité des pouvoirs publics et à encourager l'élaboration de politiques axées sur la tuberculose au niveau gouvernemental ou systémique afin d'améliorer sensiblement l'accès aux services de santé requis, d'atténuer les conséquences sociales et économiques de la tuberculose et d'agir sur ses déterminants socioéconomiques.

La pleine mise en œuvre de ce pilier nécessite une action à tous les niveaux du Ministère de la santé, avec des responsabilités particulières dévolues au programme national de lutte contre la tuberculose ou une entité analogue, ainsi que la participation d'autres ministères, de partenaires non gouvernementaux et de la société civile. Cette approche doit s'inscrire dans les efforts globaux déployés pour améliorer le financement, l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles et l'organisation des systèmes de santé et pour renforcer les politiques de développement et de protection sociale. Ce travail nécessite une approche pluridisciplinaire et multisectorielle. Il ne relève donc pas seulement du Ministère de la santé, mais aussi d'autres ministères, notamment ceux des finances, de la justice, du travail, de la protection sociale, du logement, de l'exploitation minière ou de l'agriculture.

Composante 2A. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose

2A-1 Renforcement de la tutelle des pouvoirs publics

Comme cela a été évoqué dans la Partie I, la mise en place d'un mécanisme national de coordination de haut niveau peut faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Pour inciter les différents ministères à agir, il faudra que les plus hauts niveaux de l'État s'engagent et jouent leur rôle de tutelle. Dans certains pays, cet effort peut être entrepris par un organisme existant responsable de la santé publique ou de la lutte contre les maladies transmissibles. La tutelle de l'État se manifestera par des actions visant à fixer des cibles ambitieuses, à encourager un engagement interministériel, à favoriser la mobilisation des ressources auprès de sources nationales et internationales, à superviser la mise en œuvre et à assurer un suivi des progrès. Il est également essentiel que la cible des ODD relative à la fin de l'épidémie de tuberculose soit incluse dans le programme de développement national et dans les rapports correspondants. Dans la plupart des pays, la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose ne pourra être mise en œuvre que si les fonds qui lui sont consacrés sont sensiblement accrus, avec des sources de financement plus nombreuses dans le budget national, relevant ou non du Ministère de la santé.

La présence d'une équipe centrale du programme national au sein du Ministère de la santé, disposant de ressources adéquates et d'un budget spécifique à la tuberculose, est un autre élément crucial de cette tutelle. La taille et les capacités de l'équipe centrale de coordination du programme national, ainsi que le degré de décentralisation et

d'intégration de services particuliers, dépendent de nombreux facteurs, notamment de la taille du pays, de sa structure administrative et de gouvernance, et de l'épidémiologie de la tuberculose.

L'Encadré 2A.1 décrit les principales fonctions de tutelle suggérées pour le PNLT, l'équipe de coordination chargée de la tuberculose ou les autorités sanitaires au sein de systèmes de santé intégrés aux niveaux provincial et local.

2A-2 Élaboration d'un plan stratégique national exhaustif de lutte contre la tuberculose

Comme cela a été évoqué dans la Partie I, il est essentiel, pour susciter un véritable engagement politique, que de nombreux intervenants participent à l'élaboration ou à l'actualisation d'un plan stratégique national pour 2016 et au-delà, définissant clairement les buts et cibles de 2030 et 2035 pour mettre fin à la tuberculose et les mesures stratégiques à prendre au cours des trois à cinq premières années. L'Encadré 2A.2 fournit une liste indicative des intervenants qu'il pourra être nécessaire de mobiliser, en fonction du contexte et de leurs compétences, dans toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre. Un outil d'aide à l'élaboration des plans stratégiques nationaux a été mis au point par l'OMS (1).

Le plan stratégique national, qui constitue la clé de voûte de la Stratégie au niveau national, fournit des orientations aux autorités sanitaires nationales concernant la gestion et la mise en œuvre des activités de soins et de prévention de la tuberculose et l'établissement de liens efficaces avec d'autres programmes et partenaires, appartenant ou non au secteur de la santé.

ENCADRÉ 2A.1 FONCTIONS DE TUTELLE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

- Élaborer et adapter les politiques relatives aux soins et à la prévention de la tuberculose sur la base de données factuelles, et les intégrer à la politique nationale générale en matière de santé ;
- Assurer une planification, une budgétisation et un contrôle de gestion réguliers, avec la participation de divers acteurs ;
- Veiller à la supervision et à la gestion efficaces des services de soins et de lutte contre la tuberculose, ainsi qu'à la présence de mécanismes solides d'orientation, de notification et d'information au niveau des soins primaires, des hôpitaux et des services spécialisés, qu'ils soient publics ou privés, et à la disponibilité d'un réseau de laboratoires et de services de radiologie aptes à diagnostiquer la tuberculose ;
- Assurer la planification des ressources humaines, le renforcement des capacités, le contrôle et le suivi de la qualité des services à tous les niveaux, et la formation médicale continue, intégrée dans des systèmes généraux de développement des ressources humaines ;
- Diffuser des informations ciblées sur les stratégies et les politiques relatives à la tuberculose aux prestataires de soins à tous les niveaux, à tous les services spécialisés pertinents et au secteur public comme privé ;
- Élaborer et distribuer des matériels éducatifs améliorés destinés aux patients, à leurs familles, aux communautés touchées et aux partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, et les inclure dans le processus d'élaboration ;
- De concert avec d'autres responsables du ministère de la santé, soutenir l'approvisionnement ininterrompu en médicaments et en tests diagnostiques de qualité en s'appuyant sur les capacités de prévision et de gestion des médicaments et sur une stratégie relative à l'usage rationnel des médicaments ;
- Recueillir et analyser des données de qualité et évaluer les capacités de tous les niveaux du système de santé en matière de surveillance, de suivi et d'évaluation programmatiques, notamment au moyen d'examen menés de concert avec les partenaires et de rapports publics périodiques, et ;
- Collaborer avec des homologues, au sein du gouvernement et dans les organisations non gouvernementales, spécialisés dans le financement de la santé, la politique sociale, la protection sociale, la justice, le travail, la migration ou d'autres domaines afin de définir les rôles de chacun et de créer des systèmes d'orientation et de soutien.

Le plan stratégique national doit s'inscrire de manière harmonieuse dans le plan sanitaire national et être relié à des plans relatifs à d'autres secteurs. Il se doit d'être ambitieux et exhaustif et de couvrir les activités de budgétisation, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, de recherche et d'assistance technique. Une feuille de route pour la réalisation des cibles relatives à la tuberculose doit être clairement définie et faire l'objet d'un suivi adéquat. Conformément aux recommandations, les nouveaux plans stratégiques nationaux devront prévoir un ensemble élargi d'évaluations initiales, menées après 2015, pour analyser l'épidémiologie nationale et infranationale de la tuberculose, avec notamment une évaluation de la structure et des fonctions du système de santé et l'identification des principales populations et communautés touchées. Les plans stratégiques nationaux devraient également comprendre des analyses spécifiques des systèmes d'achat et d'approvisionnement, de la disponibilité des ressources (y compris les ressources humaines), des politiques réglementaires, des liens existants avec les services sociaux et du rôle des communautés, des organisations de la société civile et du secteur privé. Ces évaluations peuvent provenir au moins en partie des examens du programme national ou des missions conjointes de suivi réalisées avec des partenaires, tel qu'indiqué dans le document d'orientation de l'OMS (2).

Sur la base du plan stratégique national, on pourra procéder à une planification opérationnelle détaillée et à l'établissement des jalons à atteindre chaque année. Il conviendra de mener des consultations régulières, appuyées par un financement adéquat, avec toutes les parties prenantes pour dresser le bilan des progrès accomplis, de la notification des résultats et des enseignements tirés.

Dans de nombreux pays bénéficiant d'une aide au développement pour la lutte contre la tuberculose, les plans stratégiques nationaux peuvent avoir été récemment révisés ou être en cours de révision. Par conséquent, la première étape consistera à réviser ces plans lorsque cela est possible, ou à amender les plans opérationnels annuels pour aligner les interventions et les cibles sur la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

Les plans stratégiques nationaux doivent être considérés comme des documents vivants servant de base à la planification opérationnelle annuelle et aux réunions d'examen périodiques. Les acteurs participant à la lutte contre la tuberculose doivent tous être impliqués dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans stratégiques nationaux.

2A-3 Mobilisation des ressources pour un programme ambitieux

La plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire ne disposent pas de ressources suffisantes pour mettre en œuvre les programmes de travail existants, et donc encore moins pour des plans stratégiques nationaux plus ambitieux. Pour justifier l'augmentation des financements nationaux et internationaux, ils doivent disposer d'un plan dont les priorités et le budget ont été clairement définis. Il importe que tous les intervenants détenant une responsabilité budgétaire en matière de prévention et de soins contre la tuberculose, ainsi que dans les domaines associés de la protection sociale, de la surveillance et de la recherche, participent à la mobilisation des ressources. Les estimations des besoins en financement doivent être déterminées localement car chaque pays possède une situation de départ différente, avec des cibles et un calendrier ajustés en conséquence.

Les éléments essentiels : budgets de base consacrés à la tuberculose dans les plans stratégiques nationaux et les plans sanitaires nationaux

Il incombe principalement aux PNLT d'élaborer les budgets des plans stratégiques nationaux, d'établir les budgets supplémentaires requis pour la planification opérationnelle au sein du Ministère de la santé ou de préparer les propositions destinées aux bailleurs de fonds extérieurs. L'OMS fournit de nombreux outils, ainsi qu'une assistance technique, pour guider et appuyer ce travail. L'instrument OMS de planification et de budgétisation pour la tuberculose (3), qui est régulièrement mis à jour, permet d'évaluer les besoins financiers et les déficits de financement selon le domaine d'intervention. L'instrument « One Health » (4), initialement mis au point à l'intention des planificateurs du secteur de la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, permet d'estimer les coûts et la faisabilité des plans stratégiques. Il a depuis été perfectionné pour permettre une budgétisation détaillée des activités de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose.

Évaluations spéciales pour mobiliser des ressources à l'appui de mesures innovantes

Un moyen novateur de mobiliser des ressources supplémentaires pourrait consister à réaliser des évaluations spéciales des coûts et des avantages associés au lancement de nouvelles initiatives au titre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, par exemple l'expansion de l'usage des tests de pharmacosensibilité à tous les patients, l'élargissement de l'accès aux médicaments de deuxième

ENCADRÉ 2A.2 LISTE INDICATIVE DES ACTEURS À MOBILISER À TOUTES LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE



Tous les ministères et départements concernés aux niveaux central, provincial et local, notamment dans le domaine de la santé, des finances, de la planification, de la protection sociale, de la justice, de la migration, du développement urbain, de l'alimentation et de la nutrition, etc.



Organisations non gouvernementales et de la société civile



Secteur médical privé, associations professionnelles, entreprises commerciales et monde des affaires



Établissements universitaires et institutions de recherche



Communautés touchées et associations de patients comptant des représentants des populations vulnérables et groupes à haut risque



Partenaires techniques et financiers, partenaires intervenant dans la mise en œuvre et organismes d'aide au développement.

intention chez les patients atteints de tuberculose pharmacorésistante, la prestation de soins en milieu ambulatoire plutôt qu'hospitalier pour la tuberculose pharmacorésistante, l'introduction d'un ensemble de mesures d'accompagnement des patients ou la mise en place de programmes spéciaux de collaboration avec le secteur privé au travers de partenariats public-privé.

Ces évaluations pourront comprendre une description détaillée du plan de lancement envisagé, des frais de démarrage associés et des besoins en termes de gestion et de ressources humaines, et encourager un débat au sein du Ministère de la santé et du Ministère des finances, ainsi qu'avec les bailleurs de fonds extérieurs ou d'autres acteurs. Ces documents, en particulier s'ils parviennent à estimer les avantages offerts par les innovations proposées ou à détailler le coût de l'inaction, peuvent se révéler de puissants outils pour créer un élan politique en faveur d'une modification des pratiques existantes et inciter au changement.

Ces évaluations peuvent également être un moyen d'accéder à certaines ressources spécifiquement consacrées à l'innovation, ainsi qu'à des mécanismes de financement novateurs déjà proposés pour les initiatives spéciales par le gouvernement ou par des partenaires internationaux de financement et de développement.

Composante 2B. Mobilisation des communautés, des organisations de la société civile et de tous les prestataires de soins publics et privés

2B-1 Mobilisation des communautés et des organisations de la société civile

L'établissement d'une coalition solide avec les communautés et les organisations de la société civile (OSC) est l'un des quatre principes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Une alliance robuste constitue un atout pour transformer les politiques, les programmes et les pratiques, mobiliser les ressources, élaborer et lancer des stratégies et plans nationaux de lutte contre la tuberculose et entreprendre une action locale. De plus, certaines communautés se heurtent à des difficultés d'accès aux établissements de santé pour des raisons qui sont souvent sociales (stigmatisation, discrimination), économiques (dépenses de santé, frais de transport, perte de revenus et autres coûts) ou politiques (services transfrontaliers, en particulier pour les migrants). Pour couvrir toutes les personnes qui ont besoin d'accéder à des services de soins et de prévention de la tuberculose, les autorités sanitaires doivent nouer des partenariats avec les communautés, les ONG et d'autres OSC.

Les activités communautaires de lutte contre la tuberculose peuvent être déployées soit par le PNLT, soit par des ONG ou d'autres OSC. En tant que partenaires de plein droit sous la tutelle du gouvernement, les OSC sont particulièrement bien placées pour atteindre les communautés difficiles d'accès ou les populations marginalisées. L'Encadré 2B.1 fournit une liste de termes clés, ainsi que leur définition opérationnelle.

L'approche ENGAGE-TB définit les mesures et les principes opérationnels fondamentaux à adopter pour établir une collaboration efficace entre les PNLT, les ONG et les autres OSC, principalement dans le cadre des activités communautaires intégrées de lutte contre la tuberculose. Elle met l'accent sur l'importance d'une bonne harmonisation des systèmes, en particulier pour le suivi et la notification des cas de tuberculose, afin que les données nationales reflètent de manière adéquate les contributions des activités antituberculeuses communautaires. La section ci-dessous fournit des orientations sur les activités antituberculeuses communautaires qui sont entreprises et appuyées par le PNLT, les ONG et d'autres OSC. Certaines interventions et conditions préalables sont requises. Dans la mesure du possible, la mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre la tuberculose devrait être intégrée à celle d'autres activités (voir Encadré 2B.2). Des exemples d'expériences acquises dans les pays sont présentés dans l'Encadré 2B.3.

Politiques et stratégies

Pour favoriser une collaboration efficace avec les communautés et les OSC, on envisagera de mettre en œuvre les politiques, stratégies et interventions suivantes :

- Un cadre juridique donnant aux communautés, aux ONG et aux autres OSC le moyen de faire entendre leur voix et de prendre part à la riposte. Ce cadre, élaboré en collaboration étroite avec les communautés touchées, s'appuiera sur un environnement favorable permettant aux organisations, y compris celles qui ne sont pas encore impliquées dans la lutte antituberculeuse, de travailler sans entrave ;

- Un environnement politique et programmatique favorable, avec des politiques et des lois nationales fondées sur l'équité, l'égalité et le respect mutuel, pour favoriser le déploiement harmonieux des services communautaires intégrés de lutte contre la tuberculose, notamment l'établissement d'un groupe spécial ou d'un groupe de travail œuvrant à la mobilisation communautaire ou la création d'un organe national de coordination visant à encourager la participation des ONG et d'autres OSC aux services communautaires intégrés de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge de la tuberculose ;
- Des politiques et pratiques permettant aux communautés touchées de faire entendre leur voix à toutes les étapes de l'élaboration des politiques nationales et locales et de la mise en œuvre des programmes, par exemple par la présence de porte-parole des communautés et des patients au sein de divers forums consacrés à la tuberculose ;
- Une collaboration systématique entre le PNLT, les ONG et d'autres OSC, par exemple dans le cadre d'organes indépendants de coordination des ONG, reposant sur un dialogue constant permettant l'échange d'expériences et d'informations sur les besoins et les contraintes existants et l'identification de solutions rapides, et ;
- L'intégration des activités antituberculeuses communautaires dans la prestation des services de santé.

ENCADRÉ 2B.1 TERMES CLÉS ET DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES

Communauté : ensemble de particuliers, de familles et de membres d'une zone géographique ou d'un groupe social ou économique particulier qui sont touchés par la tuberculose ou par d'autres problèmes sanitaires et sociaux associés, qui bénéficient des efforts engagés pour résoudre ces problèmes et qui contribuent à ces efforts.

Mobilisation communautaire : processus consistant à collaborer avec les communautés en vue de combattre la tuberculose et d'autres problèmes sanitaires et sociaux associés ayant une incidence sur leur bien-être. Ce travail repose souvent sur des partenariats et des coalitions qui peuvent mener à un changement des comportements, de l'environnement et de la situation sociale, se traduisant par une amélioration de la santé de la communauté et de ses membres.

Activités antituberculeuses communautaires : vaste éventail d'activités contribuant à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins et exerçant une influence positive sur l'issue des cas de tuberculose, qu'elle soit pharmacosensible, pharmacorésistante ou associée au VIH. Parmi ces activités figurent également la mobilisation communautaire, visant à promouvoir une participation et une communication efficaces au sein de la communauté afin de générer une demande pour les services antituberculeux et de renforcer la confiance à leur égard, ainsi que des activités de plaidoyer auprès des décideurs et des principales parties prenantes pour influencer sur les politiques, les lois, les réglementations, les programmes ou le financement. Les activités antituberculeuses communautaires sont menées à l'extérieur des établissements de santé proprement dits (tels que les hôpitaux, les centres de soins ou les dispensaires), au sein de structures communautaires (écoles, lieux de culte, structures collectives) ou de propriétés agricoles. Elles peuvent être menées par des agents de santé communautaires ou des bénévoles communautaires, avec l'appui d'entités relevant du gouvernement, notamment le programme national de lutte contre la tuberculose, ou d'ONG et d'autres organisations de la société civile.

Agents de santé communautaires : personnes disposant d'une éducation formelle auxquelles une formation est offerte pour leur permettre de contribuer aux services de santé communautaires, y compris aux activités de prévention de la tuberculose et aux soins et services de soutien dispensés aux patients. Leur profil, leur rôle et leurs responsabilités varient considérablement d'un pays à l'autre et leur contribution est souvent rémunérée sous forme d'incitatifs en nature ou en espèces.

Bénévoles communautaires : membres de la communauté ayant bénéficié d'une sensibilisation systématique sur la prévention et les soins contre la tuberculose, soit dans le cadre d'un programme de formation court et spécialisé, soit par des séances régulières et répétées de contact avec des agents de santé professionnels.

Organisations non gouvernementales et de la société civile : organisations à but non lucratif qui agissent indépendamment de l'État et du secteur privé à but lucratif. Ces termes englobent un large éventail d'entités telles que les ONG locales, nationales et internationales, les organisations communautaires, les organisations confessionnelles, les associations de patients et les associations professionnelles.

ENCADRÉ 2B.2 EXEMPLES D'ACTIVITÉS ANTITUBERCULEUSES COMMUNAUTAIRES



Sensibilisation, changement des comportements, communication et mobilisation communautaire



Lutte contre la stigmatisation et la discrimination



Dépistage de la tuberculose et des comorbidités (p. ex. services de conseil et de dépistage du VIH, dépistage du diabète), y compris lors de visites à domicile



Facilitation de l'accès aux services de diagnostic (p. ex. prélèvement et transport des échantillons ou expectorations)



Mise en place et application des mesures de prévention de la tuberculose (p. ex. traitement préventif par l'isoniazide, lutte anti-infectieuse)



Orientation des membres de la communauté vers les services de diagnostic de la tuberculose et d'autres maladies associées



Initiation, administration et observation des traitements contre la tuberculose et les comorbidités



Aide à l'observance du traitement au moyen d'un système d'éducation et de soutien par les pairs et d'un suivi individuel



Appui social et aide à la subsistance (p. ex. supplémentation alimentaire, activités génératrices de revenus)



Soins palliatifs à domicile pour les patients atteints de tuberculose et de maladies associées



Activités locales de plaidoyer dirigées par les communautés

Principaux acteurs à mobiliser

Selon la situation du pays, les principaux acteurs intervenant dans la mobilisation des communautés et des OSC pourront être les suivants :

- PNLT ou entités analogues ;
- Autres programmes nationaux se prêtant à une intégration de la tuberculose, notamment ceux axés sur les services RMNCAH, le VIH, les soins de santé primaires, l'agriculture, le développement des activités de subsistance ou les services WASH ;
- Organisations de la société civile, telles que les ONG, les organisations communautaires ou les organisations confessionnelles ;
- Organisations, réseaux et associations de patients, et ;
- Agents de santé communautaires et bénévoles communautaires appuyés par les pouvoirs publics ou des groupes de la société civile.

Exigences relatives au système de santé

La mobilisation des communautés, des ONG et des OSC exige :

- des ressources humaines et financières à la mesure du champ élargi des activités de mobilisation des communautés et des OSC ;
- la recherche de synergies avec des initiatives pertinentes menées au niveau communautaire par d'autres programmes sanitaires (par exemple VIH, RMNCAH ou soins primaires) et d'autres ministères afin d'intégrer la tuberculose à leurs projets, par exemple en créant ou désignant un groupe spécial ou un groupe de travail au niveau central ;

ENCADRÉ 2B.3 EXEMPLES DE PAYS OÙ DES ACTIVITÉS COMMUNAUTAIRES ANTITUBERCULEUSES INTÉGRÉES ONT ÉTÉ MENÉES GRÂCE À LA MOBILISATION D'ONG AUPARAVANT NON ENGAGÉES (ENGAGE-TB)

À Kinshasa et Kikwit (République démocratique du Congo), l'ONG Femme Plus a incorporé des services antituberculeux dans ses activités communautaires d'accompagnement des personnes vivant avec le VIH. Cette démarche a resserré la collaboration entre les établissements publics chargés de la lutte antituberculeuse, les ONG et les communautés, et a permis d'améliorer la qualité des données au niveau local. Les responsables d'organismes publics de lutte antituberculeuse et les coordonnateurs des ONG se réunissent tous les trimestres pour examiner les activités d'orientation et de soutien thérapeutique menées au niveau communautaire et valider les données communautaires, qui sont alors transmises au niveau national. En 2013, l'action communautaire déployée dans les deux sites opérationnels du projet Femme Plus a mené à la notification de 1088 nouveaux cas de tuberculose, soit 40 % de tous les cas notifiés dans la zone couverte par ce projet.

En Éthiopie, l'organisation Save the Children a procédé à l'intégration des services communautaires contre la tuberculose et la co-infection tuberculose/VIH dans son programme communautaire existant de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant destiné aux communautés pastorales dans les districts de Dollo Abo et Dollo Bay, dans la région isolée de Somali. Ce projet pilote, conjugué à des initiatives de renforcement des systèmes de santé, s'est soldé par une augmentation du nombre de patients tuberculeux bénéficiant d'un traitement, qui est passé de 52 avant le début du programme, en 2012, à 427 en 2013.

Au Kenya, un partenariat national solide entre les ONG, d'autres OSC, et le programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre a abouti à la participation accrue de la société civile dans la planification et l'élaboration des politiques nationales. La mobilisation communautaire est inscrite dans le nouveau plan stratégique national. Le Comité de coordination contre la tuberculose (TB-ICC) a accueilli, à titre de nouveau membre, une ONG qui n'était auparavant pas mobilisée dans la lutte antituberculeuse. Ainsi, un plus grand nombre de voix peuvent désormais s'exprimer dans ce forum.

- la mise en œuvre standardisée d'outils et de documents de travail pour veiller au bon déploiement des activités, notamment : des manuels de formation et formulaires d'orientation permettant aux agents de santé et bénévoles communautaires d'orienter efficacement les personnes présentant des symptômes de tuberculose vers les établissements de santé appropriés ; des registres et outils destinés à la recherche des contacts domestiques ; des registres et rapports permettant la synthèse mensuelle des activités communautaires, et ;
- un système de suivi systématique pour mesurer les contributions apportées en termes de notification des cas de tuberculose suite à une orientation au niveau communautaire, ainsi qu'en matière d'appui thérapeutique communautaire aux patients tuberculeux déclarés.

Principales étapes de la mise en œuvre

L'approche ENGAGE-TB, qui vise à établir une collaboration efficace entre les PNLT, les ONG et les autres OSC, repose essentiellement sur les étapes suivantes (décrites de manière plus détaillée dans le document d'orientation correspondant de l'OMS) (6) :

- une cartographie et une analyse de la situation consistant à recueillir des informations à tous les niveaux pour identifier les besoins et les défis programmatiques, les activités prioritaires, les parties prenantes, et les initiatives communautaires existantes menées par les pouvoirs publics, les ONG et d'autres OSC ;
- la participation et la consultation des OSC dans l'élaboration des plans stratégiques et opérationnels nationaux contre la tuberculose, y compris les lignes directrices (p. ex. concernant le dépistage communautaire de la tuberculose) et les outils (p. ex. un manuel de formation à l'intention des bénévoles et agents de santé communautaires) ;
- une consultation conjointe entre les communautés, les OSC et le PNLT pour définir les tâches des bénévoles et agents de santé communautaires ;
- une intensification de la formation et des activités des bénévoles et agents de santé communautaires pour incorporer les services antituberculeux communautaires aux activités liées au VIH, aux services RMNCAH ou aux soins de santé primaires ;
- des activités systématiques de suivi et d'évaluation pour mesurer les progrès accomplis et fournir un retour d'information aux parties prenantes, et ;
- un renforcement des capacités pour veiller à ce que tous les intervenants disposent des aptitudes, des compétences et des ressources nécessaires pour planifier, mettre en œuvre et intensifier les activités de lutte contre la tuberculose.

•••

Les investissements consacrés au renforcement des partenariats public-privé ne répondent pas aux besoins réels sur le terrain.

2B-2 Mobilisation de tous les prestataires de soins publics et privés

Les types de prestataires – publics, bénévoles, privés ou institutionnels – les plus souvent sollicités par les patients tuberculeux varient au sein de chaque pays, ainsi que d'un pays à l'autre. Toutefois, la mobilisation des prestataires de soin à travers des approches de partenariat public-privé s'applique à tous les contextes. Suite à l'expansion d'initiatives réussies de partenariat public-privé, quelque 10 à 20 % des cas de tuberculose dans des pays aussi divers que l'Inde, le Kenya, le Malawi, le Myanmar, le Pakistan et la Tanzanie sont soignés par des prestataires privés ou appartenant au secteur non étatique conformément aux directives des PNLT. Toutefois, malgré l'intensification des initiatives public-privé, de nombreux cas pris en charge dans de grands hôpitaux

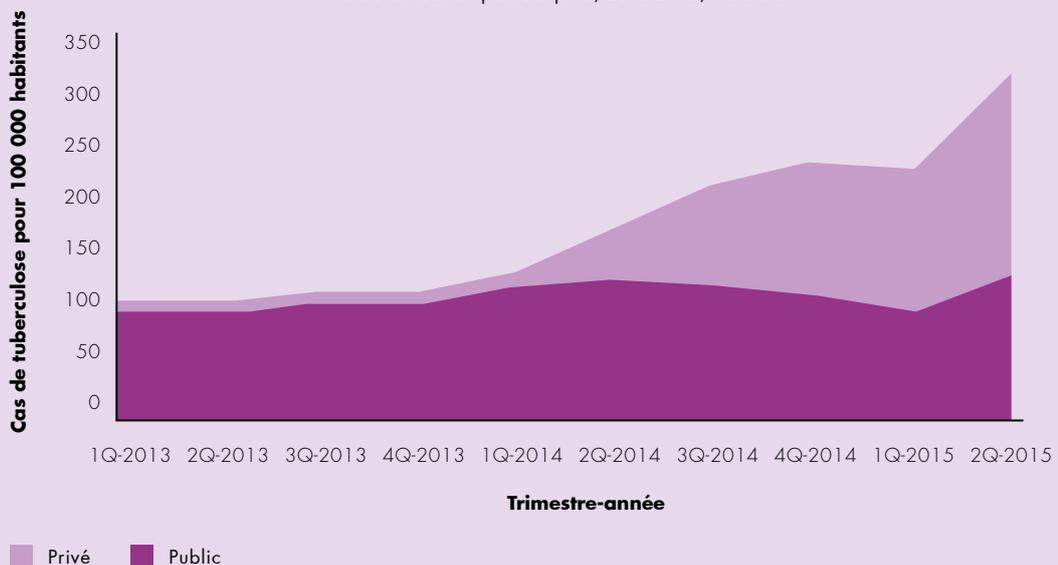
ENCADRÉ 2B.4 EN INDE, IDENTIFIER LES CAS NON NOTIFIÉS DE TUBERCULOSE EN PROPOSANT DES SERVICES À COMPOSANTE TECHNOLOGIQUE AUX PRESTATAIRES PRIVÉS ET AUX PATIENTS

On estime qu'un tiers de tous les cas non notifiés de tuberculose dans le monde se trouvent en Inde et que près d'un million d'entre eux sont pris en charge par des prestataires privés. Bien que la notification de la tuberculose soit obligatoire en Inde depuis 2012, les infractions n'entraînent aucune conséquence. Dans le district de Mehsana (État du Gujrat), qui compte deux millions d'habitants, un service innovant est parvenu à encourager la notification des cas de tuberculose, permettant une surveillance quasi complète et une meilleure qualité des soins.

Pour inciter les prestataires privés à signaler les cas de tuberculose, des bons sont offerts aux patients notifiés, leur permettant de se procurer gratuitement et de manière pratique des médicaments antituberculeux. Lorsqu'un cas de tuberculose est diagnostiqué, le médecin ou un de ses assistants peut composer un numéro gratuit pour se connecter à un centre d'appel, où des opérateurs recueillent les informations de notification du cas de tuberculose et produisent un bon électronique donnant droit à des médicaments antituberculeux standard de première intention. Le patient montre alors le code reçu sur son téléphone portable via SMS à une pharmacie participant au programme, qui valide le bon et remet gratuitement au patient les médicaments antituberculeux. Le centre d'appel contacte le patient par téléphone pour vérifier qu'il a bien reçu ses médicaments. L'administrateur local du programme antituberculeux autorise les paiements à intervalles de quelques jours et la confirmation de chaque paiement est envoyée à la pharmacie par SMS. La notification est le point de départ d'un suivi efficace de l'observance thérapeutique. Pour faciliter l'observance du traitement par le patient, un algorithme par paliers est appliqué, composé de rappels, d'alertes, de consultations spontanées et, le cas échéant, de prises de contact avec les membres de la famille et de visites par le personnel du programme.

Mis en place il y a un an, ce système est désormais utilisé régulièrement par 30 % des prestataires qualifiés, et >70 % de tous les antituberculeux dispensés par les pharmacies privées dans le district sont obtenus par bons électroniques. La notification des cas de tuberculose a triplé et, pour la première fois, un suivi et un soutien à l'observance thérapeutique sont offerts aux nombreux patients tuberculeux qui sont soignés dans le secteur privé. Le modèle de Mehsana montre qu'en faisant preuve d'innovation, le programme de lutte antituberculeuse en Inde peut s'attaquer au problème posé par la non-notification des cas de tuberculose dans le secteur privé.

Taux trimestriel de notification des cas de tuberculose (annualisé)
dans les secteurs public et privé, 2013-2015, Mehsana



publics et privés ne sont toujours pas notifiés ; une proportion importante des prestataires privés, qu'ils soient qualifiés ou non qualifiés et formels ou informels, continuent de dispenser des soins de qualité inégale ; les programmes de lutte contre la tuberculose sur le lieu de travail sont rares ; l'assurance de la qualité des tests réalisés dans les laboratoires privés est incertaine ; et d'importantes quantités de médicaments antituberculeux de qualité douteuse sont vendus dans des pharmacies privées, surtout en Asie. Les capacités des PNLT et les investissements consacrés au renforcement des partenariats public-privé ne répondent pas aux besoins réels sur le terrain.

L'approche de partenariat public-privé est pertinente pour toutes les composantes de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Le diagnostic précoce de la tuberculose exige la participation de tous les prestataires de soins formels et informels consultés en premier lieu par les personnes présentant des symptômes de tuberculose ; l'extension des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, ainsi que la prévention et la prise en charge programmées de la tuberculose multirésistante, nécessitent une collaboration avec tous les prestataires de soins ; l'adoption rapide et rationnelle des nouveaux produits de diagnostic et des nouveaux médicaments dans les dispensaires privés suppose que les prestataires privés qualifiés aient accès aux nouveaux antituberculeux pour les patients justiciables de ces traitements ; et l'optimisation des modèles actuels de partenariat public-privé et l'élaboration de solutions modulables et durables reposent sur la recherche opérationnelle.

S'appuyant sur les approches adoptées et les expériences acquises dans les pays, l'OMS a élaboré des orientations générales et des outils d'aide à la mise en œuvre de partenariats public-privé pour les soins et la prévention de la tuberculose (7, 8), ainsi que des orientations sur la conduite d'évaluations de la situation nationale en matière de partenariats public-privé (9), la réalisation d'études de recensement de tous les prestataires de soins (10), la mobilisation de tous les prestataires pour les activités conjointes tuberculose/VIH (11) et la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante (12). Le document « International Standards of TB Care » (13) établit des normes applicables à tous les prestataires publics et privés.

Au cours des dernières années, des modèles novateurs d'expansion des partenariats public-privé contre la tuberculose, reposant par exemple sur le franchisage social ou des modèles opérationnels à caractère social, ont été mis en œuvre avec succès en Asie. Dans nombre de ces modèles, les outils numériques ont été utilisés de manière concluante dans la prestation des soins (Encadré 2B.4).

Politiques à mettre en place, selon le contexte national

Pour être efficace, la mobilisation de tous les prestataires de soins publics, bénévoles, privés ou institutionnels exige un environnement favorable :

- une politique définissant explicitement la contribution des prestataires publics et privés à la réalisation des buts et objectifs du PNLT, condition essentielle à la mobilisation des ressources humaines et financières requises pour étendre les programmes de partenariat public-privé ;
- des directives nationales claires et des outils pratiques pour mobiliser le large éventail de prestataires publics et privés – des guérisseurs traditionnels aux médecins en pneumologie – dispensant des soins aux personnes atteintes de tuberculose, y compris parmi les populations les plus démunies ;
- des normes nationales sur les soins antituberculeux, conformes aux normes internationales, accessibles à tous les prestataires et accompagnées de conseils sur leur mise en pratique et d'informations sur le soutien fourni par le PNLT ;
- des systèmes de certification et d'accréditation pour identifier les prestataires, les équiper, leur fournir des incitations, les mettre en relation avec les PNLT et leur permettre de dispenser gratuitement des soins de qualité à leurs patients tuberculeux ;
- des politiques visant à intégrer les besoins des patients et des prestataires du secteur privé dans les stratégies et systèmes de couverture sanitaire universelle et de protection sociale ;
- des politiques et des orientations relatives à l'utilisation des outils numériques pour faciliter l'expansion des partenariats public-privé, et ;
- un cadre réglementaire de lutte antituberculeuse qui prévoit une obligation de notification des cas de tuberculose par tous les prestataires de soins et des restrictions à la vente et à l'usage irrationnels des antituberculeux (Encadré 2B.5).

Principaux acteurs à mobiliser

- les ministères de la santé et PNLT, qui peuvent exercer la tutelle des programmes de partenariat public-privé en fournissant un appui politique, des orientations, des outils, une assistance technique, un soutien financier et un suivi ;

- tous les prestataires de soins du secteur public, en particulier ceux qui travaillent dans les hôpitaux ou les structures ne relevant pas des PNLT ou des ministères de la santé (p. ex. institutions universitaires, organismes d'assurance maladie, services de santé dans les prisons, institutions de sécurité sociale), qui sont tenus d'appliquer les normes nationales et internationales relatives aux soins antituberculeux ;
- les autorités nationales et provinciales responsables de l'approvisionnement et de la réglementation, qui peuvent veiller à l'approvisionnement ininterrompu et à l'usage rationnel des antituberculeux de qualité avérée (y compris des nouveaux médicaments) et des méthodes de diagnostic approuvées par l'OMS ;
- les associations professionnelles nationales et d'autres organismes intermédiaires, notamment des ONG, des organisations confessionnelles et des institutions privées, par exemple de franchisage social ou d'entreprise sociale, qui peuvent contribuer à établir un lien entre le PNLT et des prestataires privés peu structurés ;
- les services de radiologie et les laboratoires institutionnels et privés qui offrent des services de dépistage et de diagnostic de la tuberculose ;
- les entreprises, dont la participation est essentielle à divers aspects des soins et de la prévention de la tuberculose, notamment pour la prestation de services antituberculeux sur le lieu de travail destinés aux employés, à leurs familles et à leurs communautés, et ;
- les communautés et les organisations de la société civile, qui jouent un rôle important dans la sensibilisation, l'autonomisation et le soutien des personnes et des prestataires dans le cadre des soins antituberculeux centrés sur le patient (voir la partie consacrée à l'approche ENGAGE-TB sous la rubrique Principales étapes de la mise en œuvre dans la section 2B.1 ci-dessus).

Exigences relatives au système de santé

- Un environnement systémique favorable et une réelle volonté du PNLT de travailler avec tous les prestataires de soins concernés ; les agents du secteur public, à tous les niveaux, doivent être convaincus de la nécessité de collaborer avec tous les prestataires et doivent bénéficier d'une orientation adéquate ;
- Des ressources humaines et financières accrues pour intensifier et pérenniser la mise en œuvre des partenariats public-privé ;
- Un renforcement des capacités et des mécanismes pour :
 - » établir des systèmes de certification et d'accréditation visant à identifier et à soutenir les prestataires de soins participant à cette collaboration, y compris les laboratoires ;
 - » veiller à l'application des mesures réglementaires, notamment en matière de notification obligatoire des cas de tuberculose, d'usage rationnel des antituberculeux et de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé, en s'appuyant sur les technologies de l'information et de la communication pour faciliter la mise en œuvre, et ;
 - » identifier et conclure des accords avec les organismes intermédiaires pourvus des mécanismes et des capacités nécessaires à la mobilisation d'un grand nombre de praticiens ;
- L'intégration des activités de suivi et de supervision constructive des programmes de partenariat public-privé dans le programme global de surveillance et de suivi de la tuberculose, et ;
- Dans la mesure du possible, l'intégration des soins antituberculeux dans les partenariats public-privé relevant d'autres programmes de santé publique, et vice versa.

Principales étapes de la mise en œuvre

La mise en œuvre à grande échelle de partenariats public-privé favorisant la participation de tous les prestataires de soins à la prise en charge et à la prévention de la tuberculose exigera une stratégie multidimensionnelle, qui reposera sur une évaluation approfondie de la situation nationale et dépendra du degré de développement des initiatives public-privé dans le pays. Les stratégies suivantes pourront être envisagées :

- veiller, en premier lieu, à ce que les ressources humaines et financières disponibles pour accroître la participation de tous les prestataires de soins soient à la mesure du problème, en tenant compte du nombre de cas de tuberculose pris en charge en dehors du PNLT et des besoins du secteur public en matière de renforcement des capacités ;
- optimiser et renforcer la participation des grands hôpitaux, des institutions universitaires et des organisations non gouvernementales ;

- face à la nécessité de mobiliser une multitude de praticiens privés individuels, faire appel à des « organismes intermédiaires », tels que des institutions de franchisage social et d'entreprise sociale, des ONG dotées des capacités et des compétences nécessaires pour collaborer avec les praticiens privés, et des associations professionnelles ;
- mobiliser et accréditer les laboratoires centraux et les laboratoires de première intention offrant des services de diagnostic de la tuberculose ;
- mobiliser les entreprises et les aider à établir des services antituberculeux ou à renforcer leurs programmes existants ;
- veiller à l'application des mesures réglementaires, notamment en matière de notification obligatoire des cas, d'usage rationnel des antituberculeux et d'établissement de systèmes de certification et d'accréditation visant à identifier et appuyer les prestataires participant à cette collaboration, et ;
- mobiliser les communautés et la société civile afin de susciter une demande pour des soins antituberculeux de qualité auprès de tous les prestataires de soins publics et privés.

ENCADRÉ 2B.5 NOTIFICATION OBLIGATOIRE DES CAS DE TUBERCULOSE DANS LES PAYS À FORTE INCIDENCE TUBERCULEUSE : POLITIQUES ET PRATIQUES

Une grande proportion des cas désignés comme « omis » – qu'on estime à plus de trois millions par an à l'échelle mondiale – ne sont pas réellement des cas omis, qui auraient échappé au diagnostic et au traitement. Souvent, il s'agit de cas qui sont détectés et traités, mais ne sont pas notifiés par les prestataires. L'OMS a entrepris un recensement des politiques et des pratiques relatives à la notification des cas de tuberculose dans les pays à forte incidence tuberculeuse. L'identification des causes de sous-notification constitue un premier pas pour parvenir à des solutions dans le contexte plus général de la surveillance de la santé publique et de la notification des maladies infectieuses dans les pays à forte incidence de tuberculose.

Bien que la plupart des pays à forte incidence tuberculeuse aient inscrit la tuberculose sur leur liste des maladies à notifier, les exigences de notification et leur application sont généralement laxistes, voire inexistantes. Dans les établissements associés aux PNL, la notification des cas de tuberculose est souvent systématique. Cependant, les systèmes et les outils susceptibles de faciliter la notification par les prestataires privés n'ont souvent pas été mis en place. La non-notification des cas par les prestataires privés résulte généralement d'une mauvaise connaissance des exigences de notification ; d'une indifférence à l'égard de la notification ; d'idées fausses sur les problèmes de confidentialité liés à la notification ; d'un manque de formation, de soutien ou de retour d'information de la part des autorités sanitaires ; et du caractère fastidieux des systèmes de notification sur support papier, lorsqu'ils existent.

L'instauration de l'obligation de notification des cas de tuberculose peut être entravée par la faiblesse des systèmes de surveillance de la santé publique et de notification des maladies infectieuses. Toutefois, certains mécanismes opérationnels utilisés dans les pays à faible incidence tuberculeuse et les innovations numériques mises en œuvre dans des pays comme la Chine, l'Inde, la Corée du Sud et la Thaïlande permettent de tirer de précieux enseignements sur les moyens d'assurer une notification obligatoire des cas. Tous les pays qui se préparent à mettre en œuvre la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose dans l'après-2015 doivent s'être dotés d'une politique nationale de notification obligatoire des cas de tuberculose, assortie de sanctions en cas de non-conformité. Pour veiller au plein respect de cette politique, des méthodes simples de notification des cas de tuberculose par les prestataires privés devront être identifiées et mises en place. Une application judicieuse des technologies numériques semble être le moyen le plus logique de progresser rapidement sur cette voie.

Composante 2C. Politiques de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, l'enregistrement des faits d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments, et la lutte contre l'infection

...

La couverture sanitaire universelle se définit comme une « situation dans laquelle chacun peut utiliser les services de santé de qualité dont il a besoin sans encourir de difficultés financières pour leur paiement ». L'objectif est d'encourager une évolution progressive vers la couverture sanitaire universelle.

Politiques et stratégies

Évolution vers la couverture sanitaire universelle

Étant donné que la plupart des patients consultent les services de santé sans savoir de quelle maladie ils souffrent plutôt que de s'adresser à un centre spécialisé de soins antituberculeux, il est impératif que les obstacles à l'accès aux services de santé généraux soient éliminés. Cela suppose une garantie d'accès pour tous aux services de santé généraux, et non seulement aux tests et aux traitements propres à la tuberculose (14). Les facteurs géographiques et financiers qui entravent l'accès aux services de santé généraux, notamment les frais payés directement par le patient, doivent être réduits, ce qui implique des changements systémiques. En outre, il importe que les coûts liés aux soins antituberculeux (tests et traitements) continuent d'être entièrement gratuits, comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays, mais pas dans tous.

Peu de pays sont parvenus à mettre en place une couverture sanitaire universelle (CSU), définie comme une « situation dans laquelle chacun peut utiliser les services de santé de qualité dont il a besoin sans encourir de difficultés financières pour leur paiement ». L'objectif est d'encourager une évolution progressive vers la CSU.

Pour progresser sur cette voie, il faut un système adapté, juste et durable de financement prépayé des soins de santé, offrant une couverture géographique complète, associé à une assurance qualité efficace des services et à un dispositif de suivi et d'évaluation (15). Plusieurs éléments constitutifs sont nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de santé : la prestation des services ; le personnel de santé ; l'information ; les produits à usage médical, les vaccins et les technologies ; le financement ; l'encadrement et la gouvernance (tutelle) (16). Tous les pays doivent s'efforcer d'avancer rapidement vers la CSU, tout en renforçant tous les éléments constitutifs des systèmes de santé.

Les politiques, stratégies et systèmes adoptés aux fins de la CSU devront s'attacher à :

- élargir l'accès à l'ensemble des services de qualité recommandés dans la Stratégie, dans le cadre des services de santé généraux ;
- améliorer la couverture financière, y compris pour les coûts associés aux consultations générales (avant le diagnostic de tuberculose), au dépistage, aux médicaments et aux tests de suivi, ainsi que pour toutes les dépenses liées à un traitement curatif ou préventif complet, que ce soit dans le secteur public ou privé, et ;
- accroître l'accès aux services pour toutes les personnes qui en ont besoin, en particulier les groupes vulnérables et marginalisés qui se heurtent aux plus grandes difficultés d'accès.

Il importe que les services adéquats de diagnostic, de traitement et de prévention de la tuberculose soient gratuits, que ce soit dans le cadre d'un ensemble de prestations du service national de santé ou au travers d'un régime national d'assurance maladie. Il n'est toutefois pas suffisant d'améliorer l'accès aux services de diagnostic et de soins de la tuberculose et de réduire les obstacles financiers associés. Des mécanismes doivent également être établis pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments et des méthodes diagnostiques de qualité avérée, par exemple en définissant un ensemble de prestations de diagnostic et de traitement de la tuberculose dans les régimes d'assurance maladie et en liant le remboursement aux systèmes d'assurance de la qualité.

D'importantes opportunités se présentent aux pays qui commencent tout juste à élaborer un régime de CSU ou qui s'emploient à renforcer un régime existant. Aux premiers stades de conception des régimes de CSU, les fonctions relatives aux soins antituberculeux et à la santé publique doivent être abordées de manière spécifique et incluses dans des ensembles de prestations essentielles. Il est recommandé d'adopter des modèles d'assurance sociale qui partent de la volonté de desservir toute la population, en particulier les personnes à faible revenu et d'autres groupes vulnérables. Il convient en outre de déployer tous les efforts possibles pour atteindre les populations à haut risque de tuberculose dès le début de l'instauration de ces régimes. Dans tous les cas, les PNLT et leurs partenaires se doivent d'évaluer les incidences probables de ces régimes sur leurs services, ainsi que sur les principales populations touchées par la tuberculose. Cela leur permettra de combler les déficits éventuels de la couverture et d'agir sur les résultats insatisfaisants. Pour éviter le remboursement de services inadaptés ou inutiles, il conviendra de définir des ensembles de prestations essentielles et de prestations spécifiques à la tuberculose, doublés de normes de qualité. En outre, les modèles de financement de la santé établis dans le cadre de la CSU devront tenir compte des besoins de financement des fonctions de santé publique, en sus des services cliniques.

Outre l'élaboration de politiques de financement de la santé et l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité, il conviendra d'élaborer plusieurs autres cadres réglementaires systémiques qui tiennent compte des impératifs liés à la tuberculose. Ces cadres sont décrits ci-dessous.

Réglementation de la production, de la qualité et de l'utilisation des produits de diagnostic et des médicaments antituberculeux

Les antituberculeux de mauvaise qualité font peser des risques importants sur les patients. De même, la prescription irrationnelle des traitements compromet l'issue thérapeutique et peut entraîner une pharmacorésistance, tandis que l'utilisation de produits de diagnostic mal adaptés, tels que les tests sérologiques, mène à des diagnostics erronés. Une réglementation sur l'enregistrement, l'importation et la fabrication des produits médicaux s'impose, assortie des ressources nécessaires pour la faire appliquer. La réglementation devra aborder le subventionnement des produits médicaux et identifier les professionnels de la santé qui sont autorisés à prescrire et à délivrer des médicaments antituberculeux. Pour appuyer ces efforts, il faudra fournir une information adéquate aux prescripteurs et aux patients sur l'usage rationnel des médicaments et assurer une surveillance de leur utilisation. On pourra s'appuyer sur les données relatives à la qualité des médicaments, à la pharmacorésistance, à l'usage des médicaments et aux pratiques de diagnostic pour plaider en faveur d'une réglementation plus stricte des produits médicaux.

Obligation de notification des cas de tuberculose

De nombreux cas de tuberculose ne sont pas notifiés, en particulier ceux qui sont pris en charge par des prestataires privés ou des ONG ne relevant pas des PNLT. Cette sous-notification entrave la surveillance de la maladie, la recherche des contacts, la gestion des flambées et la lutte anti-infectieuse. Comme nous l'avons déjà observé, il est essentiel qu'une loi sur les maladies infectieuses, ou une loi équivalente, existe et soit pleinement appliquée, imposant notamment une obligation de notification à tous les soignants (17).

Amélioration de l'enregistrement des décès dus à la tuberculose dans les registres d'état civil

La plupart des pays à forte charge tuberculeuse ne possèdent pas de système exhaustif d'enregistrement des faits d'état civil et la qualité des informations relatives au nombre de décès dus à la tuberculose est souvent insuffisante. Pour que chaque décès imputable à la tuberculose soit correctement enregistré, il est indispensable que les pays se dotent de systèmes efficaces d'enregistrement des faits d'état civil ou renforcent leurs systèmes existants. Les PNLT ne sont pas les acteurs naturels de ce processus, mais peuvent plaider pour qu'une attention adéquate soit accordée à la tuberculose et contribuer à surveiller la qualité des résultats lors de l'élaboration des programmes généraux de renforcement des systèmes d'état civil.

Mesures exhaustives de lutte anti-infectieuse

Une réglementation adaptée est nécessaire pour prévenir efficacement l'infection dans les services de soins de santé et d'autres structures à risque de transmission élevé. Des mesures gestionnaires, administratives, environnementales et personnelles de lutte anti-infectieuse devraient être intégrées à la législation sur les maladies infectieuses et aux réglementations relatives à la construction et à l'aménagement des établissements de santé (18). Des stratégies de prévention de l'infection propres à la tuberculose figurent dans le Pilier 1, avec notamment l'exemple de l'approche FAST, mais elles

ENCADRÉ 2C.1 LE CAMBODGE REDOUBLE SES EFFORTS DE PRÉVENTION DE L'INFECTION TUBERCULEUSE

Au Cambodge, la prévention de l'infection tuberculeuse fait partie intégrante de la Politique nationale de prévention infectieuse (2009). Le Cambodge a publié plusieurs documents clés fondés sur cette politique : un Plan stratégique national de prévention de l'infection (2011-2015), des Directives nationales sur la prévention infectieuse (2010), des Directives nationales sur la gestion des déchets médicaux (2011) et des Modes opératoires normalisés de prévention de l'infection tuberculeuse (2014). Ces documents fournissent des orientations pour la planification opérationnelle annuelle des activités de prévention infectieuse au niveau des provinces et des districts. Ils ont par ailleurs été utiles à la préparation de vidéos, de posters et d'autres matériels sur la prévention de l'infection tuberculeuse.

Au niveau national, le Comité directeur sur la prévention infectieuse a la responsabilité générale d'approuver les politiques, plans stratégiques et directives de prévention infectieuse et d'en assurer la bonne application, y compris par un renforcement des capacités. En étroite collaboration avec le Département des services hospitaliers et le Département de lutte contre les maladies transmissibles, le Centre national de lutte contre la tuberculose et la lèpre est responsable de l'intensification des mesures de prévention de l'infection tuberculeuse. D'autres ministères, notamment ceux de la défense et de l'intérieur, sont responsables de prévention infectieuse dans les établissements qui relèvent de leur compétence.

En 2014, le PNLT a lancé un projet type d'amélioration de la prévention de l'infection tuberculeuse dans cinq grands hôpitaux urbains. Ce projet reposait principalement sur les étapes suivantes : évaluation de la situation initiale, sensibilisation et formation, fourniture des équipements de protection nécessaires, élaboration de listes de contrôle pour les visites trimestrielles de supervision, et ateliers d'examen des progrès accomplis. Au bout d'un an, le PNLT a réévalué la situation en matière de prévention infectieuse. Par rapport aux résultats obtenus lors de l'évaluation initiale, les hôpitaux ayant participé à ce projet pouvaient se prévaloir de nombreuses améliorations. Le PNLT a tiré d'importants enseignements de ce projet, qui lui permettront de procéder à un renforcement considérable des mesures de prévention infectieuse sur l'ensemble du pays dans les années à venir.

doivent être complétées par un renforcement systémique des mesures générales de lutte contre les infections sur l'ensemble des systèmes de santé. L'Encadré 2C.1 donne un bref aperçu de l'approche exhaustive adoptée au Cambodge pour lutter contre l'infection tuberculeuse. L'OMS a formulé des orientations pour une approche systémique des programmes intégrés de prévention des infections (« principaux volets des programmes de prévention de l'infection ») (19). Dans certains pays, mais pas dans tous, le PNLT et ses partenaires opérationnels appartiennent à des réseaux de systèmes et de services axés sur la santé générale. Lorsque ce n'est pas le cas, cela représente une occasion manquée, en particulier compte tenu de l'intérêt croissant porté à la résistance aux antimicrobiens et à la sécurité sanitaire dans l'ensemble des systèmes de santé.

•••

Les personnes atteintes de tuberculose et leurs familles sont souvent aux prises à de graves difficultés économiques en raison des coûts directs et indirects associés à la maladie et aux soins.

Principales étapes de la mise en œuvre des politiques

Évaluation de la situation

L'état actuel des régimes d'assurance maladie, leur couverture et les conditions fixées pour le remboursement des services antituberculeux doivent être recensés. Cela permettra d'identifier les politiques et les mesures à mettre en œuvre pour optimiser l'accès au diagnostic et à des soins de qualité de la tuberculose, tout en combattant les mesures qui ont pour effet pervers d'inciter à l'utilisation de tests et de traitements inutiles, économiquement inefficaces ou nocifs. Il convient en outre d'évaluer l'environnement réglementaire relatif à la notification des maladies infectieuses, à la vente libre des antibiotiques, aux droits de prescription, à l'enregistrement des faits d'état civil et à la prévention de l'infection.

Dialogue intersectoriel et répartition des rôles

L'adoption de politiques explicites pour progresser vers la CSU et l'élaboration et la mise en œuvre des cadres réglementaires associés dépendent de la participation et de l'engagement de nombreux acteurs différents, relevant ou non du secteur de la santé. Il incombe au PNLT de veiller à ce que ces politiques tiennent compte des besoins des patients tuberculeux et soient compatibles avec les politiques nationales de prévention et de soins de la tuberculose. Pour cela, il importe de nouer un dialogue avec les principales parties prenantes et de les encourager à participer activement à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des politiques relatives à la CSU et des cadres réglementaires associés. Les acteurs responsables des soins, de la prévention et de la surveillance de la tuberculose doivent présenter un argumentaire convaincant, soulignant l'importance fondamentale que revêtent l'accès équitable aux soins, le contrôle de la qualité, l'usage rationnel des médicaments et d'autres processus en se fondant, dans la mesure du possible, sur les données provenant de la surveillance et de la recherche opérationnelle. Si les responsables des programmes antituberculeux, les communautés touchées ou d'autres parties prenantes ne sont pas invités à participer aux débats portant sur ces politiques et systèmes plus généraux, les associations de patients, les associations professionnelles et la société civile pourront plaider en faveur de leur participation. L'un des arguments les plus porteurs a trait aux risques encourus par les populations pauvres et marginalisées en l'absence d'un accès adéquat aux soins antituberculeux et de politiques réglementaires efficaces protégeant la population contre les maladies infectieuses, y compris la tuberculose.

...

La réduction de la pauvreté atténue le risque de transmission et de progression de la tuberculose.

Composante 2D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose

Politiques et stratégies

Alléger les difficultés financières associées à la tuberculose

Les personnes atteintes de tuberculose et leurs familles sont souvent aux prises à de graves difficultés économiques en raison des coûts directs et indirects associés à la maladie et aux soins, y compris la perte de revenus, les dépenses de santé et les frais de transport (20). La tuberculose peut aussi avoir des répercussions sociales : stigmatisation et isolement, interruption des études, perte d'emploi ou divorce. Ces conséquences négatives s'étendent souvent à la famille des malades et, de manière indirecte, à l'ensemble de la communauté, se soldant par un impact économique négatif pour toute la société. Dès lors, même lorsque le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont gratuits, des mesures de protection sociale doivent être engagées pour atténuer la charge liée à la perte de revenus et aux coûts non médicaux liés à la mise en place et à la poursuite des soins. Le système de protection sociale devrait couvrir les besoins particuliers liés à la tuberculose par les moyens suivants :

- des mécanismes de compensation de la charge financière associée à la maladie (par exemple assurance maladie, pension d'invalidité, prestations sociales, autres transferts monétaires, bons alimentaires ou de transport, ou colis alimentaires) ;
- une législation pour protéger les personnes atteintes de tuberculose de la discrimination, laquelle peut se manifester sous forme d'expulsions du lieu de travail, d'un établissement d'enseignement ou de santé, d'un moyen de transport ou d'un logement, voire sous la forme d'une déportation, et ;
- d'autres instruments visant à protéger et à promouvoir les droits de l'homme, et notamment à combattre la stigmatisation, en accordant une attention particulière à la discrimination liée au sexe ou à l'appartenance ethnique et à la protection des groupes vulnérables.

Comme cela a été évoqué dans le Pilier 1, de nombreux PNLT collaborent déjà avec des ONG et des organismes partenaires de financement pour offrir un ensemble de mesures d'accompagnement des patients, souvent financées à titre de projets à court terme. Parfois, des liens ont été établis avec des organismes nationaux de nutrition, d'assurance et de protection sociale pour atténuer les conséquences économiques et sociales de la tuberculose sur les patients. Cependant, trop souvent, ces programmes d'appui aux patients n'ont pas explicitement énoncé les critères applicables aux bénéficiaires (p. ex. niveaux de revenu ou d'incapacité), sont dépourvus de pratiques claires de gestion et de prestation et ne font pas l'objet d'activités régulières de suivi et d'évaluation. Les patients et leurs familles ne sont pas toujours convenablement informés des prestations auxquelles ils ont droit. En outre, les mécanismes permettant de mettre les patients tuberculeux en relation avec les services sociaux disponibles sont inadéquats ou inexistantes. Il faudra mettre en œuvre des approches systématiques pour atteindre une plus grande proportion des personnes ayant besoin d'aide et veiller à l'établissement de liens durables entre les différents programmes. À titre d'exemple, les encadrés 2D.1 et 2D.2 décrivent les efforts déployés au Kenya et en République de Moldova pour s'orienter vers des approches plus pérennes et à plus grande échelle.

Agir sur les déterminants sociaux et les facteurs de risque

La pauvreté est un facteur déterminant fondamental de la tuberculose. Les lieux de vie et de travail surpeuplés, pollués et mal ventilés sont des facteurs de risque directs de transmission de la maladie. La dénutrition est également un facteur de risque important pour la forme évolutive de la maladie. La pauvreté est en outre corrélée à une mauvaise connaissance générale des questions liées à la santé et à une incapacité à mettre ce savoir en pratique, ce qui peut entraîner une exposition à plusieurs facteurs de risque de la tuberculose, comme le VIH, le tabagisme et l'abus d'alcool. La réduction de la pauvreté réduit le risque de transmission de la tuberculose, ainsi que la progression de l'infection vers la forme active de la maladie. Elle concourt également à un meilleur accès aux services de santé et favorise l'observance du traitement. Toute action ciblant les facteurs de mauvaise santé, par le biais d'une intégration de la santé dans toutes les politiques, aura des effets favorables sur les soins et la prévention de la tuberculose (21).

Les politiques sociales, économiques et de santé publique requises consisteront notamment à :

- mener des stratégies globales de réduction de la pauvreté et étendre la protection sociale ;
- réduire l'insécurité alimentaire ;
- améliorer les conditions de vie, y compris dans les prisons et d'autres structures collectives ;

ENCADRÉ 2D.1 AU KENYA, TIRER PARTI DES POLITIQUES ET RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE EXISTANTS

En 2010, le Kenya s'est doté d'une nouvelle constitution garantissant la mise en œuvre de mesures de protection sociale. Le gouvernement du Kenya a ensuite adopté une nouvelle politique de protection sociale en 2012 et a créé un Secrétariat national de protection sociale, relevant du Ministère du travail, en 2014. Une conférence nationale sur le thème de la protection sociale a été organisée en 2015 et un système de transfert de fonds à l'intention de groupes spécifiques est en cours d'expansion. Cet élan est également manifeste dans le secteur de la santé. La Stratégie 2014-2018 pour le secteur de la santé aborde explicitement la question de la protection sociale, traitant notamment des approches à adopter pour éliminer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé. C'est également en 2015 que le programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre, s'alignant sur ces initiatives et sur la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, a finalisé son nouveau plan stratégique, comprenant des interventions visant à réduire la charge financière liée aux soins antituberculeux, ainsi qu'aux coûts non médicaux tels que les frais de transport, les pertes de revenus et les besoins nutritionnels. Ce travail s'appuie sur une cartographie et une analyse des différents types de soutien social actuellement fournis à certains patients atteints de tuberculose pharmacosensible, à ceux qui présentent une malnutrition modérée ou sévère, ainsi qu'aux patients atteints de tuberculose pharmacorésistante. Les services de soutien actuels sont assurés avec l'appui du programme national de nutrition, du Programme alimentaire mondial et d'une subvention du Fonds mondial. Trois mesures innovantes, visant à améliorer la protection sociale des personnes touchées par la tuberculose, sont en cours d'élaboration : a) formulation d'une proposition qui permettrait de soutenir les ménages touchés par la tuberculose et la lèpre au travers d'un programme de transfert de fonds, compte tenu de leur niveau d'incapacité et de vulnérabilité ; b) établissement d'un lien entre le système de données sur la tuberculose et le registre unifié du Secrétariat national de protection sociale afin de faciliter l'application des critères d'admissibilité en cohérence avec d'autres régimes de protection sociale ; et c) établissement de liens supplémentaires avec le système et la permanence téléphonique du Programme alimentaire mondial pour faciliter l'obtention d'un soutien adapté aux patients.

Source : WHO-supported case study on expanding social protection for TB and leprosy patients, Hanson C et al., 2016 – en cours de publication.

- améliorer les conditions environnementales et de travail, en réduisant notamment l'exposition à la silice et la pollution de l'air intérieur ;
- traiter les problèmes liés à la situation sociale, financière et sanitaire des migrants, et ;
- promouvoir une alimentation et un mode de vie sains, en luttant notamment contre le tabagisme et la consommation abusive d'alcool et de drogues.

Principales étapes de la mise en œuvre

Évaluation pluridisciplinaire de la situation

La première étape essentielle consiste à évaluer la situation à l'égard des principaux facteurs socioéconomiques de la tuberculose. Il convient également de cartographier les facteurs de risque directs de la tuberculose (qui sont liés aux déterminants socioéconomiques) dans la population, y compris le VIH, la dénutrition, le diabète, le tabagisme, la consommation abusive d'alcool et de drogues, les conditions de promiscuité, l'exposition à la silice sur le lieu de travail, la pollution de l'air intérieur et d'autres facteurs. Cela devrait permettre d'identifier les principaux facteurs se prêtant à une amélioration de la prévention de la tuberculose dans la population et de déterminer les points d'intervention possibles, ainsi que les acteurs devant être tenus responsables de ces interventions, au sein du secteur de santé et au-delà.

L'évaluation de la situation vise également à recueillir des informations sur les répercussions sociales et financières de la tuberculose pour les ménages concernés, ainsi que sur les principaux coûts occasionnés (p. ex. dépenses médicales directes, coûts associés aux transports et à la nourriture lors des déplacements vers les centres de soins, perte de revenus, coûts découlant des décisions prises par les ménages pour faire face à leur situation, consistant par exemple à retirer les enfants de l'école, à vendre des articles ménagers ou à contracter un emprunt).

Cette évaluation doit s'accompagner d'une analyse des mécanismes de protection financière existants, déjà intégrés au système de santé, notamment : accès gratuit ou subventionné au diagnostic et au traitement, décentralisation des services, procédures rationalisées de diagnostic, réduction des hospitalisations inutiles ou prise en charge centrée sur le patient. Elle devra également tenir compte des régimes généraux de protection sociale déjà en place dans le pays dans des domaines tels que l'assurance maladie, les pensions d'invalidité, les prestations sociales ou d'autres mécanismes de transferts de fonds. Une analyse des forces et des faiblesses de ces régimes, ainsi que des possibilités de réduction des coûts et d'amélioration de la protection sociale, devra être menée. Il importe en particulier de bien comprendre la manière dont les régimes nationaux ou locaux existants traitent certains processus, tels que les transferts de fonds conditionnels ou inconditionnels, le remplacement

ENCADRÉ 2D.2 ÉVOLUTION DU SOUTIEN SOCIAL FOURNI AUX PATIENTS TUBERCULEUX EN RÉPUBLIQUE DE MOLDOVA

La République de Moldova est un petit pays européen comptant 3,5 millions d'habitants. L'un des pays les plus pauvres d'Europe, il figure parmi les 27 pays à forte charge de tuberculose multirésistante dans le monde. Le soutien social aux patient tuberculeux, y compris à ceux qui sont atteints de tuberculose multirésistante, constitue un élément central des soins et du traitement. L'Institut national de lutte contre la tuberculose, qui relève du Ministère de la santé, collabore avec une ONG extérieure pour fournir un appui social aux patients tuberculeux grâce à un large éventail de services assurés par les districts et les municipalités, ainsi qu'un nombre croissant de centres communautaires et d'ONG. Le Ministère s'oriente actuellement vers la prestation de services ambulatoires de traitement de la tuberculose.

Un soutien social et financier est fourni en collaboration avec diverses institutions, y compris le Bureau national d'assurance sociale. Une étude récente a indiqué que la prestation d'un soutien financier aux patients atteints de tuberculose pharmacosensible était associée à une nette amélioration des issues thérapeutiques : augmentation du taux de succès thérapeutique (qui est passé de 79 % à 88 %), recul de la proportion de patients perdus de vue (passée de 10 % à 5 %) et réduction du taux d'échec thérapeutique (passé de 5 % à 2 %). La distribution de nourriture ou de bons alimentaires aux patients tuberculeux est progressivement remplacée par le transfert électronique de fonds sur le compte bancaire des patients pour les aider à couvrir leurs frais de transport et de nourriture, ainsi que d'autres dépenses. Ces services sont financés par la Compagnie nationale d'assurance et le Fonds mondial. Des systèmes de soutien psychosocial sont également en place. En 2014, la Compagnie nationale d'assurance maladie a étendu ses opérations et couvre désormais 50 % des patients atteints de tuberculose (50 euros par patient par mois). Une subvention du Fonds mondial couvre l'autre moitié des patients tuberculeux, ainsi que 75 % de ceux qui sont atteints de tuberculose multirésistante, ouvrant la voie à un modèle durable à l'échelle nationale.

Source : Seicas R, Severin L. Social Protection of TB patients in Moldova (présenté durant une consultation avec l'OMS).

du revenu en période de maladie ou le soutien offert pour les déplacements et la nourriture durant la maladie, afin de les adapter aux besoins des ménages touchés par la tuberculose ou d'élaborer des régimes de protection sociale complémentaires axés spécifiquement sur la tuberculose.

Les régimes existants permettant l'accès des patients tuberculeux aux services de soutien devront faire l'objet d'une analyse et d'une évaluation approfondies. Ces régimes peuvent avoir été structurés de manière informelle, sans définition claire des objectifs, des bénéficiaires, des systèmes de gestion et des activités associées de suivi et d'évaluation.

Il est fondamental que ce processus de planification et d'examen repose sur une consultation des patients et des familles touchées par la maladie pour pleinement tenir compte de leur point de vue concernant les besoins en matière de protection sociale et les approches les mieux adaptées pour y répondre. Des enseignements pourront être tirés d'autres programmes de santé publique ayant déjà établi des liens solides avec les systèmes de protection sociale. Dans certains pays, il s'agira notamment des programmes traitant du VIH/sida et de la santé de la mère et de l'enfant.

La démarche consistant à évaluer les déterminants et les conséquences sociales de la tuberculose et à identifier les interventions les mieux adaptées s'inscrit dans les activités générales de cartographie de l'épidémie (approche « connaître son épidémie »). Elle nécessite une analyse combinée des données de surveillance (par exemple étude de la distribution géographique de la tuberculose au regard des cartes de distribution de la pauvreté), un recours à la recherche opérationnelle et aux sciences sociales et un examen des politiques et des modes de financement. Une approche multisectorielle et interdisciplinaire, reposant sur la participation de nombreux partenaires appartenant ou non au secteur de la santé, y compris les communautés touchées et les chercheurs, est donc indispensable.

Dialogue politique intersectoriel

Il est recommandé aux PNLT d'investir le temps nécessaire pour établir un dialogue politique intersectoriel et identifier et mettre à profit les possibilités d'adaptation des politiques en assurant un suivi des processus de développement et en recensant les principaux homologues compétents dans d'autres secteurs.

La plupart des actions sur les déterminants et les conséquences sociales de la tuberculose sont tributaires de politiques élaborées dans des secteurs autres que celui de la santé. Les parties prenantes œuvrant dans des secteurs autres que la santé – tels que les ministères de la protection sociale, des finances, de l'éducation, du travail ou de l'intérieur – sont investies d'un mandat plus clair pour la formulation et la mise en œuvre d'actions relatives aux déterminants sociaux. Les acteurs non gouvernementaux, notamment le secteur privé et la société civile, devront également participer à ce dialogue politique, tout comme les institutions des Nations Unies et les autres grands organismes et mécanismes de développement présents dans le pays.

Le secteur de la santé joue un rôle crucial dans l'identification et la communication de l'impact sanitaire potentiel des politiques relatives à la sécurité alimentaire, l'amélioration des conditions de logement, la réduction de la pauvreté, la protection de l'emploi et la protection des droits des migrants, des détenus et d'autres groupes marginalisés. Le PNLT a un rôle analogue à jouer en attirant l'attention sur l'importance des politiques de santé publique formulées en dehors du domaine de la lutte contre les maladies infectieuses, telles que celles qui traitent du tabagisme, de la consommation abusive d'alcool ou des mauvaises habitudes alimentaires.

Pour progresser vers la réalisation de la cible de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose selon laquelle « aucune famille touchée par la tuberculose ne doit être confrontée à des coûts catastrophiques liés à la tuberculose », un dialogue politique fructueux doit être noué avec les ministères, les institutions publiques et les organismes non gouvernementaux pertinents ayant pour mandat d'œuvrer en faveur d'une plus grande sécurité des revenus en période de maladie. Il est en outre essentiel de collaborer avec le secteur du travail en sollicitant les syndicats et les organisations patronales en vue d'élaborer des stratégies de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs qui tiennent compte des impératifs liés à la tuberculose, conformément aux conventions internationales définissant la tuberculose comme une maladie professionnelle (22).

Les régimes de protection sociale existants varient considérablement d'un pays à l'autre et le point de départ de ce dialogue politique sera donc différent dans chaque pays. Les pays à revenu élevé disposent généralement de régimes quasi universels. De nombreux pays à revenu intermédiaire s'emploient à étendre leurs régimes de protection au secteur informel, plutôt qu'au seul secteur formel, tandis que la majorité des pays à faible revenu ne disposent que de régimes rudimentaires, ne couvrant souvent que certaines populations pilotes. On constate toutefois un nouvel élan pour la mise en œuvre de politiques et de programmes de protection sociale dans un nombre croissant de pays à faible revenu, avec de nouvelles possibilités de mise en relation des services antituberculeux avec les services sociaux.

Il est impératif que les PNLТ poursuivent leur évaluation des systèmes de soutien social existants, comme l'illustrent les expériences du Kenya et de la République de Moldova. L'objectif est de veiller à la présence de systèmes efficaces, bien conçus et bien gérés, avec une communication adéquate des informations aux patients, à leurs familles et aux prestataires de soins. En présence de régimes spécifiquement axés sur la tuberculose et financés par des sources externes, tous les efforts devront être déployés pour favoriser la transition vers des régimes nationaux durables de protection sociale (portant par exemple sur l'action sociale, les prestations d'invalidité et d'autres plateformes de protection sociale ciblant les populations à faible revenu) que de nombreux pays tentent actuellement de généraliser. Les données relatives aux coûts économiques supportés par les patients et les familles touchées par la tuberculose peuvent guider les débats interministériels, le processus décisionnel et la mise en œuvre des décisions.

Renforcement des capacités

L'unité centrale de gestion du PNLТ doit disposer des capacités nécessaires pour recueillir et analyser les données de surveillance et mener une recherche opérationnelle ad hoc permettant d'identifier les déterminants et les conséquences sociales de la tuberculose dans le pays. À défaut de posséder ces capacités, le PNLТ doit établir une collaboration avec d'autres partenaires aptes à réaliser ce travail, notamment dans le monde universitaire. Un renforcement des capacités est également nécessaire pour assurer une communication intersectorielle efficace sur les déterminants et les facteurs de risque de la tuberculose.

Pour garantir une protection financière optimale des ménages touchés par la tuberculose, les agents de santé qui prennent en charge les cas de tuberculose doivent connaître les régimes de protection sociale existants, ainsi que leurs critères d'admissibilité. Ils doivent également bien comprendre les procédures administratives mises en jeu pour accéder à ces prestations, en particulier la responsabilité qui leur incombe de délivrer des certificats d'incapacité, l'obligation pour le patient de s'absenter du travail pour mieux lutter contre l'infection ou les documents à fournir à l'appui d'une demande pour d'autres prestations. De même, les employés des services sociaux doivent être formés et sensibilisés aux droits des patients tuberculeux et aux conditions requises pour leur accès aux régimes de protection sociale. Une documentation adéquate sur le recours aux régimes de protection sociale doit être disponible aussi bien dans le secteur de la santé que dans celui des services sociaux. Les partenaires communautaires et non gouvernementaux peuvent contribuer de manière essentielle à faciliter la liaison entre ces services, en particulier dans les pays à faible revenu où les agents de santé sont souvent déjà débordés.

Un renforcement des capacités est également nécessaire pour permettre aux communautés touchées d'exprimer leurs besoins, de protéger leurs droits et d'exiger des comptes en cas de violation des droits de l'homme. Ce renforcement des capacités peut également favoriser la participation directe des communautés à la conception, à la mise en œuvre et au suivi de nouveaux programmes destinés à améliorer la protection sociale et à éliminer la pauvreté et l'exclusion sociale. Dans de nombreux pays, les expériences acquises en la matière dans le cadre d'autres programmes, notamment sur le VIH/sida, pourront orienter ces efforts.

Suivi de la mise en œuvre

Comme indiqué ci-dessus, c'est à des partenaires autres que le PNLТ qu'incombe la mise en œuvre d'une grande partie des interventions sociales requises. Le dialogue politique intersectoriel devrait aboutir à une répartition claire des responsabilités, définissant quelles tâches sont attribuées aux différents secteurs du gouvernement, et solliciter la contribution des organisations non gouvernementales et de la société civile.

Le plan stratégique national devra clairement définir les interventions relevant de l'équipe de gestion centrale (synthèse des données sur les déterminants et les conséquences sociales de la tuberculose, dialogue politique et collaboration interinstitutionnelle, suivi) et celles qui appartiennent aux agents de santé responsables du diagnostic et du traitement de la tuberculose ou à d'autres partenaires, consistant à aider les patients à s'orienter dans les régimes de protection sociale existants, à délivrer des certificats médicaux et à préparer d'autres documents. Les informations relatives à l'admissibilité et à l'utilisation des services de protection sociale doivent figurer sur les registres et fiches de traitement de la tuberculose, dont le format et l'utilisation courante seront adaptés aux conditions locales. De nouvelles orientations opérationnelles, fondées sur l'expérience acquises dans divers pays, sont en cours d'élaboration. Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre et les cibles associées devront être définis au niveau local, conformément aux objectifs du plan stratégique national. Il sera également essentiel de mener des travaux de recherche pour évaluer de manière plus approfondie les progrès réalisés dans l'adoption de politiques et de pratiques réglementaires en matière de couverture sanitaire universelle, les résultats des régimes de protection sociale en termes d'issue thérapeutique et de sécurité économique, et l'incidence des politiques de développement social sur la réduction des facteurs de risque de la tuberculose chez certaines populations et communautés particulières.

EXEMPLES D'INDICATEURS POUR LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE : PILIER 2

INDICATEUR	CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA MESURE
<p>PROPORTION FINANCIÉE DU BUDGET ANNUEL DÉFINI DANS LES PLANS STRATÉGIQUES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (%)</p>	Données budgétaires et données sur les sources de financement disponibles
<p>COUVERTURE DE LA NOTIFICATION DES CAS (%)</p> <p>Proportion des cas détectés de tuberculose qui ont été notifiés aux autorités sanitaires nationales</p>	<p>Une étude de recensement doit être menée pour mesurer le niveau de sous-notification. Pour ce type d'étude, le pays doit être doté d'un système électronique de notification des cas, ou devra en établir un dans le cas contraire, afin d'effectuer un recoupement entre les cas détectés par tous les prestataires de soins et les cas notifiés aux autorités nationales. Il ne devrait pas être nécessaire de procéder à une étude de recensement chaque année.</p>
<p>PROPORTION DES NOTIFICATIONS DE TUBERCULOSE QUI RÉSULTENT D'UNE ORIENTATION AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE (%)</p> <p>Pourcentage de cas notifiés de tuberculose (toutes formes confondues) qui ont été orientés par des agents de santé ou bénévoles communautaires.</p>	<p>Il s'agit d'un indicateur de base dans les pays où sont menées des activités communautaires intégrées de prévention et de soins de la tuberculose. Dans le cadre de la collecte systématique des données, un champ relatif à « l'orientation par des agents de santé ou bénévoles communautaires » doit apparaître dans le registre de base sur la tuberculose de l'unité de gestion et dans tous les rapports trimestriels transmis au niveau national.</p> <p>Cet indicateur se rapporte aux activités des agents de santé et bénévoles communautaire soutenus par les PNL, des ONG et d'autres OSC.</p>
<p>SUCCÈS THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN SOUTIEN THÉRAPEUTIQUE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE (%)</p> <p>Parmi les patients tuberculeux (toutes formes de tuberculose confondues) qui ont bénéficié d'une aide à l'observance du traitement de la part d'agents de santé ou bénévoles communautaires, nombre de cas se soldant par une réussite thérapeutique (patient guéri et traitement mené à terme).</p>	<p>Il s'agit d'un indicateur de base dans les pays où sont menées des activités communautaires intégrées de prévention et de soins de la tuberculose. Dans le cadre de la collecte systématique des données, un champ relatif au « soutien thérapeutique par des agents de santé ou bénévoles communautaires » doit apparaître dans le registre de base sur la tuberculose de l'unité de gestion et dans tous les rapports trimestriels transmis au niveau national.</p> <p>Cet indicateur se rapporte aux activités des agents de santé et bénévoles communautaire soutenus par le PNL, des ONG et d'autres OSC.</p>
<p>COUVERTURE DE L'ASSURANCE MALADIE</p> <p>Pourcentage de la population couverte par une assurance maladie (ou un système équivalent)</p>	Enquêtes ou données de routine. Les types de services couverts et la proportion du coût total des services qui est effectivement couverte doivent être clairement définis.
<p>DÉPENSES DE SANTÉ PUBLIQUE PAR HABITANT (US\$)</p>	Données du compte national de la santé, générées conformément au système des comptes de santé (SHA).
<p>PART DES PAIEMENTS DIRECTS DES MÉNAGES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ</p>	<p>Données du compte national de la santé, générées conformément au système des comptes de santé (SHA). Il a été suggéré que la couverture sanitaire universelle pouvait être considérée comme bien établie si les paiements directs des ménages représentent 15 % de toutes les dépenses de santé et si les dépenses de santé publique par habitant sont d'un niveau suffisant</p>

INDICATEUR	CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA MESURE
<p>PROPORTION DE PATIENTS, ET DE LEURS FAMILLES, SUPPORTANT DES COÛTS CATASTROPHIQUES LIÉS À LA TUBERCULOSE</p> <p>Nombre de personnes traitées pour la tuberculose (et leurs familles) qui supportent des coûts catastrophiques (coûts directs et indirects combinés), divisé par le nombre total de personnes traitées pour la tuberculose.</p>	<p>Des enquêtes spéciales sont nécessaires.</p>
<p>L'OBLIGATION DE NOTIFICATION DES CAS EST PRESCRITE PAR LA LOI (OUI/NON)</p>	<p>Examen des lois pertinentes.</p>
<p>PRÉSENCE D'UN SYSTÈME D'ENREGISTREMENT DES FAITS D'ÉTAT CIVIL DONT LA COUVERTURE ET LA QUALITÉ RÉPONDENT AUX NORMES INTERNATIONALES (OUI/NON)</p>	<p>Il existe des méthodes standardisées d'évaluation de la couverture et de la qualité des données sur les causes de décès dans les registres d'état civil.</p>
<p>POURCENTAGE DE PATIENTS TUBERCULEUX QUI BÉNÉFICIE D'UNE PROTECTION SOCIALE ADÉQUATE</p>	<p>Enquêtes ou données de routine ; le niveau « adéquat » de protection doit être clairement défini en fonction de la situation du pays. Cet indicateur peut également être mesuré au moyen d'une évaluation de l'indicateur relatif aux coûts catastrophiques.</p>
<p>POURCENTAGE DE LA POPULATION RECEVANT UNE ALIMENTATION ADÉQUATE</p>	<p>Cet indicateur est régulièrement évalué par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et par le Programme alimentaire mondial.</p>

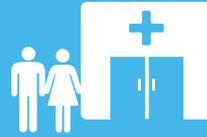


Dans la prison pour femmes de El Buen Pastor en Colombie, Nelly Cuéllar remercie Claudia Jeréz, une technicienne sanitaire qui l'a motivée et l'a aidée à mener à bon terme son traitement antituberculeux.

PILIER 3 : COMPOSANTES ESSENTIELLES



A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies



B. Recherche visant à optimiser la mise en œuvre et l'impact et à promouvoir l'innovation



INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

•••

MESSAGES CLÉS

- Pour mettre un terme à l'épidémie de tuberculose, il faudra disposer de nouveaux produits de diagnostic, médicaments et vaccins, ainsi que de modes d'administration novateurs. Les pays où la charge de la tuberculose est modérée ou forte peuvent jouer un rôle déterminant pour stimuler et poursuivre les efforts de recherche, de concert avec les pays à revenu élevé et à faible charge tuberculeuse.
- Un plan national cohérent de recherche sur la tuberculose, comprenant un programme définissant les priorités propres au pays tout au long du continuum de la recherche, allant de la recherche fondamentale à la recherche opérationnelle, est une condition essentielle au développement des capacités de recherche sur la tuberculose dans les pays à charge forte ou modérée de tuberculose.
- Des mécanismes doivent être en place pour permettre une collaboration efficace entre divers établissements de santé et de recherche, le programme national de lutte contre la tuberculose et d'autres programmes de santé publique, de préférence au travers d'un réseau national de recherche sur la tuberculose.
- Les réseaux nationaux de recherche sur la tuberculose devront s'employer à nouer des liens avec des partenaires internationaux reconnus, notamment des chercheurs, des institutions de recherche, d'autres réseaux de recherche et des bailleurs de fonds.
- Des investissements publics soutenus sont indispensables pour développer les infrastructures et les capacités nécessaires à la recherche sur la tuberculose.

Introduction

Comme cela a été observé dans la Partie II, il ne sera possible de mettre fin à l'épidémie de tuberculose que si des outils nouveaux et améliorés sont mis au point pour détecter, traiter et prévenir la maladie, et si des actions sont entreprises pour optimiser l'utilisation des outils actuellement disponibles. Pour parvenir à ces deux objectifs, il est urgent de galvaniser les efforts de recherche et d'innovation. Cela exige une intensification des investissements mondiaux et nationaux dans la recherche, ainsi que la création d'un environnement propice pour les chercheurs actuels et ceux de la prochaine génération, en particulier dans les pays à forte charge tuberculeuse.

En vue de faciliter la bonne mise en œuvre du Pilier 3, l'OMS et ses partenaires ont établi un Cadre d'action mondial pour la recherche sur la tuberculose pour la période 2016-2025 (3). Contrairement à ce cadre, qui porte sur les recherches à mener aussi bien au niveau mondial que national, le présent chapitre traite spécifiquement de la mise en œuvre du Pilier 3 au niveau national, reposant sur deux composantes intimement liées : la composante 3A porte sur la découverte, la mise au point et l'adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies, tandis que la composante 3B examine la recherche à mener pour optimiser la mise en œuvre et l'impact des interventions, ainsi que pour promouvoir l'innovation.

Composante 3A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies

Cette composante couvre tout le continuum de la recherche, allant de la recherche fondamentale à la recherche opérationnelle en passant par la recherche clinique et épidémiologique (1) (Encadré 3A.1). De nombreux pays à revenu intermédiaire et certains pays à faible revenu possèdent les capacités nécessaires pour mener des travaux de recherche sur l'ensemble de ce continuum. Ils pourront renforcer ces capacités en collaborant avec des chercheurs et des institutions de pays à revenu élevé. Des priorités mondiales de recherche sur les nouveaux outils ont été établies (Encadré 3A.2) et les estimations des investissements requis au cours des cinq prochaines années sont présentées dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2016-2020 (4).

Composante 3B. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation

Cette composante porte sur des stratégies novatrices destinées à améliorer la mise en œuvre des programmes et à accroître l'impact des interventions dans tous les pays. Cette recherche est d'une importance cruciale pour mieux comprendre les obstacles à la prestation des soins, menant à des politiques améliorées, des systèmes de santé mieux conçus et des méthodes plus efficaces de prestation des services (2). Les données issues de cette recherche sont susceptibles de décupler les avantages des stratégies nouvelles et existantes de lutte contre la tuberculose et sont essentielles à la réalisation des cibles de 2035. La recherche opérationnelle n'exige pas d'investissement majeur dans la formation supérieure du personnel, ni en matière d'équipement ou d'infrastructures, et elle a de ce fait un impact plus rapide (2).

Pour faire de la tuberculose une priorité de recherche dans les pays à forte charge tuberculeuse, il incombe à chaque pays d'élaborer un plan de recherche national exhaustif sur la tuberculose, entièrement intégré au plan stratégique national. Ce plan devra définir les objectifs à atteindre, les activités à mener et les mécanismes à instaurer pour renforcer les capacités de recherche nationales. Les étapes de la mise en œuvre du Pilier 3 au niveau national, résumées dans l'Encadré 3B.1, sont présentées de manière plus détaillée aux pages 104 et 105.

ENCADRÉ 3A.1 LE CONTINUUM DE LA RECHERCHE

RECHERCHE FONDAMENTALE

Recherche fondamentale : Étude des propriétés du germe et analyse de l'interaction hôte-pathogène pour comprendre les mécanismes fondamentaux de la transmission, de l'infection, de la latence et de l'évolution vers la maladie, y compris la réponse au traitement et à la vaccination. Ce travail relève de disciplines telles que la biologie moléculaire, l'immunologie et la biochimie.

ÉTUDES TRANSLATIONNELLES

Recherche clinique et translationnelle : Évaluation de la sécurité, de l'efficacité et de la validité de nouvelles interventions ou de nouvelles approches (algorithmes) auprès de populations de patients. Ce travail inclut la recherche sur de nouveaux produits de diagnostic, médicaments, schémas thérapeutiques et vaccins (essais randomisés de phases 1 à 3).

ÉTUDES PRÉCLINIQUES

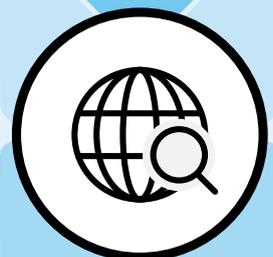
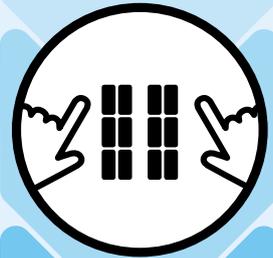
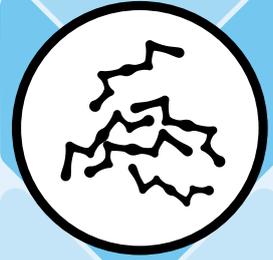
Recherche opérationnelle et recherche sur la mise en œuvre : Recherche sur les stratégies, interventions, outils ou connaissances susceptibles d'améliorer l'efficacité des programmes et/ou la prestation des soins de santé. Ce type de recherche est généralement le plus simple, le plus rapide et le moins onéreux. Il consiste à examiner les conditions, les besoins et les obstacles à la mise en œuvre, ainsi que les interventions susceptibles d'améliorer l'usage que font les patients et les systèmes de santé des stratégies et outils nouveaux ou existants. Cette recherche permet également de recueillir des informations sur le profil de sécurité des nouvelles interventions (médicaments, schémas thérapeutiques, vaccins) dans le cadre d'une utilisation systématique au sein de grandes populations. Pour donner des résultats concluants, ce type de recherche suppose d'identifier des questions claires qui se prêtent à une étude, qui ont une incidence directe sur les grandes orientations politiques et opérationnelles et qui peuvent être résolues par des méthodes de recherche peu coûteuses.

ÉTUDES/ESSAIS CLINIQUES

Recherche épidémiologique : Étude de la progression naturelle de l'infection tuberculeuse et de la maladie et examen des déterminants et conséquences de la tuberculose. Cette recherche consiste notamment à analyser les données de surveillance et les données obtenues en population (par exemple par des enquêtes de prévalence ou de pharmacorésistance), ainsi que les déterminants personnels, médicaux et sociaux associés à la transmission, l'infection, la progression vers la forme évolutive, la pharmacorésistance et l'issue de la tuberculose. Elle inclut également des études visant à estimer les conséquences socioéconomiques de la tuberculose sur les patients individuels, les ménages et la société.

RECHERCHE OPÉRATIONNELLE SUR LE DÉPLOIEMENT ET L'INTENSIFICATION DES INTERVENTIONS

Recherche sur le système politique, sanitaire et social : Étude de l'interaction entre les facteurs sociaux, démographiques et personnels influant sur les comportements de recours aux soins, ainsi que sur l'organisation et la dynamique des systèmes de santé en général. Cette recherche vise également à étudier l'efficacité des interventions politiques et réglementaires sur les soins et la prévention de la tuberculose, et en particulier à examiner les moyens permettant de parvenir à la couverture sanitaire universelle en assurant une protection sociale adéquate et en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.



ENCADRÉ 3A.2 PRIORITÉS MONDIALES DE RECHERCHE SUR LES NOUVEAUX OUTILS

Recherche sur les nouveaux produits de diagnostic : les priorités portent sur la mise au point d'un test exact, rapide et réalisable sur le lieu des soins pour diagnostiquer la tuberculose pharmacosensible, la tuberculose pharmacorésistante et l'infection tuberculeuse latente ; le transfert de technologie nécessaire pour passer de l'étape de validation de principe à celle de mise à l'échelle de la fabrication des nouveaux tests ; et la transformation de techniques numériques et de méthodes sophistiquées de laboratoire pour former des plateformes robustes utilisables sur le lieu des soins, rendant le diagnostic de la tuberculose plus précis, moins coûteux et largement accessible aux patients et aux prestataires de soins.

Recherche sur la mise au point de nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques : le nombre de nouveaux antituberculeux en cours de développement a considérablement augmenté au cours des dix dernières années, avec toute une série de nouvelles molécules faisant désormais l'objet d'essais cliniques (phases 1 à 3). Cependant, en raison d'un fort taux d'attrition, la recherche de nouveaux composés doit se poursuivre et des essais doivent être menés pour étudier de nouvelles associations de médicaments susceptibles d'abrèger et de simplifier le traitement de la tuberculose pharmacosensible, de la tuberculose pharmacorésistante et de l'ITL. Des investissements sont nécessaires pour étendre le portefeuille de produits en développement, faciliter la transition des nouveaux composés prometteurs entre le stade préclinique et le stade clinique de développement, et établir les capacités nécessaires à la conduite d'essais cliniques de grande envergure pour évaluer les schémas thérapeutiques de courte durée en adoptant de nouvelles méthodologies d'essai dans les pays à revenu faible ou intermédiaire présentant une forte incidence de tuberculose.

La recherche sur les nouveaux vaccins a abouti à la mise au point de nombreux vaccins candidats, qui sont actuellement à divers stades de développement clinique.

La plupart de ces vaccins sont conçus pour prévenir l'infection ou empêcher la progression de l'infection latente vers la forme évolutive de la maladie. En l'absence d'indicateurs de la protection immunitaire contre l'infection et la maladie, il importe que ce portefeuille de vaccins continue de se diversifier, accueillant de nouveaux candidats afin d'explorer de nouvelles voies immunologiques potentielles de prévention. Une attention accrue doit être portée aux études expérimentales préliminaires visant à répondre aux questions fondamentales concernant la réponse immunitaire à la tuberculose et les modes d'administration des vaccins et à évaluer différents critères d'efficacité. En matière de recherche clinique, des investissements devront également être consacrés à la préparation d'essais sur les vaccins menés à grande échelle auprès de la population de pays à forte endémie de tuberculose.

ENCADRÉ 3B.1 PRINCIPALES ÉTAPES DE L'ÉLABORATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE D'UN PLAN NATIONAL DE RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE

ÉTAPE
1

Établir des mécanismes de collaboration entre tous les intervenants aux niveaux national et international : création d'un réseau national de recherche sur la tuberculose

ÉTAPE
2

Fixer des priorités nationales de recherche sur la tuberculose fondées sur une analyse de l'épidémie actuelle, un examen du système de santé et des capacités de recherche du pays et une évaluation des actions requises pour atteindre les cibles de la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose à l'horizon 2030/2035.

ÉTAPE
3

Prévoir des activités pertinentes de formation et de renforcement durable des capacités, notamment des possibilités de développement professionnel pour les chercheurs, dès les premières étapes.

Élaboration et mise en œuvre d'un plan national de recherche sur la tuberculose

1. Créer un réseau national de recherche sur la tuberculose

L'établissement ou le renforcement d'un réseau national de recherche sur la tuberculose constitue une première étape importante pour coordonner la gestion et l'utilisation de ressources qui sont souvent limitées. Ce réseau consistera en un partenariat entre diverses entités publiques, reposant sur une collaboration étroite entre les praticiens et les chercheurs d'organismes gouvernementaux, en particulier du PNLT^a sous l'égide du Ministère de la Santé, et les chercheurs de diverses disciplines travaillant sur la tuberculose au sein d'universités, d'associations et d'institutions de recherche nationales. Dans certains pays, cette collaboration pourrait s'étendre à d'autres organismes publics ou ministères, tels que le Ministère des sciences et des technologies. Il est recommandé d'inclure les bénéficiaires de la recherche, les groupes communautaires, la société civile, le secteur privé et des experts internationaux dans toute initiative de collaboration. Ce réseau pourrait aider à dresser un inventaire des travaux de recherche pertinents et des chercheurs compétents et contribuer à la formulation du programme national et des priorités en matière de recherche sur la tuberculose. L'Encadré 3B.2 présente l'exemple d'un réseau de recherche sur la tuberculose établi au Brésil (2).

2. Établir les priorités nationales en matière de recherche sur la tuberculose

L'établissement d'une liste nationale de priorités de recherche est la pierre angulaire de tout plan de recherche sur la tuberculose. Les priorités devront être définies sur la base d'une analyse approfondie de l'épidémie actuelle, des travaux de recherche requis pour atteindre les cibles de la Stratégie et des capacités dont dispose le pays aux fins de la recherche sur la tuberculose. Il appartiendra au réseau national de recherche sur la tuberculose de fixer ces priorités conformément aux stratégies nationales plus générales de recherche en santé. Les pays travailleront à leur propre rythme, mais pourront s'appuyer sur le cadre présenté ci-dessous.

a. Il est recommandé que chaque PNLT désigne un point focal pour la recherche sur la tuberculose. Il s'agira de préférence d'une personne possédant une expérience dans le domaine de la recherche. De même, les institutions de recherche du pays pourront désigner l'un de leurs chercheurs (détenant de préférence une expérience clinique ou ayant travaillé dans le domaine de la santé publique), qui servira de point focal sur la tuberculose afin d'encourager le dialogue et l'échange.



Veiller à l'allocation de fonds adéquats pour la formation, les infrastructures et les activités de recherche.



Plaider en faveur d'un appui et d'un financement publics de la recherche sur la tuberculose. Cet effort doit être engagé le plus tôt possible et poursuivi durant toutes les phases du plan.



Établir les mécanismes, jalons et indicateurs permettant le suivi et l'évaluation en continu de la mise en œuvre du plan de recherche sur la tuberculose.



2.1 Évaluation de la situation

Une évaluation initiale de l'épidémie et des capacités de recherche sur la tuberculose dans le pays permettra d'identifier les besoins et les opportunités en matière de recherche et de lever les obstacles potentiels. Cette évaluation devrait porter sur les éléments suivants (une liste de contrôle pour l'évaluation de la situation nationale est fournie en annexe) :

2.1.1 Description de l'épidémie de tuberculose dans le pays

Cette analyse se fondera sur les estimations de l'incidence, de la prévalence, du nombre de cas détectés et de la mortalité, ainsi que sur les notifications de cas et les issues thérapeutiques selon le type de tuberculose (pharmacosensible, multirésistante, co-infection tuberculose/VIH) et selon l'âge et le sexe. Ces données, généralement fournies par les autorités ministérielles dans le cadre du Rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde (3), sont disponibles dans les profils individuels des pays contenus dans la base de données mondiale de l'OMS sur la tuberculose.^b Il conviendra également d'examiner les données disponibles concernant la répartition géographique infranationale, les situations particulières (comme les « zones sensibles » de transmission) ou les groupes vulnérables. Des données supplémentaires importantes peuvent aussi être recueillies à partir d'enquêtes nationales ou infranationales de prévalence ou de pharmacorésistance et d'enquêtes sur la co-infection tuberculose/VIH ou sur d'autres déterminants de l'épidémie tuberculeuse (par exemple tabagisme, malnutrition, diabète).^c

2.1.2 Contexte sanitaire général

Cette analyse consiste à étudier le contexte sanitaire général du pays, notamment la structure et le financement du système de santé national et de la recherche nationale en matière de santé, et à évaluer les forces et les faiblesses. On pourra tirer les enseignements des activités de recherche et d'établissement des priorités menées dans d'autres domaines de recherche liés à la santé ou à l'étude des maladies (les bonnes pratiques relatives à l'établissement des priorités sont abordées dans le Rapport 2013 sur la santé dans le monde de l'OMS) (4,5,6).

2.1.3 Recensement des capacités de recherche sur la tuberculose

Le recensement des possibilités de recherche sur la tuberculose doit inclure une analyse des capacités existantes (ressources humaines, infrastructures physiques et opérations). Étant donné qu'une telle analyse peut prendre beaucoup de temps et que les informations recueillies peuvent rapidement s'avérer obsolètes, il est important que toutes les parties prenantes conviennent de la raison d'être, des objectifs, de l'utilisation prévue et du niveau de détail de ce recensement. Le recensement devra notamment porter sur les éléments suivants :

- **Cartographie des institutions participant à la recherche sur la tuberculose**

Il pourra s'agir des principaux organismes publics compétents, d'entités de recherche publiques ou privées et d'ONG, ainsi que d'institutions internationales particulièrement actives dans le pays. Dans l'idéal, les forces et les faiblesses de chacun devrait être relevées, ainsi que toute publication récente sur la tuberculose. Cette cartographie devra également inclure une description des équipements et des infrastructures physiques, des ressources humaines disponibles (avec des détails sur le type de formation reçue ou les postes occupés) et de l'engagement actuel du PNLT dans la recherche.

- **Formation à la recherche sur la tuberculose**

Il conviendra de recueillir des informations sur les cours de formation prévus ou existants, les financements destinés aux étudiants, les institutions offrant une formation et les liens établis avec des programmes de formation internationaux. Les informations devront également porter sur le type de formation reçue (recherche fondamentale, épidémiologique, clinique, en laboratoire, sur le système de santé, en sciences sociales ou opérationnelle), ainsi que sur le niveau de la formation (premier cycle, maîtrise, doctorat, études postdoctorales).

- **Financement de la recherche sur la tuberculose**

Il conviendra d'identifier les sources nationales de financement, qu'elles soient publiques (gouvernement national, provincial ou d'État) ou privées (industrie, organisations philanthropiques ou ONG). Les sources extérieures, comme les organismes internationaux ou bilatéraux et les donateurs industriels ou philanthropiques, devraient également être recensées, ainsi que les partenariats éventuels avec des investigateurs internationaux (par exemple dans le cadre d'essais multicentriques).

- **Éthique de la recherche**

Le processus et les capacités d'évaluation éthique de la recherche dans le pays doivent être dûment documentés avant qu'une quelconque activité de recherche puisse être engagée.

b. Voir <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/fr/>.

c. Tuberculose : lignes directrices relatives à la surveillance de la pharmacorésistance. 5^e édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse), 2015. (Voir aussi <http://www.who.int/tb/challenges/mdr/surveillance/en/>).

ENCADRÉ 3B.2 LE RÉSEAU BRÉSILIEN DE RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE (REDE-TB)

Avant 2001, le Brésil disposait de capacités de recherche importantes, mais avec très peu de collaboration et aucune coordination entre l'industrie, les universités, les différentes institutions de recherche et les services de santé, y compris le PNLT. En 2001, le Ministère des sciences et des technologies a lancé un appel à candidatures pour la création de réseaux de recherche dans tous les domaines. Le réseau sur la tuberculose a été financé, menant à la création de REDE-TB. REDE-TB est un groupe pluri/interdisciplinaire de chercheurs et d'étudiants travaillant dans les domaines des sciences de la santé, de l'ingénierie et de l'éducation, en collaboration avec des partenaires de la société civile et des représentants des services de santé contre la tuberculose et le sida à tous les niveaux (fédéral, étatique et municipal). REDE-TB a pour principal objectif de promouvoir la recherche et les activités pédagogiques de manière intégrée afin de contribuer à la lutte contre la tuberculose et la co-infection tuberculose/VIH. Le Ministère des sciences et des technologies et le Ministère de la santé ont invité les chercheurs de REDE-TB à participer à l'élaboration du Programme national de recherche sur la tuberculose en 2004, 2007 et 2010. Les thèmes de recherche ont été définis par les chercheurs de REDE-TB, les coordonnateurs des programmes de lutte contre la tuberculose et contre le sida, et des représentants de la Fondation Oswaldo Cruz (Fiocruz) et de la société civile. En 2004, REDE-TB a lancé un projet de formation à la recherche financé par le NIH. La création de REDE-TB a permis de jeter des ponts entre les chercheurs universitaires, le système de santé publique (en particulier le PNLT), l'industrie et la société civile. Les travaux des chercheurs universitaires, fondés sur la recherche opérationnelle et la recherche sur les systèmes de santé, ont généré des connaissances scientifiques répondant aux besoins locaux. Le réseau a appuyé le PNLT en menant des études revêtant pour ce dernier une importance stratégique, ainsi qu'au travers de comités d'experts sur des questions techniques particulières (par exemple le diagnostic et le traitement de l'ITL).

Source : REDE-TB - www.redetb.org.br.

2.2 Définition des priorités de recherche sur la tuberculose

Après avoir procédé à l'évaluation de la situation, le réseau national de recherche sur la tuberculose devra élaborer une liste des priorités de recherche (Encadré 3B.3) en collaboration étroite avec le PNLT et les principales parties prenantes, notamment celles qui sont le mieux placées pour aborder la tuberculose à l'échelon à la fois national et mondial dans le contexte de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

Ces priorités doivent respecter trois principes fondamentaux : il faut qu'elles soient adaptées aux besoins et aux capacités du pays, qu'elles englobent tout le continuum de la recherche, allant de la recherche fondamentale à la recherche opérationnelle, et qu'elles tirent pleinement parti des actifs du pays.

La liste de priorités se doit d'être réaliste. Plutôt que d'être constituée d'une longue énumération de projets reflétant les intérêts de chacune des parties prenantes, elle se limitera à quelques priorités choisies de sorte à concentrer les efforts et les ressources, ce qui améliorera les chances de succès. Les priorités seront établies pour une période de cinq ans et leur révision fera l'objet d'une procédure clairement définie.

3. Plan de formation à la recherche et de renforcement des capacités

La mise en œuvre du pilier relatif à la recherche suppose que les pays disposent de capacités solides et autonomes pour la recherche sur la tuberculose, tout en tirant parti des possibilités internationales de financement et de formation dont ils ont besoin.

3.1 Formation sur la recherche en santé

Il est important que le pays dispose d'un nombre suffisant de chercheurs qualifiés et qu'une formation supérieure (maîtrise, doctorat) soit dispensée dans les domaines de la recherche opérationnelle, clinique, épidémiologique, biostatistique, ainsi que la recherche en sciences sociales et sur les systèmes de santé. Bien que la plupart des programmes de formation aboutissant à un diplôme traitent de la recherche en santé générale, il est encouragé d'inclure des étudiants, sous supervision, dans la recherche sur la tuberculose.

Il convient que la formation concorde avec les priorités de recherche nationales et que les étudiants et les établissements universitaires nationaux bénéficient d'un soutien adéquat (Encadré 3B.4). Le rôle des autorités publiques doit être clairement défini et une collaboration avec le secteur privé et des groupes de la société civile doit être encouragée. Il est également recommandé aux pays d'explorer les possibilités internationales et régionales de formation et de financement.

ENCADRÉ 3B.3 LE COMITÉ CONSULTATIF DE RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE (TRAC) EN ÉTHIOPIE

Contexte : En 2001, l'Équipe de lutte contre la tuberculose et la lèpre, relevant du Ministère fédéral de la santé, a organisé un atelier exceptionnel de recherche sur la tuberculose (avec l'appui du TDR/OMS et de la Commission éthiopienne des sciences et des technologies), durant lequel le comité TRAC a été chargé de la conduite des activités de recherche dans le pays sur la base des priorités et des besoins nationaux. TRAC est un réseau fonctionnant selon le principe de l'adhésion volontaire, regroupant le PNLT et d'autres départements pertinents du Ministère de la santé, des institutions de recherche publiques, de grands universités nationales, des associations professionnelles et d'autres partenaires clés de la lutte contre la tuberculose. Il compte parmi les principaux organes consultatifs techniques auprès du PNLT et est chargé de définir les priorités de recherche sur la tuberculose et de développer les capacités nationales nécessaires à la conduite de cette recherche. Au cours des 14 dernières années, TRAC a activement participé à la promotion, à la conduite et à la diffusion de la recherche opérationnelle sur la lutte contre la tuberculose et a servi de forum de discussion et d'échange entre les chercheurs et les membres du PNLT en Éthiopie. Le PNLT assume la fonction de Secrétariat de TRAC et la présidence du comité est exercée à tour de rôle par chaque institution membre pour une durée d'un an.

Objectifs : 1) définir les priorités nationales de recherche sur la tuberculose ; 2) créer un environnement favorable à la recherche sur la tuberculose ; 3) analyser la situation actuelle et les problèmes liés à la recherche opérationnelle ou à d'autres formes de recherche sur la tuberculose dans le pays ; 4) recommander des mécanismes efficaces de coordination, de gestion et d'évaluation de la recherche sur la tuberculose, ainsi que de diffusion et d'exploitation des résultats ; 5) identifier les institutions ou organisations offrant des possibilités de financement de la recherche sur la tuberculose ; 6) identifier les besoins relatifs au renforcement des capacités pour faciliter la recherche sur la tuberculose en Éthiopie ; 7) promouvoir la recherche et l'innovation sur la tuberculose à tous les niveaux du système de santé.

Activités : Depuis dix ans, TRAC organise chaque année une conférence sur la recherche, dont le nombre de participants et d'exposés présentés n'a cessé de croître. Des consultations et réunions parallèles sont organisées autour de thèmes particuliers, choisis pour leur incidence sur l'élaboration et l'intensification des services programmatiques au niveau national, et une liste de projets de recherche prioritaires est examinée et approuvée par tous les participants à la conférence. À ce jour, TRAC a organisé 12 cycles de formation sur les méthodes de recherche opérationnelle, auxquels ont participé 240 experts travaillant à tous les niveaux du système de santé dans l'ensemble du pays. TRAC a également offert des cours de formation sur la recherche opérationnelle et a établi un mécanisme d'octroi de bourses de recherche opérationnelle visant à financer des projets de collaboration entre les chercheurs travaillant dans les instituts publics, les universités et les services de prestation des soins. Dans le cadre des activités continues de suivi et d'évaluation, TRAC a entamé un travail de cartographie et d'examen des activités et des publications de recherche opérationnelle sur la tuberculose en Éthiopie, avec la collaboration du PNLT.

3.2 Recrutement et fidélisation des chercheurs travaillant sur la tuberculose

Pour assurer la pérennité de la recherche sur la tuberculose, il est indispensable de fidéliser un nombre critique de chercheurs et de leur garantir un salaire à long terme, des infrastructures adéquates et un financement reposant sur des fonds publics nationaux stables.

3.3 Établissement de liens formels pour favoriser le développement professionnel, le mentorat et la collaboration

L'établissement d'une collaboration formelle entre les chercheurs sur la tuberculose, les établissements de formation, le PNLT et les institutions universitaires internationales de recherche et de formation contribue à renforcer les capacités de recherche. À l'échelle nationale, ce type de collaboration peut susciter l'intérêt à l'égard de la recherche sur la tuberculose, en améliorant la qualité en la rendant plus pertinente pour l'élaboration des politiques, et faciliter l'accès du personnel programmatique aux activités de formation sur la recherche, aidant les étudiants dans leur travail sur le terrain et dans la mise en application des connaissances acquises. L'établissement de liens avec des universités et institutions internationales peut offrir des possibilités de mentorat, renforçant les compétences en matière de recherche et de formation des professeurs et des étudiants de cycle supérieur au niveau national (Encadré 3B.5). Par exemple, en Éthiopie, un chercheur et un membre du personnel du PNLT travaillent en tandem tout au long du processus de recherche, de la planification jusqu'à la mise en œuvre.

ENCADRÉ 3B.4 FINANCEMENT NATIONAL DU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE RECHERCHE : SCIENCES SANS FRONTIÈRES, UN PROGRAMME BRÉSILIEN DE MOBILITÉ UNIVERSITAIRE

Dans le domaine de la recherche, le Brésil fait face à plusieurs défis, en particulier la nécessité d'accroître le nombre de chercheurs titulaires d'un doctorat, d'intensifier les échanges entre le monde universitaire et l'industrie, de promouvoir la collaboration internationale et d'augmenter le nombre de découvertes pouvant être brevetées. À cet effet, le gouvernement brésilien a créé le programme Sciences sans frontières en septembre 2011.⁴ Ses principaux objectifs étaient d'accroître le nombre d'étudiants et de chercheurs brésiliens présents dans les institutions internationales, d'encourager des jeunes talents et des chercheurs éminents de l'étranger à venir travailler au Brésil et de donner aux universités brésiliennes une plus grande ouverture internationale. Le programme avait pour ambition d'accorder des bourses d'étude et de recherche à 100 000 étudiants brésiliens au cours des quatre premières années. En septembre 2014, plus de 70 000 bourses avaient déjà été octroyées. En juillet 2014, le Président brésilien a renouvelé ce programme, avec un financement suffisant pour 100 000 postes supplémentaires pour la période 2015-2019. Au cours des quatre premières années du programme, 64 000 étudiants de premier cycle et 15 000 étudiants de doctorat ont bénéficié de bourses leur permettant de suivre des études dans des institutions internationales pour une période allant jusqu'à un an. Des fonds ont en outre été alloués à 4500 étudiants supplémentaires pour suivre un programme complet de doctorat à l'étranger, à 6440 étudiants pour des études postdoctorales et à 7060 étudiants pour des études de développement et d'innovation technologique. Le programme a également fourni des fonds permettant à 2000 jeunes talents et 2000 chercheurs invités provenant d'institutions internationales de venir travailler au Brésil. La formation offerte porte sur 17 domaines différents, la majorité des bourses étant octroyées dans le domaine de l'ingénierie et des technologies (46 % des postes), suivi des sciences de la santé et des sciences biomédicales (17 % des bourses). Les destinations privilégiées sont les États-Unis (29 % des étudiants), suivis du Royaume-Uni (13 %) et du Canada (9 %).

4. Voir <http://www.cienciasemfronteiras.gov.br/web/cs-f-eng/>.

ENCADRÉ 3B.5 FINANCEMENT INTERNATIONAL DE LA FORMATION À LA RECHERCHE : L'INITIATIVE STRUCTURÉE DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE ET DE FORMATION (SORT IT)

Lancée en 2012, l'initiative SORT IT aide les pays à : 1) mener des activités de recherche opérationnelle correspondant à leurs priorités ; 2) développer des capacités adéquates et durables de recherche opérationnelle dans les programmes de santé publique ; 3) accroître l'acceptation organisationnelle de la recherche opérationnelle et l'utilisation des résultats de la recherche pour améliorer l'efficacité des programmes.

Cette initiative mondiale, dirigée par le programme de recherche sur les maladies tropicales de l'OMS (TDR), appuie les efforts de recherche opérationnelle axés sur la tuberculose, ainsi que sur divers autres domaines de santé publique, notamment le VIH, le paludisme et les maladies tropicales négligées. SORT IT bénéficie du soutien actif de nombreux bailleurs de fonds, tels que le DFID, USAID et la Fondation Bill & Melinda Gates. La mise en œuvre des activités de SORT IT repose sur un partenariat international solide avec d'autres organisations qui ont une expérience en matière de recherche opérationnelle, de renforcement des capacités de recherche et de gestion des connaissances, notamment : l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (l'Union), Médecins sans frontières (MSF), KNCV, les Centers for Disease Control des États-Unis d'Amérique, le réseau EVIPNet et plusieurs institutions universitaires. Les partenaires de SORT IT travaillent en étroite collaboration avec les ministères de la santé et les bureaux régionaux et de pays de l'OMS pour mettre en œuvre les programmes de SORT IT en plusieurs étapes, à savoir : établissement des priorités de recherche et planification du renforcement des capacités ; conduite de travaux prioritaires de recherche opérationnelle par les agents de santé dans le cadre d'un programme modulaire d'un an de formation et de mentorat ; publication et diffusion des résultats de la recherche ; promotion active de la participation des parties prenantes pour favoriser l'application de la recherche dans les politiques et les pratiques ; subventions modestes pour soutenir d'autres travaux de recherche opérationnelle par des agents de santé qualifiés ; et renforcement des capacités de direction grâce à des bourses d'étude en recherche opérationnelle pouvant aboutir à des diplômes d'études supérieures. À la mi-2015, plus de 300 agents de santé dans plus de 75 pays avaient bénéficié d'une formation, mené des travaux de recherche opérationnelle et participé à d'autres activités de SORT IT.

4. Veiller à l'allocation de fonds de fonctionnement adéquats pour la recherche

La réussite des programmes de recherche sur la tuberculose dépend de la présence d'un financement national durable pour diverses activités de recherche, témoignant de l'engagement du pays et attirant les investissements étrangers (Encadré 3B.6), par exemple dans le cadre d'essais multicentriques (Encadré 3B.7). Certains pays seront à même d'investir dans tous les domaines de la recherche sur la tuberculose, tandis que d'autres, dont les ressources sont limitées, devront se concentrer sur des domaines particuliers comme la recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle.

La majeure partie des fonds nationaux consacrés à la recherche sur la tuberculose devrait être dévolue aux priorités définies dans les programmes de recherche nationaux. Cependant, il convient de prévoir une certaine souplesse dans l'allocation des fonds pour permettre à des idées novatrices, proposées par les investigateurs, de voir le jour sur la base des nouveaux résultats ou des nouvelles orientations issues de la recherche. Le financement doit être suffisant pour couvrir les activités de renforcement des capacités (comme la formation et le mentorat), les salaires, les infrastructures, l'entretien des réseaux ou consortiums et les coûts directs de la recherche, notamment pour le personnel, les fournitures, les services et les équipements, ainsi que pour la diffusion des résultats. De nombreux pays à revenu élevé dotés d'un financement public de la recherche en santé utilisent avec succès un processus ouvert et transparent de mise en concurrence pour octroyer des subventions à durée limitée, avec une évaluation externe assurée par des comités d'examen par les pairs.

ENCADRÉ 3B.6 MÉCANISMES NOVATEURS DE FINANCEMENT : PARTENARIATS STRATÉGIQUES D'INNOVATION SANITAIRE (SHIP) DU SOUTH AFRICAN MEDICAL RESEARCH COUNCIL

En 2013, face au besoin urgent de mettre au point de nouvelles interventions ou d'améliorer les interventions existantes pour s'attaquer aux grands problèmes sanitaires de l'Afrique du Sud, le South African Medical Research Council a lancé une initiative de partenariats stratégiques d'innovation sanitaire (SHIP). SHIP s'appuie sur le financement du gouvernement sud-africain pour tirer parti des possibilités de financement international. Les fonds en provenance de ces deux sources viennent appuyer la Stratégie nationale en matière de biotechnologie, qui encourage la recherche et l'innovation. Les principaux objectifs de SHIP sont les suivants :

1. favoriser, financer et gérer le développement de la recherche sur les produits, du stade de la découverte à celui de la validation de principe ;
2. renforcer les capacités de recherche de l'Afrique du Sud pour la mise au point de médicaments nouveaux ou améliorés, de vaccins et autres produits biologiques, de produits de diagnostic et de dispositifs médicaux pour les maladies prioritaires ;
3. établir des partenariats avec les universités locales, les conseils scientifiques et le secteur privé pour faciliter la transition des résultats de recherche du laboratoire vers le marché, entraînant une amélioration des résultats sanitaires ou des avantages sociaux.

En un peu plus de 18 mois, cette nouvelle initiative a attiré un financement international de US \$70 millions de la Fondation Gates, du Wellcome Trust, de Grand Challenges, du Newton Fund et de donateurs du secteur privé. Par exemple, un fonds dans lequel le South African Medical Research Council s'était engagé à verser 30 millions de rands sur une période de trois ans a bénéficié d'un financement jumelé du Medical Research Council du Royaume-Uni et de GlaxoSmithKline dans le cadre d'une collaboration élargie entre le Royaume-Uni et l'Afrique du Sud en matière de recherche scientifique. Les projets financés, actuellement au nombre de 45, portent sur des sujets divers, allant de la découverte des vaccins au renforcement des systèmes de santé en passant par la mise au point de médicaments et de produits, dans les domaines de la tuberculose, du VIH, du paludisme et de la santé de la mère et de l'enfant.

5. Plaider en faveur d'un appui et d'un financement publics de la recherche sur la tuberculose

Les activités de plaidoyer permettent de stimuler l'investissement dans la recherche sur la tuberculose et, de manière plus générale, le financement de la recherche-développement sur la tuberculose en établissant un dialogue constructif avec les donateurs publics et privés, la communauté scientifique, les PNLT et la société civile. Elles peuvent renforcer l'engagement du gouvernement à financer la recherche sur la tuberculose et favoriser l'inclusion des communautés dans la recherche, par exemple en encourageant leur participation aux essais cliniques. Ces activités de plaidoyer sont essentielles ; elles doivent être engagées le plus tôt possible et poursuivies à toutes les étapes du plan national de recherche sur la tuberculose. Elles peuvent être avantageusement menées par toutes les parties prenantes, y compris les ONG nationales (Encadré 3B.8).

ENCADRÉ 3B.7 COLLABORATION ENTRE DES CHERCHEURS DE PAYS À REVENU ÉLEVÉ ET DE PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE, FINANCÉE PAR DES FONDS PUBLICS : REPORT INTERNATIONAL

Depuis longtemps, le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) des National Institutes of Health (NIH) des États-Unis reconnaît la nécessité de renforcer la collaboration et la coordination en matière de recherche sur la tuberculose, un effort désigné comme prioritaire dans la feuille de route internationale pour la recherche sur la tuberculose. C'est en partie pour répondre à ce besoin que le NIAID et ses centres collaborateurs de recherche biomédicale au Brésil, en Inde, en Indonésie et en Afrique du Sud ont lancé l'initiative RePORT International (Regional Prospective Observational Research in Tuberculosis).

L'objectif de RePORT International est d'offrir une plateforme de coordination de la recherche sur la tuberculose en établissant un ensemble commun de normes et de définitions, des cohortes d'observation harmonisées avec des populations clairement caractérisées, des banques consolidées d'échantillons biologiques et des stratégies intégrées de collecte et d'analyse des données. Un protocole commun a été élaboré, accompagné de formulaires de recherche clinique, d'un guide pratique, de définitions des données et d'autres normes pertinentes. Ces documents et les plans d'étude élaborés par RePORT International pourraient à terme servir de modèles pour une collaboration mondiale en matière de recherche clinique sur la tuberculose. Il est prévu que chaque pays participant aide les équipes de recherche locales à établir des cohortes pour RePORT, qui seront disponibles pour des études cliniques visant à étudier des questions ayant une pertinence locale, régionale et internationale. Les investigateurs sont encouragés à collaborer avec des collègues participant à l'établissement de réseaux RePORT nationaux dans d'autres pays afin d'appliquer des protocoles communs, élaborés conjointement, en s'appuyant sur des normes et des pratiques communes, définies en coopération. Cette approche permettra, si besoin est, de mener des essais et des projets de recherche clinique de grande envergure qui ne pourraient pas être réalisés par un groupe isolé. Cette stratégie vise essentiellement à créer un réseau mondial multidimensionnel de recherche sur la tuberculose, financé en commun et susceptible d'apporter des réponses pertinentes, tant sur le plan local que mondial, à des questions majeures. Ce réseau pourrait s'étendre à l'avenir pour inclure de nouveaux collaborateurs.

6. Établir des objectifs intermédiaires et des indicateurs de suivi et d'évaluation

Les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan national de recherche sur la tuberculose doivent être suivis et évalués au moyen d'indicateurs et d'objectifs intermédiaires appropriés. Les indicateurs pourront porter sur le « processus » (comment la recherche sur la tuberculose est renforcée) ou sur le « contenu » (le degré de développement du plan et son incidence sur la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose dans chaque pays).

Les indicateurs de processus (oui/non) consisteront notamment à déterminer :

- si un réseau national de recherche sur la tuberculose a été établi, s'il reçoit des fonds de sources nationales publiques et s'il se réunit régulièrement ;
- si un plan de recherche sur la tuberculose a été élaboré en collaboration avec diverses parties prenantes et s'il est intégré au plan stratégique national de lutte contre la tuberculose ;
- si les priorités nationales en matière de recherche sur la tuberculose ont été définies en collaboration avec diverses parties prenantes et si elles sont largement diffusées ;
- si un plan national de renforcement des capacités de la recherche en santé – comprenant des mécanismes de financement national pour la formation à la recherche en santé et l'amélioration des infrastructures – a été établi, et ;
- si un mécanisme national de financement des coûts de fonctionnement de la recherche sur la tuberculose a été élaboré.

Les indicateurs de contenu porteront notamment sur :

- le nombre de chercheurs titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat ;
- le montant et la nature des fonds de fonctionnement provenant de sources nationales publiques ;
- le nombre d'articles publiés dans des revues internationales à comité de lecture, et ;

- les changements apportés aux stratégies des PNLT, ainsi qu'aux politiques relatives au diagnostic, au traitement ou à la prévention de la tuberculose, en conséquence des travaux de recherche nationaux.

Des objectifs intermédiaires nationaux de suivi et d'évaluation du Pilier 3, à un horizon de cinq ans et de dix ans, sont proposés ci-dessous.

D'ici 2020, tous les pays présentant une importante charge tuberculeuse devraient :

- avoir établi un réseau national de recherche sur la tuberculose, composé au moins des principaux responsables des universités et institutions de recherche nationales, du programme national de lutte contre la tuberculose et de la société civile ;
- avoir incorporé la recherche dans le plan stratégique national de lutte contre la tuberculose et avoir défini les priorités de recherche sur la tuberculose ;
- avoir mis en place des programmes nationaux de formation à la recherche avec l'aide du corps professoral national (avec la capacité, au minimum, d'enseigner la recherche opérationnelle), et ;
- avoir évalué la mise en œuvre de la recherche sur la tuberculose dans le cadre du plan stratégique national.

D'ici 2025, tous les pays présentant une importante charge tuberculeuse devraient :

- avoir élaboré et mis en œuvre un plan national de recherche sur la tuberculose, doté d'un programme de recherche axé sur des priorités spécifiques à la tuberculose dans le cadre d'un programme plus général de recherche en santé. Ce plan s'appuiera sur une cartographie des ressources et des activités et fera l'objet d'une révision et d'une mise à jour tous les cinq ans selon une procédure définie ;
- avoir établi des mécanismes nationaux durables de financement de la recherche sur la tuberculose couvrant un large éventail d'activités (de la recherche fondamentale à la recherche opérationnelle, selon les ressources et les capacités de recherche du pays) en s'appuyant sur les programmes de recherche nationaux nouvellement élaborés ;
- avoir développé d'importantes capacités de recherche sur la tuberculose, notamment par des activités de formation, de mentorat et d'aide au développement professionnel, avec une définition claire des rôles dévolus aux organismes publics, aux PNLT, aux universités ou institutions de recherche, au secteur privé et aux ONG, et ;
- avoir habilité une communauté solide et autonome de chercheurs sur la tuberculose (formant une masse critique dans le pays) qui sera productive, répondra aux priorités nationales et aura établi des liens avec des plateformes régionales et des réseaux internationaux de recherche.

ENCADRÉ 3B.8 LE RÔLE DES ONG DANS LE PILIER 3

Les ONG peuvent jouer un rôle déterminant dans la promotion de la recherche sur la tuberculose, en particulier dans les domaines suivants :

- activités dynamiques et ciblées de plaidoyer visant à accroître la participation de divers acteurs à la recherche sur la tuberculose au niveau national ;
- participation active dans les réseaux de recherche sur la tuberculose ;
- élaboration du plan de recherche national sur la tuberculose ;
- obtention d'un engagement entier du gouvernement à assurer un financement public durable de la recherche sur la tuberculose et des activités de renforcement des capacités de recherche ;
- mobilisation de toutes les parties prenantes pour la mise en œuvre du plan de recherche sur la tuberculose ;
- suivi de la mise en œuvre du plan national de recherche sur la tuberculose, et ;
- renforcement de la participation communautaire à la recherche.

Les efforts de plaidoyer doivent être engagés le plus tôt possible et poursuivis durant toutes les phases du plan national.

LA VISION SUR 10 ANS

Pour atteindre les cibles fixées à l'horizon 2030/2035 dans la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose, il sera nécessaire d'intensifier les activités de recherche afin de mettre au point de nouveaux outils et de nouvelles stratégies pour combattre la maladie, notamment des tests diagnostiques rapides, sensibles et réalisables sur le lieu des soins, des schémas thérapeutiques de plus courte durée pour traiter la maladie et l'ITL, et un vaccin efficace. Ces nouveaux outils, ainsi que toute autre innovation, doivent reposer sur des travaux pertinents de recherche épidémiologique, de recherche sur les systèmes de santé et de recherche opérationnelle, condition nécessaire à leur adoption et à leur utilisation à grande échelle. Pour que cette vision soit réalisée, il faudra, au cours des dix prochaines années, que les pays à forte charge tuberculeuse assument progressivement un rôle de premier plan dans les efforts de recherche sur la tuberculose, en garantissant un financement suffisant de ces activités au travers d'investissements publics nationaux (en particulier dans les pays à revenu intermédiaire qui ont une forte charge tuberculeuse, dont les BRICS) et en renforçant les capacités nationales par une collaboration internationale dans le contexte plus général de la recherche en santé. Il est également crucial que les pays à revenu élevé et leurs institutions intensifient leur engagement et leurs investissements dans la recherche sur la tuberculose, notamment dans des activités de recherche pluridisciplinaires, pour éliminer certains obstacles à l'élimination de la maladie, et qu'ils établissent des relations de collaboration et de soutien avec les institutions de pays à forte incidence. La réalisation de cette vision dépend également de la volonté durable de la communauté mondiale de faire de la santé une priorité en matière de développement, ainsi que de son engagement pour la recherche et l'innovation dans le monde entier.

Le **Cadre d'action mondial pour la recherche sur la tuberculose** a été élaboré pour réaliser cette vision sur 10 ans, avec deux objectifs fondamentaux :

1

promouvoir, améliorer et intensifier les activités d'innovation et de recherche sur la tuberculose au niveau national, en mettant l'accent sur les pays à revenu faible ou intermédiaire, grâce à l'élaboration de plans nationaux de recherche sur la tuberculose et au renforcement des capacités de recherche ;

2

promouvoir, améliorer et stimuler la recherche sur la tuberculose au niveau mondial par un travail de plaidoyer, le partage des innovations, une discussion sur les priorités mondiales en matière de recherche sur la tuberculose et la mise en place de réseaux régionaux et internationaux de recherche et de renforcement des capacités.

Ce cadre définit les principes d'action pour la recherche sur la tuberculose et formule des recommandations quant aux rôles, aux responsabilités et aux résultats attendus de la part des principales parties prenantes, tant au niveau mondial que national. Il est conçu pour être utilisé par un large éventail de personnes et de groupes, notamment les ministères de la santé et les PNLT, les ministères des sciences et des technologies, les instituts de recherche nationaux, les établissements universitaires, les chercheurs, les bailleurs de fonds et organismes techniques nationaux et internationaux, les ONG et la société civile.

Ce cadre est structuré en trois parties :

Partie I :

Renforcement de la recherche sur la tuberculose dans les pays à revenu faible ou intermédiaire les plus durement touchés par la maladie

Partie II :

Appuyer et faciliter la recherche au niveau mondial

Partie III :

Le rôle de l'OMS

CADRE D'ACTION MONDIAL

BREF APERÇU DES OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES ET RÉSULTATS ATTENDUS



PAYS

2020

TOUS LES PAYS À FORTE CHARGE TUBERCULEUSE DEVRONT :

- avoir établi un réseau national de recherche sur la tuberculose ;
- avoir incorporé la recherche dans le plan stratégique national de lutte contre la tuberculose ;
- avoir établi une liste des priorités nationales en matière de recherche sur la tuberculose ;
- avoir mis en place des programmes nationaux de formation à la recherche.

2025

TOUS LES PAYS À FORTE CHARGE TUBERCULEUSE DEVRONT :

- avoir élaboré et mis en œuvre un plan national de recherche sur la tuberculose ;
- avoir établi des mécanismes durables de financement national de la recherche sur la tuberculose ;
- avoir développé d'importantes capacités de recherche sur la tuberculose ;
- avoir habilité une communauté solide et autonome de chercheurs sur la tuberculose.



NIVEAU
MONDIAL

RÉSULTATS ATTENDUS :

- au moins trois nouveaux réseaux transnationaux de recherche sur la tuberculose auront été établis ;
- au moins trois grandes études de collaboration multicentriques et transversales auront été engagées ;
- au moins deux mécanismes novateurs de financement auront été mis en œuvre ;
- le financement intégral des activités de recherche sur la tuberculose sera assuré au moins dans les pays BRICS.

RÉSULTATS ATTENDUS :

- les pays à revenu élevé auront renforcé leur engagement et leurs investissements dans les activités de recherche et développement (R&D) sur la tuberculose ;
- des mécanismes propices à la constitution de réseaux mondiaux de R&D sur la tuberculose auront été mis en place ;
- des mécanismes novateurs de financement auront été mis en œuvre pour améliorer la R&D sur la tuberculose ;
- au moins cinq grands projets de recherche collaboratifs, multicentriques et transversaux auront été menés.



OMS

L'OMS DEVRA :

- avoir collaboré avec au moins trois pays types pour élaborer et mettre en œuvre un plan national de recherche sur la tuberculose ;
- avoir organisé une réunion avec plusieurs pays pour tirer les enseignements de l'expérience des pays types ;
- avoir publié une version mise à jour du Cadre d'action mondial pour la recherche sur la tuberculose ;
- avoir publié des études de cas relatives à l'investissement dans la recherche sur la tuberculose ;
- avoir inclus une description des progrès réalisés en R&D à l'échelle nationale dans le Rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde.

L'OMS DEVRA :

- avoir aidé les pays à forte charge tuberculeuse à élaborer et mettre en œuvre un plan national de recherche sur la tuberculose ;
- avoir collaboré avec les pays et les bailleurs de fonds nationaux et internationaux pour élargir la base de financement le long du continuum de recherche sur la tuberculose ;
- avoir aidé les pays à développer d'importantes capacités de recherche sur la tuberculose ;
- avoir soutenu la création de plateformes régionales et de réseaux internationaux de recherche sur la tuberculose ;
- avoir inclus une description des progrès réalisés en R&D à l'échelle nationale dans le Rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde.

EXEMPLES D'INDICATEURS POUR LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE : PILIER 3

INDICATEUR	CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA MESURE
INDICATEURS D'IMPACT	
<p>POURCENTAGE DE NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE QUI ONT ÉTÉ DÉPISTÉS À L'AIDE D'UN TEST RAPIDE RECOMMANDÉ PAR L'OMS</p> <p>Nombre de patients (cas nouveaux et rechutes) soumis à un test rapide recommandé par l'OMS au moment du diagnostic, divisé par le nombre total de patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes), exprimé sous forme de pourcentage.</p>	<p>Exige la collecte de données de routine supplémentaires par rapport au cadre d'enregistrement et de notification de 2013 de l'OMS. La mise en place de systèmes électroniques d'enregistrement et de notification des cas facilite l'ajout de nouveaux paramètres parmi les données de routine recueillies.</p>
<p>COUVERTURE THÉRAPEUTIQUE PAR LES NOUVEAUX ANTITUBERCULEUX</p> <p>Nombre de patients tuberculeux traités selon un protocole qui inclut de nouveaux médicaments antituberculeux, divisé par le nombre de cas notifiés justiciables d'un traitement par ces nouveaux antituberculeux, exprimé sous forme de pourcentage.</p>	
INDICATEURS DE PROCESSUS	
<p>ÉTABLISSEMENT D'UN RÉSEAU NATIONAL DE RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE BÉNÉFICIAIRE D'UN FINANCEMENT DURABLE ET SE RÉUNISSANT RÉGULIÈREMENT (OUI/NON)</p>	<p>Établissement d'un réseau national de recherche sur la tuberculose</p>
<p>UN PLAN NATIONAL DE RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE, AVEC DES PRIORITÉS DE RECHERCHE DÉFINIES, A ÉTÉ ÉLABORÉ EN COLLABORATION AVEC DIVERSES PARTIES PRENANTES ET EST INTÉGRÉ AU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (OUI/NON)</p>	<p>Disponibilité d'un plan national de recherche sur la tuberculose</p>
<p>UN MÉCANISME DURABLE DE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE A ÉTÉ ÉLABORÉ ET MIS EN PLACE (OUI/NON)</p>	<p>Importance des ressources financières et présence d'un mécanisme clair et transparent d'accès à ces ressources</p>
<p>UN MÉCANISME DURABLE DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE EST EN PLACE (OUI/NON)</p>	<p>Établissement d'un mécanisme durable de renforcement des capacités</p>
<p>NOMBRE D'ÉTUDES DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE MENÉES POUR FACILITER LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE</p>	<p>Recherche opérationnelle sur la tuberculose et résultats obtenus</p>
<p>CHANGEMENTS APPORTÉS AUX STRATÉGIES DU PNLT EN CONSÉQUENCE DE LA RECHERCHE MENÉE DANS LE PAYS (OUI/NON – TYPE DE CHANGEMENT)</p>	<p>Nouvelles politiques/stratégies tenant compte des résultats de la recherche opérationnelle</p>

Remarque : Une liste détaillée des indicateurs est en cours de préparation et sera publiée en ligne prochainement.

Références

Partie I

1. Documents de l'Assemblée mondiale de la Santé 67. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA67/A67_11-fr.pdf
2. Objectifs de développement durable des Nations Unies (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, consulté le 19 août 2015)
3. WHO TB Programme: framework for effective tuberculosis control. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO/TB/94.179)
4. The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.368)
5. Rapport 2015 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/
6. Orientations sur l'éthique en matière de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (WHO/HTM/TB/2010.16). Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44707/1/9789242500530_fre.pdf

Partie II

1. Floyd K et al. Post-2015 global tuberculosis targets: definition and rationale (soumis pour publication)
2. Checklist of standards and benchmarks for TB surveillance and vital registration systems. World Health Organization, 2014. Disponible à l'adresse : www.who.int/tb/publications/standardsandbenchmarks/en/
3. Tuberculosis prevalence surveys: a handbook. World Health Organization, 2010 (WHO/HTM/TB/2010.17). Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/resources_documents/thelimebook
4. Définitions et cadre de notification pour la tuberculose - révision 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/110724/1/9789242505344_fre.pdf
5. Electronic recording and reporting for TB care and control. Geneva, World Health Organization, 2011 (WHO/HTM/TB/2011.22). Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/electronic_recording_reporting
6. Assessing tuberculosis underreporting through inventory studies. World Health Organization, 2012 (WHO/HTM/TB/2012.12). Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/inventory_studies/en/index.html
7. Protocol for a survey to estimate the proportion of TB patients who experience catastrophic costs. Geneva, World Health Organization, 2015
8. La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial – Cadre, mesure et objectifs. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Groupe de la Banque mondiale, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2014
9. Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information: guidance for a standards-based review of country practices. World Health Organization, 2010. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/healthinfo/tool_cod_2010.pdf
10. Strengthening civil registration and vital statistics for births, deaths and causes of death. World Health Organization, 2012. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/healthinfo/CRVS_ResourceKit_2012.pdf

Partie III - Pilier 1

1. Standard Operating Procedures for Culture DST and Molecular Resistance Testing: Challenge TB [cité le 14 octobre 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.challengetb.org/library/lab>
2. Training Package on XPERT MTB/RIF. Global Laboratory Initiative. Disponible à l'adresse : http://www.stoptb.org/wg/gli/TrainingPackage_Xpert_MTB_RIF.asp
3. Quality Management Systems. GLI Stepwise Process towards TB laboratory accreditation. Global Laboratory Initiative [cité le 14 octobre 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.gliquality.org/>
4. TB Microscopy Network Accreditation - An Assessment Tool. Global Laboratory Initiative, 2013. Disponible à l'adresse : http://www.stoptb.org/wg/gli/assets/documents/TBMicroscopy_Network_Accreditation_Web.pdf

5. Laboratory Diagnosis of Tuberculosis by Sputum Microscopy - The Handbook. Adelaide, Global Laboratory Initiative, 2013. Disponible à l'adresse : http://www.stoptb.org/wg/gli/assets/documents/TB_MICROSCOPY_HANDBOOK_FINAL.pdf
6. Mycobacteriology laboratory manual. Global Laboratory Initiative, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.stoptb.org/wg/gli/assets/documents/gli_mycobacteriology_lab_manual_web.pdf
7. Training packages on Culture, DST and IPA. Global Laboratory Initiative [cité le 14 octobre 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.stoptb.org/wg/gli/documents.asp?xpan=2>
8. Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Adaptation and Implementation Guide for Recommendations for Investigating Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis in Low- and Middle-income Countries. The Hague, TB CARE I, 2015. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf
9. A Practical Handbook for National TB Laboratory Strategic Plan Development: Laboratory Tools. TBCARE I, 2013. Disponible à l'adresse : http://www.stoptb.org/wg/gli/assets/documents/Lab_Strategic_Handbook.pdf
10. Handbook for district hospitals in resource constrained settings on quality assurance of chest radiography. The Hague, Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2008. Disponible à l'adresse : <http://www.tbcta.org/library/#149>
11. Handbook for district hospitals in resource constrained settings for the quality improvement of chest X-ray reading in tuberculosis suspects. The Hague, Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2010. Disponible à l'adresse : <http://www.tbcta.org/library/#217>
12. 2014 Tuberculosis Diagnostics Technology and Market Landscape, 3rd ed. UNITAID, 2014 [cité le 14 octobre 2015]. Disponible à l'adresse : <http://unitaid.org/en/rss-unitaid/1392-tuberculosis-diagnostics-technology-and-market-landscape-3rd-edition>
13. WHO-TB Planning and budgeting tool. World Health Organization [cité le 14 octobre 2015]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool/en/
14. WHO TB Supranational Reference Laboratory Network. World Health Organization [cité le 14 October 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/tb/laboratory/srl-network/en/>
15. ScreenTB - target prioritization and strategy selection for tuberculosis screening (active case finding) [Internet]. World Health Organization Western Pacific Region Office. [cité le 14 octobre 2015]. Disponible à l'adresse : https://wpro.shinyapps.io/screen_tb/
16. Commercial liquid culture and DST systems: For use at central/regional reference laboratory level, as current reference standard. Geneva, World Health Organization, 2007. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/laboratory/policy_liquid_medium_for_culture_dst/en/
17. Policy guidance on drug-susceptibility testing (DST) of second-line antituberculosis drugs. Geneva, World Health Organization, 2008. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/2008/whohtmb_2008_392/en/
18. Commercial molecular line probe assays for 1st-line anti-TB drugs: For use at central/regional reference laboratory level for rapid detection of rifampicin (alone or with isoniazid) resistance. Suitable for use on smear-positive specimens or culture isolates. Geneva, World Health Organization, 2008. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/laboratory/line_probe_assays/en/
19. Guidance for countries on the specifications for managing TB laboratory equipments and supplies. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44798/1/9789241503068_eng.pdf
20. LED microscopy: For use at all laboratory levels as replacement of conventional fluorochrome and light microscopy. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponible à l'adresse : http://whqibdoc.who.int/publications/2011/9789241501613_eng.pdf
21. Noncommercial culture and drug-susceptibility testing methods for screening patients at risk for multidrugresistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44601/1/9789241501620_eng.pdf
22. Expert Group meeting report: The use of Molecular Line Probe Assay for the detection of resistance to second-line anti-TB drugs. Geneva, World Health Organization, 2013. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78099/1/WHO_HTM_TB_2013.01_eng.pdf
23. Technique automatisée d'amplification de l'acide nucléique en temps réel pour la détection rapide et simultanée de la tuberculose et de la résistance à la rifampicine : utilisation du test Xpert MTB/RIF pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose extrapulmonaire chez l'adulte et chez l'enfant. Mise à jour de la politique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145681/1/9789242506334_fre.pdf
24. Manuel de mise en œuvre du test Xpert MTB/RIF. Guide technique et opérationnel : considérations pratiques. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/xpert_implem_manual/en/
25. Implementing tuberculosis diagnostics. Policy framework. Geneva, World Health Organization, 2015. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/implementing_TB_diagnostics/en/

26. Laboratory services in tuberculosis control. Geneva, World Health Organization, 1998. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/who_tb_98_258/en/
27. Early detection of tuberculosis - An overview of approaches, guidelines and tools. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponible à l'adresse : <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/70824?mode=full>
28. Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide. Geneva, World Health Organization, 2015. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181164/1/9789241549172_eng.pdf?ua=1&ua=1
29. Systematic screening for active tuberculosis: Principles and recommendations. Geneva, World Health Organization, 2013. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84971/1/9789241548601_eng.pdf?ua=1&ua=1
30. Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Geneva, World Health Organization, 2012. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf
31. Practical Approach to Lung Health Manual on initiating PAL implementation. Geneva, World Health Organization, 2008. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69937/1/WHO_HTM_TB_2008.410_eng.pdf
32. Guidelines for Treatment of Tuberculosis, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2009. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
33. Tuberculose: lignes directrices relatives à la surveillance de la pharmacorésistance, 4^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44410/1/9789242598674_fre.pdf
34. Politique de l'OMS pour la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives et les ménages. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44429/1/9789242598322_fre.pdf
35. Orientations sur l'éthique en matière de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44707/1/9789242500530_fre.pdf
36. Guidelines for programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501583_eng.pdf?ua=1
37. Pharmacovigilance des médicaments utilisés dans le traitement de la tuberculose : guide pratique. Améliorer la sécurité du patient tuberculeux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21835fr/s21835fr.pdf>
38. The use of bedaquiline in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Interim policy guidance. Geneva, World Health Organization, 2013. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84879/1/9789241505482_eng.pdf
39. Tuberculose de l'enfant : feuille de route. Objectif zéro décès. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204379/1/9789242506136_fre.pdf
40. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/pmdt_companionhandbook/en/
41. Guidance for National Tuberculosis Programmes on the Management of Tuberculosis in Children, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2014. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112360/1/9789241548748_eng.pdf
42. Résolution 62.15 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/entity/tb/features_archive/wha62_15_tb_resolution/en/index.html
43. Principes directeurs à l'intention des programmes antituberculeux pour la prise en charge des tuberculoses pharmacorésistantes, mise à jour d'urgence pour 2008. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
44. Framework for the engagement of all health care providers in the management of drug resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/tb/publications/public-private-mix-drug-resistant-tb/en/>
45. Childhood TB Training. Facilitator manual. Geneva, World Health Organization, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/challenges/Child_TB_Training_toolkit_web.pdf
46. Digital health for the End TB strategy: an agenda for action. Geneva, World health Organization, 2015 (WHO/HTM/TB/2015.21). Disponible à l'adresse : http://www.who.int/entity/tb/areas-of-work/digital-health/Digital_health_EndTBstrategy.pdf?ua=1
47. Active tuberculosis drug-safety monitoring and management (aDSM): framework for implementation. (WHO/HTM/TB/2015.28)
48. Dharmadhikari AS et al. Rapid impact of effective treatment on transmission of multidrug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014;18(9):1019-25

49. Barrera E, Livchits V, Nardell E. F-A-S-T: a refocused, intensified, administrative tuberculosis transmission control strategy. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015;19(4):381-4
50. Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84202/1/9789242504842_fre.pdf
51. Trois systèmes intégrés de suivi du patient pour les soins VIH/TAR, SMI/PTME (y compris la prévention contre le paludisme au cours de la grossesse), et la co-infection TB/VIH : données minimum standardisées et outils illustratifs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hiv/pub/me/patient_monitoring_systems/fr/
52. Rapport 2015 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/
53. Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH : principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/
54. Gupta RK et al. Prevalence of tuberculosis in post-mortem studies of HIV-infected adults and children in resource-limited settings: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2015;29(15):1987-2002
55. Utilisation du test Xpert MTB/RIF pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose extrapulmonaire chez l'adulte et chez l'enfant : mise à jour de la politique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145681/1/9789242506334_fre.pdf
56. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
57. Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/tb/9789241500708/fr/>
58. Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH, révision 2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/m_and_e_document_page/fr/
59. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. *The New England Journal of Medicine [Internet].* 2015; 373:[808-22 pp.]. Disponible à l'adresse : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1507198>
60. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/fr/>
61. Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/fr/>
62. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, World Health Organization, 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>
63. Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente. Organisation mondiale de la Santé, 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/tb/publications/latent-tuberculosis-infection/fr/>
64. Nutritional care and support for people with Tuberculosis Guideline. Geneva, World Health Organization, 2013. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/nutcare_support_patients_with_tb/en/
65. Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes. Geneva, World Health Organization and The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2011. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/diabetes/publications/tb_diabetes2011/en/
66. Practical Approach to Lung health (PAL): a primary health care strategy for integrated management of respiratory conditions in people of five years of age and over. Geneva, World Health Organization, 2005. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69035>
67. A WHO/The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. Geneva, World Health Organization, 2007. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf
68. Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/tb/publications/latent-tuberculosis-infection/fr/>
69. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Geneva, World Health Organization, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/elimination_framework/en/
70. WHO Informal Consultation on Standardization and Evaluation of BCG Vaccines. Geneva, World Health Organization, 2009. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/biologicals/publications/meetings/areas/vaccines/bcg/BCG_mee-ting_report_2009v7_FOR_WEB_10JUNE.pdf?ua=1

Pilier 2

1. Toolkit to develop a National Strategic Plan for TB prevention, care and control. Geneva, World Health Organization, 2015 (WHO/HTM/TB/2015.08)
2. Cadre pour l'examen des programmes de lutte contre la tuberculose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (WHO/HTM/TB/2014.05).
3. Voir http://www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool/en/
4. Voir <http://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>
5. ENGAGE-TB : directives opérationnelles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (WHO/HTM/TB/2012/8)
6. ENGAGE-TB : directives opérationnelles. Geneva, World Health Organization, 2012 (WHO/HTM/TB/2012/8)
7. Faire participer tous les prestataires de soins de santé à la lutte antituberculeuse. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70228/1/WHO_HTM_TB_2006.360_fre.pdf)
8. A tool-kit to scale up PPM. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.stoptb.org/wg/dots_expansion/ppm/assets/flash/index.html)
9. PPM pour traiter et lutter contre la tuberculose : mécanisme d'évaluation de la situation nationale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (WHO/HTM/TB/2007.391).
10. Guidance on inventory studies to assess TB under-reporting. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78073/1/9789241504942_eng.pdf)
11. Guidance on PPM for TB/HIV. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HTM_TB_2008.408_eng.pdf)
12. Expert consultation meeting on public-private mix for management of drug-resistant TB. World Health Organization, 2014
13. International Standards for TB Care (http://www.who.int/tb/publications/ISTC_3rdEd.pdf?ua=1)
14. Contributing to health system strengthening - Guiding principles for national tuberculosis programmes. Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HTM/TB/2008.400)
15. Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010
16. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007
17. Standards and benchmarks for tuberculosis surveillance and vital registration systems: checklist and user guide. Geneva, World Health Organization. 2014 (WHO/HTM/TB/2014.02). (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/112673/1/9789241506724_eng.pdf)
18. Politique de l'OMS pour la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives et les ménages. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.419). (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44429/1/9789242598322_fre.pdf)
19. Voir http://www.who.int/csr/resources/publications/AM_CoreCom_IPC.pdf
20. Tanimura T et al. Financial burden for tuberculosis patients in low- and middle-income countries – a systematic review. ERJ 2014; 43: 1763–1775
21. Lönnroth K et al. Tuberculosis - the role of risk factors and social determinants. In: Blas E, Sivasankara Kurup A (Eds). Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization, 2010.
22. List of occupational diseases (revised 2010). Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. Occupational Safety and Health Series, No. 74. Geneva, International Labour Office, 2010.

Pilier 3

1. WHO and Stop TB Partnership. An international roadmap for tuberculosis research. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponible à l'adresse : <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/tbresearchroadmap.pdf>
2. WHO, Stop TB Partnership, Global Funds Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. Priorities in operational research to improve tuberculosis care and control. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponible à l'adresse : http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/StopTB_Guide.pdf
3. WHO. A Global Action Framework for TB research in support of the third pillar of WHO's end TB strategy. Geneva, World Health Organization, 2015. <http://www.who.int/tb/publications/global-framework-research/en/>
4. Partenariat Halte à la tuberculose. Plan mondial Halte à la tuberculose 2016-2020 - en préparation
5. Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (WHO/HTM/TB/2014.08). Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf

Annexe 1

Méthodes d'établissement de projections en vue de définir les cibles nationales

Étape 1

Le déclin annuel du taux d'incidence de la tuberculose est calculé pour l'année de référence n_0 (2015 dans le cas présent) et désigné par c_0 . Dans le Tableau 2, $c_0 = -0,025$ (déclin de -2,5 %/an). La réduction ciblée du taux d'incidence d'ici l'année cible n_t est $c_t = -0,1$ (déclin annuel de 10 % d'ici 2025). Nous prenons comme hypothèse que le déclin s'accélérera de c_0 à c_t à un taux constant. La valeur du déclin c_n pour l'année n peut être obtenue par interpolation exponentielle selon l'équation

$$c_n = c_0 (c_t / c_0)^{((n - n_0) / (n_t - n_0))}, \quad n_0 < n < n_t \quad (1)$$

La même méthode peut être employée pour calculer la série de déclin annuel de l'incidence entre 2025 (nouvelle année de référence n_0) et 2035 (nouvelle année cible n_t) en utilisant une valeur cible de -0,3 pour 2035.

Étape 2

La même méthode d'interpolation que ci-dessus est utilisée pour obtenir le taux de létalité F_n en remplaçant c par F dans l'équation (1).

Étape 3

Le taux d'incidence I_n pour l'année n est obtenu à partir du taux d'incidence de l'année précédente, I_{n-1} , au moyen de la récurrence

$$I_n = I_{(n-1)} \cdot e^{c_n} \quad (2)$$

où e est une constante mathématique qui est la base du logarithme naturel (approximativement 2,718)

Étape 4

Le taux de mortalité M_n pour l'année n est obtenu en multipliant le taux de létalité F_n par le taux d'incidence :

$$M_n = F_n \cdot I_n \quad (3)$$

Étape 5

Le nombre de décès dus à la tuberculose chaque année est obtenu selon la méthode habituelle en multipliant le taux de mortalité annuel par la taille moyenne de la population pour l'année en question, divisé par 10^5 .

Annexe 2

Liste de contrôle proposée pour évaluer la situation de la recherche sur la tuberculose dans le pays à des fins de préparation et de planification

Objectif : Cette liste de contrôle est destinée à aider les pays à évaluer la situation de la recherche sur la tuberculose en vue d'élaborer une stratégie nationale de recherche sur la tuberculose. Elle peut être utilisée par les administrateurs des PNL, les principales parties prenantes (universités) et les consultants externes, ou durant une mission de suivi.

Les questions appellent une réponse simple par « oui » ou « non », mais certaines requièrent des explications complémentaires. Si des documents sont disponibles pour répondre à certaines questions, ou à un ensemble de questions, il convient d'en fournir la référence ou de les inclure en pièces jointes.

DOMAINE	Questions / évaluation	Oui/ Non	Oui - à renforcer	Non - à établir
PLANIFICATION ET ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS	<p>1. Un recensement des travaux actuels de recherche sur la tuberculose dans le pays a-t-il été réalisé au cours des 10 dernières années¹ ?</p> <p>Si oui, ce recensement incluait-il les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un réseau de recherche associé au PNL - un plan stratégique national de recherche en santé doté de priorités relatives à la tuberculose - le financement (pour les coûts de fonctionnement, la formation, les infrastructures et le salaire des investigateurs) - une liste des chercheurs et des institutions participant à la recherche sur la tuberculose - une formation nationale ou internationale à la recherche sur la tuberculose 			
	<p>2. Existe-t-il actuellement un réseau national de recherche sur la tuberculose ?</p> <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inclut-il des chercheurs nationaux et internationaux travaillant sur la tuberculose ? - inclut-il des responsables de la santé publique, en particulier des points focaux (ou administrateurs) du programme de lutte antituberculeuse ? - inclut-il des représentants du secteur privé – industrie, ONG ? - aborde-t-il tous les types de recherche ou se limite-t-il à certains domaines (recherche opérationnelle, épidémiologique) ? - est-il relié de manière formelle à d'autres pays de la région pour promouvoir la recherche sur la tuberculose/la recherche en santé ? 			
	<p>3. Un plan stratégique national de recherche sur la tuberculose a-t-il été élaboré¹ ?</p> <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inclut-il les éléments suivants ? <ul style="list-style-type: none"> - formation - financement - établissement de réseaux - définition des priorités - le plan a-t-il été élaboré en collaboration avec diverses parties prenantes² ? - un processus d'examen et de révision régulière du plan a-t-il été défini ? <ul style="list-style-type: none"> - si oui, avec quelle fréquence ? 			

1. Si oui, joindre le document/rapport.

2. au moins avec des chercheurs, des universités nationales, des responsables du gouvernement/du programme de lutte contre la tuberculose et des représentants des communautés et du secteur privé.

DOMAINE	Questions / évaluation	Oui/ Non	Oui - à renforcer	Non - à établir
PLANIFICATION ET ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS	<p>4. Des priorités nationales en matière de recherche sur la tuberculose ont-elles été établies ?*</p> <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par quel groupe (donner la liste des acteurs impliqués) ? - en quelle année ? 			
CAPACITÉS DE RECHERCHE	<p>5. Combien le pays compte-t-il de chercheurs à temps plein (et d'investigateurs indépendants) travaillant sur la tuberculose ?</p> <p>0 1-9 10-19 20-29 30-49 50</p>			
	<p>6. Y a-t-il dans le pays des institutions dotées d'installations physiques et de ressources humaines adaptées à la conduite de la recherche sur la tuberculose ?</p> <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel en est le nombre, selon les catégories suivantes ? universités : _ _ _ instituts de recherche : _ _ _ programmes de lutte antituberculeuse/de santé publique : _ _ _ autre (préciser) : _ _ _ - combien sont considérés comme centres nationaux de recherche sur la tuberculose ? 			
FORMATION À LA RECHERCHE	<p>7. Existe-t-il des universités nationales offrant un programme d'études supérieures sur la recherche en santé ?</p> <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au niveau maîtrise ? - au niveau doctorat ? - certains de ces programmes sont-ils spécifiquement axés sur la recherche sur la tuberculose ? - existe-il des programmes d'études supérieures sur la recherche clinique/épidémiologique/biostatistique ? - existe-il des programmes d'études supérieures sur la recherche fondamentale (p. ex. biologie moléculaire, génétique, immunologie) ? 			
	<p>8. Existe-t-il des liens formels entre le programme de lutte contre la tuberculose et les universités/instituts nationaux d'études supérieures sur la recherche³ ?</p>			
	<p>9. Existe-t-il des liens formels entre le programme de lutte contre la tuberculose et des universités/instituts internationaux d'études supérieures sur la recherche ?</p> <p>Si oui, avec quelles universités : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
FINANCEMENT DE LA RECHERCHE	<p>10. Existe-t-il un mécanisme de financement national (public) des coûts de fonctionnement pour la recherche sur la tuberculose (accessible aux chercheurs en santé et aux chercheurs sur la tuberculose) ?</p> <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'agit-il d'un mécanisme de mise en concurrence, avec examen par les pairs ? - l'appel à candidatures a-t-il lieu : une fois par an/deux fois par an/autre ? - depuis combien d'années ce mécanisme de financement est-il en place ? - quelle est la somme totale octroyée chaque année (montant et devise) ? _____ - quelle est la source de financement (ministère/organisme national) ? _____ - autres ministères ? préciser : _____ - existe-t-il d'autres mécanismes ? préciser : _____ 			

3. Cela signifie qu'il existe des accords pour dispenser une formation à la recherche au personnel du PNLT et des accords formels offrant une expérience de travail sur le terrain aux étudiants dans le cadre du programme de lutte antituberculeuse.

DOMAINE	Questions / évaluation	Oui/ Non	Oui - à renforcer	Non - à établir
FINANCEMENT DE LA RECHERCHE	11. Existe-t-il d'autres sources de financement de la recherche en santé (ou sur la tuberculose en particulier) ? Si oui, préciser : _____			
	12. Existe-t-il un financement national des infrastructures de recherche sur la tuberculose (installations, équipements, ressources humaines) ?			
	13. Existe-t-il un programme national (public) offrant spécifiquement un soutien à la rémunération des chercheurs sur la tuberculose (ou chercheurs en santé) ? Si oui : - est-il axé sur les universités ou instituts de recherche (c'est-à-dire un financement global de ces institutions, qui embauchent ensuite des chercheurs sous contrat) ? - s'agit-il d'un financement national par mise en concurrence pour le soutien à la rémunération des chercheurs en santé/sur la tuberculose ? - s'agit-il d'un mécanisme ouvert, avec examen par les pairs ? - l'appel à candidatures a-t-il lieu : une fois par an/deux fois par an/autre ? - depuis combien d'années ce mécanisme de financement est-il en place ? - quelle est la somme totale octroyée chaque année (montant et devise) ? _____ - source de financement : - quel ministère fournit les fonds ? _____ - autres ministères ? préciser : _____ - existe-t-il d'autres mécanismes ? préciser : _____			
	14. Existe-t-il un financement national pour la formation à la recherche sur la tuberculose (ou la recherche en santé) ? Si oui, - au niveau maîtrise - au niveau doctorat - seulement dans les universités nationales (formation dans le pays) - dans les universités nationales et internationales			
	15. Existe-t-il un financement de la part des industries nationales (médicaments/ produits de diagnostic/vaccins) pour la recherche sur la tuberculose ?			
	16. Le pays reçoit-il un financement du Fonds mondial ? Si oui : - depuis quelle année ? - quelle est la somme consacrée à la tuberculose (préciser le montant annuel moyen et la devise) ? _____ - y a-t-il des fonds alloués à la recherche sur la tuberculose dans la subvention actuelle du Fonds mondial ? _____ Si oui : de quel montant (préciser le montant annuel moyen au cours des 5 dernières années et la devise) ? _____ - quel pourcentage de la somme totale versée au pays par le Fonds mondial est consacré à la recherche sur la tuberculose ? _____ % - cette allocation est-elle uniquement destinée à la recherche opérationnelle ? - si elle s'applique à d'autres types de recherche, préciser : _____			
	17. Existe-t-il d'autres sources externes importantes et régulières de financement de la recherche ? Si oui : - préciser la ou les sources : _____ - montant annuel moyen et devise (si cette information est connue) : _____			

REMERCIEMENTS

Le présent document a été préparé par une équipe de base du Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS. Dirigée par Mukund Uplekar et Diana Weil, cette équipe était composée de Hannah Monica Dias, Katherine Floyd, Giuliano Gargioni, Haileyesus Getahun, Christopher Gilpin, Philippe Glaziou, Malgosia Grzemska, Ernesto Jaramillo, Christian Lienhardt et Knut Lönnroth. Cette équipe a bénéficié du soutien de Annabel Baddeley, Annemieke Brands, Dennis Falzon, Lana Syed, Fuad Mirzayev, Linh Nguyen, Alberto Matteelli, Ines Garcia-Baena, Yohhei Hamada et Matteo Zignol. Une aide à la conception et à l'édition du document a été fournie par Hannah Monica Dias, Dominique De Santis, Leyla Alyanak et Sarah Galbraith-Emami.

Mario Raviglione, Directeur du Programme mondial de lutte contre la tuberculose, a fourni les orientations générales pour la préparation de ce document.

La structure et le contenu du document ont fait l'objet d'un premier examen par les membres du Groupe consultatif stratégique et technique pour la tuberculose (STAG-TB), qui comprenait (en 2014 et 2015) : Charles Daley (Président), Ibrahim Abubakar, Draurio Barreira, Catharina Boehme, Amy Bloom, Gavin Churchyard, Daniella Cirillo, Frank Cobelens, Elizabeth Corbett, Manfred Danilovits, Betina Durovni, Michel Gasana, Stephen Graham, Akramul Islam, Michael Kimerling, Wang Lixia, Thandar Lwin, Ziad Memish, Beatrice Mutayoba, Madhukar Pai, Anshu Prakash, Ejaz Qadeer, Joseph Sitienei, Alena Skrahina, Soumya Swaminathan, Maarten van Cleeff, Francis Varaine, Irina Vasilyeva, Cheri Vincent et Dalene von Delft.

Une première version a été utilisée à titre de document de référence lors d'un atelier sur la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, dont l'un des principaux objectifs était de procéder à un examen approfondi du contenu de ce document. Parmi les participants à cet atelier figuraient des membres du STAG-TB, des partenaires techniques, des partenaires de développement et du personnel des bureaux régionaux et de pays de l'OMS, notamment :

Personnel de l'OMS et consultants

Esther Mary Aceng-Dokotum, Shalala Ahmadova, Muhammad Akhtar, Laura Anderson, Ayodele O. Awe, Mohamed Abdel Aziz, Colleen Acosta, Annabel Baddeley, Samiha Baghdadi, Marie Catherine Barouan, Vikarunessa Begum, Annemieke Brands, Andrea Braza, Pierpaolo de Colombani, Rachael Crockett, Masoud Dara, Anna Dean, Kanoush Dehghani, Dominique De Santis, Dennis Falzon, Katherine Floyd, Jamshid Gadoev, Ines Garcia Baena, Giuliano Gargioni, Medea Gegia, Haileyesus Getahun, Gayane Ghukasyan, Christopher Gilpin, Philippe Glaziou, Ogtay Gozalov, Malgosia Grzemska, Christian Günneberg, Karina Halle, Sayohat Hasanova, Thomas Dale Hiatt, Khurshid Alam Hyder, Ernesto Jaramillo, Wieslaw Jakubowiak, Ridha Jebeniani, Moses Kerkula Jeuronlon, Karimi Joel Kangangi, Avinash Kanchar, Kassa Hailu Ketema, Sayori Kobayashi, Alexei Korobitsyn, Soleil Labelle, Setiawan Jati Laksono, Clement Lugala Peter Lasuba, Irwin Law, Woo-Jin Lew, Christian Lienhardt, Nathalie Likhite, Maria Regina Loprang, Knut Lönnroth, Mwendaweli Maboshe, Alberto Matteelli, Richard Menzies, Giampaolo Mezzabotta, Fuad Mirzayev, Winnie Mpanju-Shumbusho, Nikoloz Nasidze, Andre Ndongosieme, Nicolas Nkhere Masheni, Nobuyuki Nishikiori, Linh Nhat Nguyen, Abel Nkolo, Ishmael Nyasulu, Rafael Lopez Olarte, Ikushi Onozaki, Felicia Owusu-Antwi, Katsunori Osuga, Malik Parmar, Dmitry Pashkevich, Ranjani Ramachandran, Mario Raviglione, Kwang Rim, Richard Rehan, Mohammad Reza Aloudal, Valiantsin Rusovich, Ramatoulaye Sall, Kefas Samson, Babatunde Sanni, Fabio Scano, Anissa Sidibe, Andrej Slavuckij, Mukta Sharma, Andrew Siroka, Charalampos Sismanidis, Achutan Nair Sreenivas, Javahir Suleymanova, Yanni Sun, Lana Syed, Hazim Timimi, Mukund Uplekar, Martin van den Boom, Wayne Van Gemert, Fraser Wares, Diana Weil, Henriikka Weiss, Kasandji Henriette Wembanyama, Karin Weyer, Rajendra Yadav, et Matteo Zignol.

L'équipe de base de rédaction du présent document remercie Sreenivas Achutan Nair, Mukta Sharma et Rajendra Yadav – tous membres du personnel de l'OMS dans les pays – pour leur contribution à la préparation des encadrés portant sur les exemples de l'Inde, de la Thaïlande et du Cambodge.

Ministères de la santé (programmes nationaux de lutte contre la tuberculose) et partenaires

Alliance mondiale pour la mise au point de médicaments antituberculeux
Elana Robertson, Cherise Scott

Bangladesh Rural Advancement Committee Centre
Akramul Islam, Shayla Islam

Centers for Disease Control and Prevention
Anand Date, Susan Maloney, Thomas Shinnick, Wanda Walton

Central TB Research Institute of the Russian Academy of Medical Sciences
Irina Vasilyeva

Centre collaborateur de l'OMS pour la tuberculose et les maladies respiratoires
Giovanni Migliori

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
Marieke van der Werf

Conseil international des infirmières
Carrie Tudor

Fondation pour des outils diagnostiques nouveaux et novateurs
Catharina Boehme, Jean-François Lemaire, Daniel Orozco

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Lisa Leenhouts-Martin, Yamil Silva Cabrera, Eliud Wandwalo, Mohammed Yassin

German Leprosy and TB Relief Association
Oswald Bellinger

Global Tuberculosis Institute, New Jersey Medical School at Rutgers, The State University of New Jersey
Lee Reichman

Indian Council for Medical Research
Soumya Swaminathan

KNCV Tuberculosis Foundation
Michael Kimerling, Maarten van Cleeff, Catharina van Weezenbeek, Christine Whalen

Management Sciences for Health
Andre Zagorski

Ministère de la santé du Rwanda
Michel Gasana

Ministère de la santé et de la famille de l'Inde
Sunil Khaparde

Ministère de la santé et de la protection sociale de la République-Unie de Tanzanie
Beatrice Mutayoba

Ministère fédéral de la santé du Pakistan
Ejaz Qadeer, Razia Fatima

National Jewish Medical and Research Center, Denver
Charles L. Daley

Office of the US Global AIDS Coordinator and Health Diplomacy
Reuben Granich

PATH
Lal Sadasivan Sreemathy

Programme national de lutte contre la tuberculose de l'Ouganda
Claudio Marra

Project HOPE – The People-to-People Health Foundation Inc.
Mariam Sianozova, Alexander Trusov

RIT/JATA
Kosuke Okada

San Raffaele Scientific Institute
Daniela M. Cirillo

Secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose
Lucica Ditiu, Suvanand Sahu

UNICEF
Anne Detjen

Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires

Riita Dlodlo, Valerie Schwoebel

UNITAID

Yamuna Mundade

Université de Rio de Janeiro

Afranio Kritski

University Research Corporation

Refiloe Matji

US Agency for International Development

Sevim Ahmedov, Amy Bloom, Thomas Chiang, Meghan Holohan, Amy Piatek, Cheri Vincent, Williams Wells

Consultants indépendants

Karin Bergström, Léopold Blanc, Pierre-Yves Norval, Salah Ottmani

La documentation sur la lutte anti-infectieuse fournie par le Professeur Ed Nardell des États-Unis et Vannda Kab du Cambodge et les observations judicieuses de l'USAID sur l'ensemble du document ont été vivement appréciés.

Conception graphique : Blossoming.it

NOUS

METTRONS

FIN À LA

TUBERCULOSE

