

LE CHANGEMENT ↳ DE PARADIGME

Plan mondial pour éliminer la tuberculose : 2018-2022

Changement de paradigme

nom [c]

«Période au cours de laquelle la façon de faire ou de penser quelque chose change radicalement»



Le changement de paradigme 2018-2022

Copyright © 2019 par le Stop TB Partnership

Global Health Campus
Chemin du Pommier 40
1218 Le Grand-Saconnex
Genève, Suisse

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation préalable de Stop TB Partnership.

Une version numérique de cette publication est disponible sur stoptb.org/resources

NÉCESSITÉ DE 77,8 MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DES NATIONS UNIES SUR LA TUBERCULOSE

Période de cinq ans : 2018-2022



(en milliards de dollars américains)

● **Prévention et soins antituberculeux**

● **R&D de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins**

● **Science fondamentale**

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	8
Abréviations et acronymes	10
Glossaire	12
Avant-propos	18
Résumé du rapport	22
Introduction	28



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

Objectifs mondiaux axés sur les personnes :

90-(90)-90

Le changement de paradigme

Les arguments économiques en faveur de l'élimination de la tuberculose

Mesure des progrès

Responsabilité en termes de respect des engagements en matière de tuberculose

Mettre la responsabilité en action

34

37

40

44

44

46

48



4. PARTENAIRES CLÉS DE COLLABORATION : SOCIÉTÉ CIVILE, COMMUNAUTÉS ET SECTEUR PRIVÉ

La société civile et les communautés en tant que partenaires clés dans la riposte à la tuberculose

Assurer une implication et une coordination significatives de la communauté

Faire équipe avec la communauté universitaire

Partenariat avec le secteur privé

Soutenir les plateformes nationales multisectorielles

90

92

93

102

103

106



5. COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE ET ACTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES EN MATIÈRE DE TUBERCULOSE

Améliorer les services médicaux : la CSU

Intégrer la tuberculose dans les activités de lutte contre la pauvreté et de protection sociale

Lutter contre la résistance aux antimicrobiens

dans le contexte de la CSU

Améliorer l'environnement urbain

Ressources juridiques

Créer un environnement propice :

volonté politique et élaboration des politiques

108

111

113

115

116

117

117

117



2. MODÉLISATION D'IMPACT ET RÉPONSE DIFFÉRENCIÉE

Modélisation des objectifs de traitement et de prévention de la tuberculose de l'UN HLM

Résultats de la modélisation

Contextes de pays

50

52

53

60



3. ATTEINDRE LES POPULATIONS CLÉS

Atteindre les populations clés est un impératif d'équité et de droits de l'homme

70

73



6. NOUVEAUX OUTILS

Cadres stratégiques pour la R&D de nouveaux outils en matière de tuberculose

122

126

Progrès dans la R&D de nouveaux outils	136	Quels seront les résultats du Plan mondial ?	174
Projets de recherche « prêts-à-emploi » prioritaires	140	Sources de financement du Plan mondial	177
Recherche scientifique fondamentale	143	Répondre aux besoins de financement en matière de R&D	184
Pédiatrie et populations clés	143		
Accroître le soutien aux institutions de recherche, aux partenariats et aux collaborations	144		
Augmenter la capacité pour mener des essais cliniques sur site	146		
Assurer un environnement réglementaire et politique efficace et prévisible	147		
Maintenir une communauté compétente de chercheurs sur la tuberculose	148		
Investir dans de nouveaux outils	149		
Le coût de l'inaction : quel est l'impact du manque de financement de la R&D ?	151		
Plaidoyer pour de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose	153		
Appliquer les bonnes pratiques à l'implication communautaire tout au long du processus de R&D	155		
Application des principes d'accès à la livraison de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose	157		
Élargir l'utilisation de la recherche opérationnelle	159		
Santé numérique et médecine de précision	160		



7. LES BESOINS EN RESSOURCES

Exigences d'investissement pour atteindre les objectifs de l'UN HLM	168
Approche de calcul des coûts et limitations	172

ANNEXE 1

Estimation du coût et de l'impact du Plan mondial pour éliminer la tuberculose : 2018-2022

Aperçu	1A-1
Plan mondial 2018-2022 : objectifs de l'UN HLM	1A-2
Modéliser l'impact épidémiologique du Plan mondial 2018-2022	1A-3
Modéliser les besoins financiers du Plan mondial 2018-2022	1A-5
Retour sur investissement	1A-9

ANNEXE 2

Ensembles d'investissement par contexte national	2A-1
Matrice de notation pour les ensembles d'investissement	2A-3

ENCADRÉS

<u>Encadré 0.1</u> : Stratégie de l'OMS pour éliminer la tuberculose	30
<u>Encadré 0.2</u> : La tuberculose et les objectifs de développement durable	32

Encadré 1.1 : Identifier. Soigner. Tout le monde. #EndTB	39
Encadré 1.2 : Afrique du Sud : changement de paradigme en cours	45
Encadré 1.3 : Inde : un engagement politique ambitieux pour mettre fin à la tuberculose	47
Encadré 1.4 : Engagements en matière de responsabilité approuvés par les États membres de l'ONU dans la déclaration politique sur la TB	49
Encadré 3.1 : Problèmes clés en lien avec la tuberculose et les droits de l'homme	76
Encadré 3.2 : Résultats de Stop TB Partnership/ lancement du nouvel outil du GDF sur la DR-TB pédiatrique	79
Encadré 4.1 : Réseaux de la société civile aux niveaux mondial et régional	96
Encadré 4.2 : Agents de vulgarisation sanitaire en Éthiopie	99
Encadré 4.3 : Partenariat avec les champions parlementaires pour mettre fin à la tuberculose	101
Encadré 5.1 : Principaux engagements de lutte contre la tuberculose dans la déclaration politique de l'ONU sur la CSU	111
Encadré 5.2 : Qu'est-ce que la CSU?	112
Encadré 5.3 : Qu'est-ce que la protection sociale, et en quoi les gouvernements se sont-ils engagés à ce sujet ?	114
Encadré 5.4 : Programme national de virements bancaires directs de l'Inde	118
Encadré 5.5 : Préserver la capacité à éliminer la tuberculose : tirer les leçons de l'histoire	119
Encadré 5.6 : Japon : étendre les soins antituberculeux comme voie vers la CSU	120
Encadré 6.1 : Le nouveau schéma thérapeutique 1HP raccourcit la thérapie préventive de la tuberculose à un mois	136
Encadré 6.2 : Le potentiel du fujilam en tant que test de diagnostic aux points de soin	137
Encadré 6.3 : L'essai du vaccin M72 fait avancer la recherche sur les vaccins	138
Encadré 6.4 : La stratégie mondiale de l'OMS en matière de recherche et développement sur la tuberculose	139
Encadré 6.5 : Veiller à ce que les pays soient prêts à mettre à disposition de nouveaux vaccins antituberculeux pour adolescents et adultes	158
Encadré 6.6 : Projets de DAT (technologie numérique de suivi du traitement) de TB Reach	162
Encadré 7.1 : L'investissement dans les soins antituberculeux donne des résultats à long terme pour les systèmes de santé	176

FIGURES

Figure 0.1 : Récapitulatif des objectifs et engagements clés de l'UN HLM sur la tuberculose	31
Figure 0.2 : Calendrier d'action	33
Figure 1.1 : Les objectifs 90-(90)-90	37
Figure 1.2 : Composants essentiels du MAF-TB	47
Figure 2.1 : Impact sur l'incidence de la tuberculose	53
Figure 2.2 : Objectifs cumulatifs de l'UN HLM sur la tuberculose par an	54
Figure 2.3 : Objectifs cumulatifs de l'UN HLM sur la tuberculose par contexte de pays	54
Figure 2.4 : Impact sur l'incidence de la réalisation des objectifs de traitement de l'UN HLM sur la tuberculose	55
Figure 2.5 : Incidence sur la mortalité liée à la tuberculose (chez les individus séronégatifs au VIH) de la validation des objectifs de l'UN HLM sur la tuberculose	55
Figure 2.6 : Neuf contextes de pays	60
Figure 3.1 : Feuille de route vers l'élimination de la tuberculose chez les enfants et les adolescents	81
Figure 6.1 : Projets de recherche commerciale : diagnostics	140
Figure 6.2 : Projets de recherche commerciale : médicament	141
Figure 6.3 : Projets de recherche commerciale : vaccins	142
Figure 6.4 : Projection du nombre de personnes développant la tuberculose avec de nouveaux outils par rapport à sans nouveaux outils	152
Figure 7.1 : Besoins en ressources pour la prévention et les soins de la TB au niveau mondial (milliards de dollars US)	168
Figure 7.2 : Catégories de coûts des besoins de financement pour la prévention et les soins de la tuberculose, 2018-2022	170
Figure 7.3 : Catégories de coûts des besoins de financement pour 2018-2022, en millions de dollars américains	171
Figure 7.4 : 31,3 milliards de dollars américains nécessaires dans les pays éligibles au Fonds mondial sur la période 2020-2022 : possibles sources et lacunes	180

TABLEAUX

Tableau 2.1.A : Projection du nombre de personnes en traitement par niveau de revenu, admissibilité au Fonds mondial, contexte du pays dans le Plan mondial, région OMS et adhésion au BRICS	56
--	----

<u>Tableau 2.1.B</u> : Projection du nombre d'enfants (0 à 14 ans) en traitement par niveau de revenu, admissibilité au Fonds mondial, contexte du pays dans le Plan mondial, région OMS et adhésion au BRICS	57
<u>Tableau 2.1.C</u> : Projection du nombre de personnes suivant un traitement contre la TB-MR par niveau de revenu, admissibilité au Fonds mondial, contexte du pays dans le Plan mondial, région OMS et adhésion au BRICS	58
<u>Tableau 2.1.D</u> : Projection du nombre de personnes suivant un traitement préventif contre la tuberculose par niveau de revenu, admissibilité au Fonds mondial, contexte du pays dans le Plan mondial, région OMS et adhésion au BRICS	59
<u>Tableau 3.1</u> : Populations clés en matière de tuberculose	78
<u>Tableau 6.1</u> : Synthèse des besoins de financement pour la R&D en matière de tuberculose (en millions de dollars américains)	124
<u>Tableau 6.2</u> : Cadre stratégique pour les nouveaux médicaments 2018-2022	126
<u>Tableau 6.3</u> : Nouveau cadre stratégique pour les diagnostics 2018-2022	128
<u>Tableau 6.4</u> : Cadre stratégique pour les nouveaux vaccins 2018-2022	133
<u>Tableau 6.5</u> : Besoins annuels de financement pour la R&D en matière de tuberculose (millions de dollars américains)	149
<u>Tableau 6.6</u> : Synthèse des profils de produits cibles pour les outils numériques en matière de tuberculose	161
<u>Tableau 7.1</u> : Besoins en ressources pour la prévention et les soins en matière de tuberculose (milliards de dollars américains)	169
<u>Tableau 7.2</u> : RSI et bénéfices économiques nets de la mise en oeuvre du Plan mondial 2018-2022	175

REMERCIEMENTS

Stop TB Partnership exprime sa gratitude aux contributions de chacun au Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2018-2022. Des centaines de personnes ont contribué à l'élaboration de ce plan mondial via divers canaux, dont deux consultations en ligne. Nous les remercions tous pour leurs commentaires et leurs soutiens enthousiastes. L'ensemble de la communauté mondiale de la santé participera à la mise en œuvre de ce plan.

Groupe de travail du Plan mondial :

Paula I Fujiwara (présidente), Katherine Floyd, Blessina Kumar, David Lewinsohn, David Mamejta, Thokozile B Nkhoma, Aaron Oxley, KS Sachdeva, Cheri Vincent, Eliud Wandwalo et Richard White.

Membres suppléants du groupe de travail :

Sevim Ahmedov, Philippe Glaziou, Janika Hauser, Rachael Hore, Mukadi YaDiul et Mohammed A Yassin.

Secrétariat du groupe de travail du Plan mondial :

Mohammed Anouar, Lucica Ditiu, Suvanand Sahu et Shinichi Takenaka.

Autres membres du Secrétariat de Stop TB Partnership :

Sara Gonzalez Andino, Marie Brunetti, Stefano Certosino, Ramón H. Crespo, Jacob Creswell, Jacqueline Huh, Brian Kaiser, Amera Khan, James Malar, Kadira Malkoc, Enos Masini, Andrei Mosneaga, Sreenivas Nair, Gregory Paton, Nathalie Pedro, Nina Saouter (avec le soutien de Diana Schwalb et Sofia Postigo Mozas), Viorel Soltan, Pauline Vandewalle et Brenda Waning.

Un remerciement tout particulier à :

- Paul M Jensen pour le travail de rédaction et de révision
- Carel Pretorius, Avenir Health, pour le travail de modélisation
- David Dowdy, École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, pour le travail de modélisation sur le « coût de l'inaction »

Nous remercions également sincèrement

la direction et les membres des groupes de travail sur les nouveaux outils, constitués du groupe de travail sur les nouveaux diagnostics de la tuberculose, du groupe de travail sur les nouveaux médicaments antituberculeux et du groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux.

Membres du Conseil de Stop TB Partnership :

Nazira Abdula, Timur Abdullaev, Farhana Amanullah, Elzhan A Birtanov, Erika Arthun, Pierre Blais, Sara Boiten, Joanne Carter, Lucica Ditiu, Osagie Emmanuel Ehanire, Paula I Fujiwara, Moin Karim, Yosuke Kita, David Lewinsohn, Susan Maloney, Luiz Henrique Mandetta, Lelio Marmora, Ren Minghui, Aaron Motsaledi, Thokozile B Nkhoma, Austin Obiefuna, Aaron Oxley, Peter Sands, Miriam Schneidman, Adrian Thomas, Stéphanie Seydoux, Harsh Vardhan, Cheri Vincent et Kitty van Weezenbeek.

Il n'aurait pas été possible d'élaborer ce document sans le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, de l'USAID et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

aDSM

Surveillance active de l'innocuité des médicaments

AI

Intelligence artificielle

AMR

Résistance aux antimicrobiens

BRICS

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

SBC

Surveillance à base communautaire

COE

Contexte d'intervention difficile

CRG

Communauté, droits et genre

OSC

Organisation de la société civile

RSE

Responsabilité sociétale des entreprises

RSC

Renforcement des systèmes communautaires

EVCI

Espérance de vie ajustée à l'incapacité

DAT

Digital adherence technology (technologie numérique de suivi du traitement)

DR-TB

Tuberculose pharmacorésistante

TSM

Test de sensibilité aux médicaments

DS-TB

Tuberculose sensible aux médicaments

FBO

Organisation confessionnelle

FDA

Food and Drug Administration des États-Unis

BPC

Bonne pratique clinique

GDF

Dispositif mondial de financement des médicaments antituberculeux

DIRD

Dépense intérieure brute de recherche et développement

RNB

Revenu national brut

LAM

Lipoarabinomannane

LMIC

Pays à revenu faible et intermédiaire

MAF-TB

Cadre de responsabilisation multisectoriel pour accélérer les progrès vers l'élimination de la tuberculose d'ici 2030

TB-MR

Tuberculose multirésistante

ONG

Organisation non gouvernementale

NGS

Séquençage nouvelle génération

PNH

Primate non humain

PNLT

Programme national de lutte contre la tuberculose

OCDE

Organisation de coopération et de développement économiques

PDP

Partenariat de développement de projet

POC

Point de soin

PPM

Coopération public-privé

R&D

Recherche et développement

RSI

Retour sur investissement

RR-TB

Tuberculose résistante à la rifampicine

CDA

Communauté de développement de l'Afrique australe

ODD

Objectif de développement durable

AS

Assurance sociale

TB

Tuberculose

TIME

Modèle d'impact et évaluation de la tuberculose

TPP

Profil de produit cible

CSU

Couverture santé universelle

ONU

Organisation des Nations Unies

UN HLM

Réunion de haut niveau des Nations Unies

OMS

Organisation mondiale de la Santé

TB-UR

Tuberculose ultra-résistante

GLOSSAIRE

Tuberculose (TB) active

une maladie provoquée par la prolifération et la multiplication des bactéries de tuberculose qui attaquent différentes parties du corps. Les symptômes de la tuberculose active comprennent la toux, une faiblesse générale, la perte de poids, la fièvre, la perte d'appétit et les sueurs nocturnes. Une personne atteinte de tuberculose active peut être contagieuse et transmettre la tuberculose à d'autres. Dans le Plan mondial, « personnes atteintes de tuberculose » ou « personnes souffrant de tuberculose » fait référence aux personnes présentant une tuberculose active.

Antibiotique

médicament utilisé pour traiter les infections bactériennes. Les médicaments antituberculeux sont également des antibiotiques. Les antibiotiques n'ont aucun effet sur les infections virales.

Résistance aux antimicrobiens (AMR)

capacité d'un micro-organisme à résister aux effets des antibiotiques. La résistance aux antibiotiques évolue généralement lorsqu'une mutation aléatoire du micro-organisme a lieu, le rendant moins sensible aux effets d'un médicament en particulier.

BCG

le vaccin contre la tuberculose Bacille de Calmette et Guérin porte le nom des scientifiques français qui le mirent au point, Calmette et Guérin. Le BCG offre à l'adolescent et à l'adulte une faible protection contre la tuberculose, mais il est souvent administré aux nourrissons et aux jeunes enfants dans les pays où la tuberculose est courante, car il peut prévenir certaines des formes les plus graves de tuberculose chez l'enfant.

Dépistage des cas

fait référence au fait que la tuberculose d'une personne soit diagnostiquée et signalée dans le cadre du système national

de surveillance. Bien que le terme « cas » soit largement utilisé dans le domaine de la santé publique pour désigner un cas de maladie, il doit être utilisé avec discernement dans le contexte des services médicaux afin d'éviter de déshumaniser les individus. Une personne n'est pas un cas, c'est un être humain. Les individus souhaitant bénéficier de soins ou recevant des soins pour le traitement de la tuberculose peuvent trouver dégradant qu'un professionnel de santé utilise le mot « cas » pour les désigner.

Contact

ce terme désigne une personne ayant passé du temps avec une personne atteinte de tuberculose infectieuse.

Contact rapproché

ce terme désigne une personne ayant eu un contact prolongé, fréquent ou intense avec une personne atteinte de tuberculose infectieuse. Ce groupe comprend des personnes qui vivent ou passent beaucoup de temps, de façon rapprochée, avec une personne atteinte de tuberculose. Les contacts rapprochés, ou les contacts au sein d'un même foyer, sont plus susceptibles d'être infectés par la tuberculose M (*Mycobacterium tuberculosis*) que les contacts qui voient moins souvent la personne atteinte de tuberculose.

Systèmes communautaires

structures, mécanismes, processus et acteurs par le biais desquels les communautés agissent sur les défis et les besoins auxquels elles sont confrontées. Ils sont composés de différents types d'entités : membres de la communauté, organisations et réseaux communautaires formels et informels, et autres organisations de la société civile. Ces systèmes sont généralement moins formalisés et moins clairement définis que les systèmes de santé. Les entités qui composent les systèmes communautaires ont des liens étroits avec les communautés ; par conséquent, elles sont en mesure de mieux comprendre les problèmes rencontrés par ceux qui sont les plus touchés et de trouver des solutions intelligentes.

Renforcement des systèmes communautaires

fait référence aux initiatives qui contribuent au développement et/ou au renforcement des organisations communautaires dans le but d'accroître les connaissances et l'accès à une meilleure prestation des services de santé. Il suppose généralement le renforcement des capacités des infrastructures et des systèmes, la création de partenariats et le développement de solutions de financement durables.

Culture

test visant à établir la présence ou l'absence de bactéries de tuberculose dans le crachat/flegme ou les autres fluides corporels d'un individu. Ce test peut prendre deux à quatre semaines dans la plupart des laboratoires.

Tuberculose pharmacorésistante

maladie causée par une souche de bactérie de tuberculose résistante aux médicaments antituberculeux les plus couramment utilisés.

Tuberculose ultra-résistante

maladie causée par une souche de bactérie de tuberculose résistante à l'isoniazide et à la rifampicine (les deux médicaments antituberculeux les plus couramment utilisés), ainsi qu'à une fluoroquinolone et à au moins l'un des trois médicaments injectables de deuxième intention (amikacine, kanamycine, capréomycine).

Tuberculose extra-pulmonaire

tuberculose se développant dans n'importe quelle partie du corps autre que les poumons (par exemple, la plèvre, les reins, la colonne vertébrale, le cerveau ou les ganglions lymphatiques).

Sensible au genre

les politiques, programmes ou modules de formation tenant compte des *sexo-spécificités* et reconnaissant que les femmes et les hommes sont des acteurs au sein d'une société, qu'ils sont contraints de manières différentes et souvent inégales, et qu'en conséquence ils peuvent avoir des perceptions, des besoins, des priorités et des intérêts différents et parfois contradictoires.

Tuberculose multirésistante

maladie causée par une souche de bactérie de tuberculose qui résiste au moins à l'isoniazide et à la rifampicine (les deux médicaments antituberculeux les plus couramment utilisés).

Mycobacterium tuberculosis

bactérie qui cause l'infection tuberculeuse et la maladie tuberculeuse.

Assistance nutritionnelle

elle vise à assurer une nutrition adéquate et comprend une évaluation de l'apport alimentaire, de l'état nutritionnel et de la sécurité alimentaire de l'individu ou du foyer ; offrir une éducation nutritionnelle et des conseils sur la façon d'assurer une alimentation équilibrée, d'atténuer les effets secondaires des traitements et des infections, et d'assurer l'accès à l'eau potable ; et fournir des compléments alimentaires ou des apports en micronutriments si nécessaire.

OCDE

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) rassemble 30 pays membres partageant un engagement commun pour un gouvernement démocratique et une économie de marché.

Approche orientée vers la personne dans le traitement de la tuberculose

une approche orientée vers la personne prend en compte les besoins, les perspectives et les expériences individuelles des personnes touchées par la tuberculose, tout en respectant leur droit à être informées et à bénéficier des soins de la meilleure qualité en fonction des besoins individuels. Cela nécessite l'instauration d'une confiance mutuelle et d'un partenariat entre la personne affectée et le prestataire de soins, et crée des opportunités pour les personnes de contribuer et de participer à la planification et à la gestion de leurs propres soins. Une approche orientée vers la personne améliore les résultats du traitement, tout en respectant la dignité humaine.

Personnes touchées par la tuberculose

ce terme englobe les personnes atteintes de tuberculose et les membres de leur famille, les personnes à charge, les

communautés et les professionnels de santé qui peuvent être impliqués dans la prestation de soins ou autrement affectés par la maladie.

Personnes atteintes de tuberculose

ce terme désigne les personnes atteintes de tuberculose active. Le terme « personnes atteintes de tuberculose » reconnaît que les personnes atteintes de tuberculose ne devraient pas être définies uniquement par leur état de santé. Le terme est préférable au mot « patient » dans certains contextes (par exemple, les milieux non médicaux et communautaires).

Traitement préventif de la tuberculose (TPT)

médicaments qui empêchent l'infection tuberculeuse d'évoluer vers une tuberculose active.

Communauté de développement de l'Afrique australe (CDA)

organisation intergouvernementale dont le siège est à Gaborone, au Botswana. Son objectif est de promouvoir la coopération et l'intégration socio-économiques, ainsi que la coopération en matière de politique et de sécurité, entre 15 États d'Afrique australe. Elle complète le rôle de l'Union africaine.

Crachat

flegme craché du plus profond de l'intérieur des poumons. Les crachats sont examinés afin d'y déceler la présence éventuelle de bactéries de tuberculose par examen microscopique des frottis, culture ou tests moléculaires.

Stigmatisation

vient du grec « stigma » qui signifie « marque ou tache ». La stigmatisation peut être décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui discrédite considérablement un individu aux yeux des autres. Au sein de certaines cultures ou de certains contextes, certains attributs sont considérés et définis par d'autres comme déshonorants ou indignes. Lorsque la stigmatisation est mise à exécution, il en résulte une discrimination qui peut prendre la forme d'actions ou d'omissions.

Tuberculose

une maladie provoquée par la prolifération et la multiplication des bactéries de tuberculose qui attaquent différentes parties du corps, généralement les poumons. Les symptômes de la tuberculose active comprennent une faiblesse générale, une perte de poids, de la fièvre, une perte d'appétit et des sueurs nocturnes. Les autres symptômes de la tuberculose dépendent de l'endroit où les bactéries se développent. Si la tuberculose se développe dans les poumons (tuberculose pulmonaire), les symptômes peuvent inclure une forte toux, des douleurs dans la poitrine et des crachats de sang. Une personne atteinte de tuberculose pulmonaire peut être contagieuse et transmettre la bactérie de tuberculose à d'autres.

Infection par la tuberculose

aussi appelée infection tuberculeuse latente. Il s'agit d'une modalité de la maladie dans laquelle les bactéries de tuberculose sont vivantes mais inactives dans le corps. Les personnes atteintes d'une infection par la tuberculose ne présentent aucun symptôme ; elles ne se sentent pas malades, ne peuvent pas transmettre la bactérie de la tuberculose à d'autres et présentent généralement un résultat positif au test d'infection ; un test cutané à la tuberculine ou un test spécial appelé IGRA (test de libération de l'interféron gamma). Dans le Plan mondial, les personnes dites « infectées par la tuberculose » sont des personnes atteintes de ce type d'infection tuberculeuse latente.

Prévention et traitement de la tuberculose

les efforts mis en place par les professionnels de santé dans le but de fournir des services antituberculeux aux communautés desservies. On préfère ces termes à ceux de « contrôle de la tuberculose », qui peuvent donner l'impression que les experts de la tuberculose contrôlent pleinement tous les aspects de la prévention, du traitement et des soins des personnes atteintes de tuberculose. Il est utile d'envisager le terme « contrôle » d'un œil critique afin d'éviter de négliger les ressources et les capacités des communautés et des personnes touchées par la tuberculose.

Objectifs de développement durable (ODD)

ils définissent un plan commun visant à atteindre la paix et la prospérité pour les personnes et la planète, aujourd'hui et à l'avenir. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a été adopté par tous les États membres des Nations

Unies en 2015 et il est fondé sur les 17 objectifs de développement durable (ODD) qui appellent à une action urgente de tous les pays, développés et en voie de développement, dans le cadre d'un partenariat mondial. La communauté mondiale de la santé met tout en œuvre dans le but d'atteindre l'ODD 3 : assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous, à tous les âges.

Couverture santé universelle (CSU)

signifie que toutes les personnes ont accès aux services de santé dont elles ont besoin, où et quand elles en ont besoin, sans subir de difficultés financières.

UN HLM sur la tuberculose

première réunion de haut niveau sur la tuberculose tenue par les États membres de l'ONU lors de l'Assemblée générale des Nations Unies à New York, le 26 septembre 2018. La réunion a abouti à une déclaration politique approuvée par les chefs d'État et de gouvernement, décrivant les engagements clés qui doivent être respectés pour que le monde mette fin à l'épidémie de tuberculose d'ici 2030, comme le préconisent les objectifs de développement durable des Nations Unies. En 2023, les États membres de l'ONU organiseront une réunion de suivi de haut niveau, afin de procéder à un bilan global de leur progression.

Pour plus d'informations sur les suggestions de terminologie et d'usage dans les communications sur la tuberculose, veuillez consulter le Guide linguistique de Stop TB Partnership :

http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/LanguageGuide_ForWeb20131110.pdf



AVANT-PROPOS

Depuis la publication du Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020, la communauté de la tuberculose a assisté au début d'un gigantesque changement de paradigme. Le niveau des ambitions a été significativement relevé, la communauté de la tuberculose est de plus en plus unie, et les gouvernements ont été pressés de combler le fossé entre l'ambition et la réalité. Stop TB Partnership a appelé à une action aux plus hauts niveaux politiques, ce qui a débouché sur la réunion de haut niveau des Nations Unies (UN HLM) sur la tuberculose en septembre 2018 et donné lieu à une déclaration politique approuvée par les dirigeants mondiaux, qui comprenait un ensemble d'objectifs ambitieux.

Il a été largement reconnu que la plus grande lacune à combler en matière de lutte contre la tuberculose tenait à la volonté politique. C'est ce qui garantit que le diagnostic de la tuberculose, les médicaments et les nouvelles innovations soient à la portée des personnes qui en ont le plus besoin. C'est la clé pour permettre d'augmenter le financement de la tuberculose à 15 milliards de dollars américains par an, budget nécessaire pour atteindre les objectifs de financement de l'UN HLM. C'est ensuite le leadership des chefs d'État et de gouvernement qui traduit les déclarations politiques et les objectifs en vies sauvées.

Un autre tournant majeur du processus a tenu au fait que nous avons pris conscience tardivement que nous ne réussirons que si nous pouvons nous appuyer sur le partenariat complet et la collaboration totale des personnes touchées par la tuberculose. Ceci nécessite une approche fondée sur les droits de l'homme et la couverture santé universelle, et qui inclut les communautés dans tous les domaines de la prise de décision comme partenaires à part entière dans la planification, la mise en œuvre et le suivi de la lutte contre la tuberculose. Même s'il reste encore beaucoup de travail à accomplir pour en faire une réalité, cette approche commence à transformer la lutte contre la tuberculose.

Et nous avons des preuves que le changement de paradigme défini dans le Plan mondial com-

mence à fonctionner. L'édition 2019 du rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose montre que 7 millions de personnes touchées par la tuberculose ont reçu un diagnostic et un traitement antituberculeux en 2018, soit une augmentation de 600 000 personnes par rapport à l'année précédente et la plus forte augmentation annuelle jamais enregistrée. Nous surmontons les obstacles persistants auxquels de nombreuses personnes sont confrontées dans l'accès aux services de santé, aidés par une initiative stratégique du Fonds mondial, de Stop TB Partnership, de l'OMS et de partenaires pour soutenir les programmes de pays afin d'accélérer les progrès dans l'identification des personnes atteintes de tuberculose.

Pour cette mise à jour du Plan mondial 2018-2022, un groupe de travail composé des meilleurs experts mondiaux s'est réuni avec des personnes touchées par la tuberculose, des membres de la société civile et des communautés. Appuyé par deux consultations publiques, le plan définit les étapes nécessaires pour s'orienter sur la bonne voie pour parvenir à éradiquer la tuberculose.

Atteindre les objectifs de la Déclaration politique de l'UN HLM est la force motrice de cette mise à jour, caractérisée par l'objectif premier de diagnostiquer et de traiter 40 millions de personnes atteintes de tuberculose d'ici 2022.

Stop TB Partnership a traduit l'UN HLM sur les objectifs en matière de tuberculose au niveau national, afin que chaque pays soit en mesure d'identifier où se trouve la ligne d'arrivée.

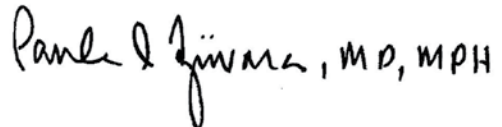
Chaque partie prenante, chaque partenaire et chaque programme national doit être en mesure de s'approprier le plan mondial 2018-2022. Stop TB Partnership, qui compte plus de 2 000 partenaires, vise à s'appuyer sur ces fondations audacieuses en appelant à faire passer la prévention et les soins contre la tuberculose au niveau communautaire, afin de pouvoir atteindre les populations les plus vulnérables, notamment les migrants, les mineurs, les enfants et les personnes touchées par le VIH, et de continuer d'assurer les meilleurs moyens de prévention, de traitement et de soins où ils sont le plus nécessaires.

Ce plan mis à jour constitue notre meilleure chance de nous orienter sur la bonne voie pour éradiquer la tuberculose d'ici 2030. En tant que leader du Conseil de Stop TB Partnership, directeur exécutif du Secrétariat et président du groupe de travail sur le Plan mondial, nous nous engageons à mobiliser toutes les ressources possibles, et à consacrer toute notre énergie et le moindre dollar à cette lutte, jusqu'à ce que nous vivions dans un monde où plus personne ne meurt de la tuberculose.

La communauté de la tuberculose est unie et déterminée à mener à terme ce combat. L'histoire nous apprend également que les mesures audacieuses et novatrices offrent les meilleures chances de succès. Pour la tuberculose, c'est le seul espoir.



Dr. Luiz Henrique Mandetta
Président du Conseil d'administration
de Stop TB Partnership
et ministre de la Santé du Brésil



Dr. Paula I Fujiwara
Présidente du groupe de travail du Plan
mondial pour éliminer la tuberculose 2018-2022
et directrice scientifique de l'Union
internationale contre la tuberculose et les
maladies respiratoires



Dr. Joanne Carter
Vice-présidente du Conseil
de Stop TB Partnership,
et directrice exécutive de RESULTS et
du Fonds d'éducation RESULTS



Dr. Lucica Ditiu
Directrice exécutive
Secrétariat de Stop TB Partnership



RÉSUMÉ DU RAPPORT

Le « Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2018-2022 : changement de paradigme » est un plan chiffré et une feuille de route définissant une réponse concertée à la tuberculose (TB), alignés sur la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose. Il fournit une estimation des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs et les engagements fixés lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies (UN HLM) sur la tuberculose en septembre 2018.

À la suite de l'UN HLM sur la tuberculose, le Conseil de Stop TB Partnership a demandé l'élaboration d'une mise à jour du « Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020 » (lancé en décembre 2015) sous la direction du groupe de travail du Plan mondial. Le « Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020 » a introduit une refonte de l'approche visant à maintenir le statu quo en matière de tuberculose : un changement de paradigme. Cette mise à jour ambitieuse appelle à un effort encore plus déterminé pour accélérer l'intensification des soins et de la prévention de la tuberculose, et pour augmenter les investissements dans la recherche et le développement (R&D) de nouveaux outils, afin que personne ne soit laissé pour compte.

Le Plan mondial est centré sur un leadership politique fort pour atteindre les parts nationales des objectifs mondiaux de lutte contre la tuberculose convenus dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose. Il met en évidence la nécessité d'une approche fondée sur les droits et centrée sur les personnes, l'innovation accélérée dans la prestation des soins, l'introduction de nouveaux outils, des investissements substantiels en R&D et une réponse forte des pays.

La tuberculose est la principale cause de décès attribuable à un agent infectieux unique dans le monde. En 2018, environ 10 millions de personnes ont contracté la tuberculose et environ 1,5 million

en sont mortes.¹ La tuberculose pharmacorésistante (DR-TB) a touché environ un demi-million de nouvelles personnes en 2018, ce qui constitue une crise de santé publique et un risque pour la sécurité sanitaire dans de nombreux pays. Pourtant, on estime qu'aujourd'hui, seule une personne sur trois atteintes de DR-TB est traitée. Un autre défi réside dans le fait que chaque année, plus de 3 millions de personnes atteintes de tuberculose ne sont pas diagnostiquées et, par conséquent, ne disposent ni de traitement, ni de soins efficaces.

La réduction au niveau mondial du nombre de personnes atteintes de tuberculose chaque année (une baisse de 2 % de 2017 à 2018) est bien en deçà du rythme d'avancée nécessaire pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici 2030, comme le prévoit la stratégie d'éradication de la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En l'absence d'un plan d'investissement clair et d'un changement de paradigme dans la manière de lutter contre la tuberculose, le monde n'atteindra pas les objectifs de l'UN HLM ni l'objectif de développement durable (ODD) visant à éradiquer la tuberculose d'ici 2030.

Le monde n'a que peu d'occasions de s'orienter vers la bonne voie pour éliminer la tuberculose.

Le monde doit s'unir autour d'un nouvel effort pour mettre fin à la tuberculose.

¹ Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

LA DÉCLARATION POLITIQUE DES NATIONS UNIES SUR LA TUBERCULOSE NE FORMULE PAS SEULEMENT UN ENGAGEMENT CRUCIAL POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE RÉPONSE À LA TUBERCULOSE FONDÉE SUR LES DROITS DANS LE MONDE ENTIER, MAIS ÉNONCE ÉGALEMENT DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES QUE LES ÉTATS MEMBRES DES NATIONS UNIES DOIVENT ATTEINDRE D'ICI 2022 :

1 TRAITER AVEC SUCCÈS 40 MILLIONS DE PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE, dont 3,5 millions d'enfants (de moins de 15 ans).

2 TRAITER AVEC SUCCÈS 1,5 MILLION DE PERSONNES ATTEINTES DE DR-TB, dont 115 000 enfants.

3 FOURNIR UNE THÉRAPIE PRÉVENTIVE CONTRE LA TUBERCULOSE À AU MOINS 30 MILLIONS DE PERSONNES, dont 4 millions d'enfants de moins de 5 ans, 20 millions d'autres contacts au sein du foyer de personnes atteintes de tuberculose et 6 millions de personnes vivant avec le VIH.

4 AUGMENTER L'INVESTISSEMENT MONDIAL pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de la tuberculose à hauteur de 13 milliards de dollars américains par an.

5 AUGMENTER L'INVESTISSEMENT MONDIAL POUR LA R&D SUR LA TUBERCULOSE à hauteur de 2 milliards de dollars américains par an.

6 LES ÉTATS MEMBRES S'ENGAGENT ÉGALEMENT À PRENDRE LES MESURES CONCRÈTES nécessaires pour atteindre ces objectifs, notamment en s'efforçant de mettre fin à la stigmatisation liée à la tuberculose et à toutes les formes de discrimination, et en développant des services de santé intégrés, communautaires, centrés sur la personne, sensibles au genre et fondés sur les droits de l'homme.

Le Plan mondial estime qu'entre 2018 et 2022, 77,8 milliards de dollars américains sont nécessaires au total, répartis comme suit :

- ✦ Un total de 65 milliards de dollars américains est nécessaire pour assurer la prévention et les soins de la tuberculose.
- ✦ Un total de 12,8 milliards de dollars américains est nécessaire pour la R&D de nouveaux outils et la recherche scientifique fondamentale, répartis comme suit :
 - au moins 10,8 milliards de dollars américains nécessaires pour la R&D de nouveaux diagnostics de la tuberculose, de

nouveaux médicaments et d'au moins un vaccin, à hauteur de 2,16 milliards de dollars américains par an en moyenne ; et

- un total de 2 milliards de dollars américains nécessaires pour la recherche scientifique fondamentale liée à la tuberculose, soit en moyenne 400 millions de dollars américains par an.

Chaque chapitre du Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2018-2022 commence par un récapitulatif des problèmes et des actions prioritaires pour les gouvernements nationaux et les autres parties prenantes clés.



LE CHAPITRE 1 présente cinq changements fondamentaux nécessaires à la réalisation d'un changement de paradigme dans l'approche mondiale de la tuberculose. Bien que les actions demandées restent très conformes à l'édition précédente du Plan mondial, elles ont été recadrées pour s'aligner sur les nouveaux engagements de l'UN HLM sur la tuberculose. Ce chapitre décrit les objectifs centrés sur les personnes du Plan mondial, appelés objectifs 90-(90)-90. Ce chapitre comprend également de nouvelles recommandations visant à garantir la responsabilité de l'action. Plus précisément, il appelle les gouvernements et les acteurs majeurs travaillant sur le thème de la tuberculose à mettre en œuvre les éléments du cadre de responsabilisation multisectoriel de l'OMS afin d'accélérer les progrès vers l'éradication de la tuberculose d'ici 2030 (MAF-TB).



LE CHAPITRE 2 fournit des résultats actualisés sur le Modèle d'impact et évaluation de la tuberculose (TIME, de l'anglais « TB Impact and Model Estimate ») montrant comment les pays peuvent réaliser des progrès annuels vers la réalisation des objectifs de traitement et de prévention de la tuberculose définis par l'UN HLM. Il propose également des « ensembles d'investissement », c'est-à-dire des ensembles d'interventions prioritaires dans lesquels les pays devraient investir afin de renforcer les progrès vers la réalisation des objectifs en matière de traitement et de prévention de la tuberculose. La modélisation mise à jour montre que la réalisation des objectifs de traitement antituberculeux de 40 millions de personnes, et de traitement préventif antituberculeux de 30 millions de personnes, permettra d'orienter le monde sur la bonne voie pour éliminer la tuberculose d'ici 2030, même si les jalons 2020 en matière d'in-

cidence et de mortalité ne sont atteints que d'ici 2021, soit un an plus tard que prévu initialement. Cette mise à jour du Plan mondial fournit un modèle de traitement et des objectifs de prévention pour neuf contextes nationaux différents. Des objectifs indicatifs pour chaque pays sont disponibles sur le site Web de Stop TB Partnership : <http://www.stoptb.org/resources/countrytargets>



LE CHAPITRE 3 fournit un plan pour atteindre les populations clés ; les personnes qui sont vulnérables, marginalisées, mal desservies ou qui risquent d'être infectées ou de contracter la tuberculose, ainsi que des soins et services antituberculeux. Cette mise à jour du Plan mondial décrit comment les populations clés peuvent être véritablement impliquées et habilitées à participer à la gouvernance et à la prise de décision en matière de tuberculose. Elle appelle à agir pour respecter les engagements de l'UN HLM en matière de tuberculose afin de promouvoir et de soutenir la fin de la stigmatisation et de toutes les formes de discrimination, et de promulguer des politiques et des pratiques qui amélioreront la sensibilisation des populations clés, notamment par la suppression des lois, politiques et programmes qui discriminent les personnes atteintes de tuberculose. Ce chapitre fournit des recommandations relatives à des mesures spécifiques pouvant être prises pour impliquer et soutenir des populations clés spécifiques.



LE CHAPITRE 4 présente les approches et les bonnes pratiques permettant d'impliquer les partenaires, en mettant l'accent sur les communautés touchées par la tuberculose, les organisations communautaires, les universitaires et

le secteur privé. Les organisations communautaires doivent jouer un rôle clé dans la planification et la fourniture de soins antituberculeux au niveau local, car elles occupent une place de choix pour aider à renforcer la sensibilisation à la tuberculose, atteindre ceux qui auraient pu passer à travers les mailles du filet, assurer une assistance sociale, réduire la stigmatisation, suivre et évaluer les programmes, et remplir d'autres rôles vitaux. Ce chapitre présente des approches conçues pour faire avancer les efforts menés par la communauté, au niveau de la communauté. Le chapitre présente également des approches de partenariat avec le secteur privé, notamment les fabricants de produits de santé, les acteurs des systèmes de santé privés, les industries extérieures au secteur de la santé, les universitaires et les syndicats.



LE CHAPITRE 5 se concentre sur les approches de lutte contre la tuberculose dans le contexte de la couverture santé universelle (CSU) et sur l'application de stratégies renouvelées impliquant des actions socio-économiques. Le chapitre appelle les États membres de l'ONU à respecter l'engagement qu'ils ont pris lors de l'UN HLM 2019 sur la CSU, visant à lutter contre la tuberculose grâce à des approches globales et une prestation de services intégrée, sans que personne ne soit laissé pour compte. Les actions socio-économiques nécessitent d'aller au-delà des interventions biomédicales pour impliquer un éventail beaucoup plus large de parties prenantes et d'alliés, y compris ceux qui travaillent dans les domaines de la protection sociale, du travail, du logement, de la régénération urbaine, de l'agriculture et de la justice, ainsi que des leaders culturels et des guérisseurs traditionnels.



LE CHAPITRE 6 identifie les priorités pour faire avancer la R&D et garantir l'accès à de nouveaux outils antituberculeux en mettant l'accent sur les nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins. Le Plan mondial reconnaît qu'en matière de R&D pour la tuberculose, continuer d'avancer comme nous l'avons fait auparavant ne constitue pas une option viable. La nouvelle modélisation incluse dans le chapitre montre le coût du retard dans l'investissement en R&D pour de nouveaux outils. Ce chapitre appelle les États membres de l'ONU à respecter leur engagement de combler le déficit de financement de la R&D en matière de tuberculose, en mobilisant une augmentation du financement, d'environ 700 millions de dollars américains en 2017 à plus de 2 milliards de dollars américains par an d'ici 2022. Le chapitre fournit également un cadre actualisé et chiffré pour guider les nouveaux investissements en R&D sur la tuberculose, conformément à la future stratégie mondiale de l'OMS pour la recherche et le développement en matière de tuberculose. Outre ce soutien financier, l'investissement mondial dans la recherche scientifique fondamentale doit également passer à environ 400 millions de dollars américains par an. Le chapitre décrit un nouveau cadre de répartition équitable à travers lequel les pays peuvent combler le déficit de financement de la R&D sur la tuberculose. Pour la première fois, des projets de recherche « standard » sont inclus. Ces projets pourraient être lancés rapidement pour contribuer de manière significative au développement de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins. Le chapitre détaille également la justification et les priorités permettant de faire avancer la recherche scientifique fondamentale, d'optimiser la livraison de nouveaux outils grâce à la recherche opérationnelle, de mettre en œuvre de nouveaux outils numériques et de créer un environnement global propice à la R&D. Pour garantir l'accès aux nouveaux outils, le chapitre se termine par un examen actualisé

des priorités de plaidoyer, des bonnes pratiques en matière d'implication de la communauté et des principes d'accès fondés sur les droits.



LE CHAPITRE 7 fournit un plan actualisé, par le biais duquel les États membres de l'ONU devraient respecter leur engagement d'augmenter le financement de la prévention et des soins de la tuberculose à hauteur de 13 milliards de dollars américains par an, et d'augmenter le financement de la R&D pour la tuberculose à plus de 2 milliards de dollars américains par an. Ce chapitre présente de nouvelles projections des ressources annuelles nécessaires pour atteindre les objectifs mondiaux de l'UN HLM sur le traitement et la prévention de la tuberculose. Les besoins en matière de ressources pour la

prévention et les soins de la tuberculose sont présentés par groupe de revenu national, par région OMS, par contexte national au sein du Plan mondial, par éligibilité au Fonds mondial et par adhésion au BRICS. Les besoins en matière de ressources de chaque pays pour la prévention et les soins de la tuberculose sont disponibles sur la page suivante : <http://www.stoptb.org/resources/countrytargets>. Les scénarios d'investissement actualisés sont conçus pour orienter les pays sur la bonne voie afin de leur permettre d'atteindre ces objectifs de traitement et de prévention, et de continuer de progresser en matière de R&D afin d'éradiquer l'épidémie de tuberculose d'ici 2030. Les calculs actualisés prévoient que les pays économiseront 44 dollars américains pour chaque dollar américain investi dans les activités du Plan mondial, avec un bénéfice économique mondial net de 711 milliards de dollars américains pour une mise en œuvre complète.

EN FINANÇANT LE SCÉNARIO D'INVESTISSEMENT DU PLAN MONDIAL (2018-2022) :

- 1 les pays atteindront les objectifs de traitement de l'UN HLM fixés pour 2022 ;
- 2 les jalons 2020 de la stratégie « Éliminer la tuberculose » seront atteints un an plus tard, en 2021 ;
- 3 le monde sera sur la bonne voie pour atteindre les jalons 2025 et l'échéance des ODD d'éliminer la tuberculose d'ici 2030 ;
- 4 40 millions de personnes bénéficieront d'un traitement antituberculeux, dont 3,5 millions d'enfants et 1,5 million de personnes atteintes de DR-TB, et plus de 30 millions de personnes bénéficieront d'un traitement préventif contre la tuberculose, permettant une réduction d'1,5 million du nombre de décès dus à la tuberculose et un gain de 48 millions d'années d'espérance de vie ajustée à l'incapacité (EVCI).
- 5 De nouveaux outils issus de la R&D se profileront pour la bataille d'éradication finale de la tuberculose d'ici 2030. Un retard de 5 ans dans l'augmentation du financement de la R&D sur la tuberculose (le coût de l'inaction) entraînerait la mort d'environ 2 millions de personnes supplémentaires et le développement de la tuberculose chez 13,9 millions de personnes supplémentaires.

INTRODUCTION

La tuberculose (TB), maladie transmissible par voie aérienne, causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*, est la principale cause de décès attribuable à un agent infectieux unique dans le monde.

En 2018, environ 10 millions de personnes ont contracté la tuberculose et environ 1,5 million en sont mortes.¹ La tuberculose pharmacorésistante (DR-TB) a touché environ un demi-million de nouvelles personnes en 2018, ce qui constitue une crise de santé publique et un risque pour la sécurité sanitaire dans de nombreux pays. Pourtant, on estime qu'aujourd'hui, seule une personne sur trois atteintes de DR-TB est traitée. Un autre défi réside dans le fait que chaque année, plus de 3 millions de personnes atteintes de tuberculose ne sont pas diagnostiquées et, par conséquent, ne disposent ni de traitement ni de soins efficaces.

Entre 2017 et 2018, une baisse de 2 % du nombre de personnes ayant contracté la tuberculose a été constatée. Toutefois, ces chiffres restent bien en deçà du rythme d'avancée nécessaire pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies et la stratégie d'éradication de la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (encadré 0.1). Même si certains domaines ont connu d'importants progrès, il est nécessaire de disposer de ressources bien plus importantes pour garantir que les personnes aient accès à des services de prévention et de soins antituberculeux de qualité, utilisant les meilleurs outils disponibles, et pour investir dans les domaines d'innovation essentiels à la mise au point de diagnostics, vaccins et schémas thérapeutiques modernes. Au rythme actuel, le monde ne sera pas en mesure d'éradiquer la tuberculose avant la fin du siècle.

Nous devons mettre l'effort mondial de lutte contre la tuberculose en marche.

En septembre 2018, l'Assemblée générale des Nations Unies a convoqué la toute première réunion de haut niveau des Nations Unies (UN HLM) sur la tuberculose. Cet événement déterminant a réuni plus de 1 000 participants, dont 16 chefs d'État et plus de 100 ministres et dirigeants de pays.² La réunion a donné lieu à une déclaration politique sur la lutte contre la tuberculose³, qui a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies. La Déclaration politique a établi des objectifs et des engagements à tenir d'ici 2022 afin d'atteindre les ODD visant à éliminer l'épidémie de tuberculose d'ici 2030. La Déclaration politique constitue un engagement vital et sans précédent à mettre en œuvre une réponse à la tuberculose fondée sur les droits, dans le monde entier, incitant les pays à agir au plus haut niveau politique.

L'UN HLM et la Déclaration politique qui l'accompagne sont le fruit d'un plaidoyer coordonné et d'une action politique de haut niveau. En septembre 2016, le Conseil de Stop TB Partnership, représenté par son président de l'époque, le Dr Aaron Mutsaers (alors ministre de la Santé d'Afrique du Sud), a appelé à la création d'une UN HLM sur la tuberculose, iden-

1 Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

2 UN HLM sur les principaux objectifs et engagements en matière de tuberculose. Genève : Stop TB Partnership ; 2019. http://www.stoptb.org/global/advocacy/unhlm_targets.asp

3 Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose. Unis pour éliminer à la tuberculose : une réponse mondiale urgente à une épidémie mondiale. Résolution A/RES/73/3 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/3

tifiant la nécessité extraordinaire d'une action de la part des chefs d'État. En novembre de l'année suivante, l'OMS a convoqué une conférence ministérielle mondiale sur l'élimination de la tuberculose. La conférence a eu lieu dans la Fédération de Russie et le président Vladimir Poutine y a prononcé un discours. Cette conférence a produit la Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose.⁴ Lors d'un événement précédant la réunion du conseil d'administration de Stop TB Partnership à Delhi, en Inde, en mars 2018, le Premier ministre Narendra Modi a prononcé un discours appelant à accélérer les efforts pour mettre fin à la tuberculose. Il s'est également engagé à mettre fin à la maladie en Inde d'ici 2025, avant l'objectif mondial. En juin 2018, une audition interactive de la société civile a été organisée dans le but de saisir les attentes et les préoccupations de la communauté, dont beaucoup ont été intégrées dans la déclaration politique finale. Au cours des mois précédant l'UN HLM sur la tuberculose, la société civile et les communautés affectées du monde entier ont plaidé pour des objectifs concrets de traitement et de prévention, entre autres engagements politiques, qui ont été adoptés dans la Déclaration politique de l'UN HLM sur la tuberculose.

Malgré l'urgence des défis qui se posent, il existe un espoir d'éliminer la tuberculose. Ces dernières années, la recherche et le développement (R&D) ont conduit à l'introduction d'un nouveau test de diagnostic qui réduit le temps nécessaire pour tester la résistance à un antibiotique clé. En outre, de nouveaux médicaments contre la DR-TB, les premiers d'une génération entière, ont été introduits et la recherche sur les nouveaux vaccins a atteint son stade le plus prometteur depuis des décennies. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a levé 14 milliards de dollars américains d'engagements de financement auprès des donateurs pour 2020-2022. Depuis la précédente édition du Plan mondial, nous avons

constaté une volonté renouvelée d'accomplir des progrès partagés sur les objectifs de santé mondiale, par exemple dans l'effort mondial renforcé pour parvenir à la couverture santé universelle (CSU) et dans la collaboration des principales institutions au Plan d'action mondial pour la santé et le bien-être de tous. Nous avons également constaté que les survivants

ENCADRÉ 0.1 : STRATÉGIE DE L'OMS POUR ÉLIMINER LA TUBERCULOSE

La stratégie de lutte contre la tuberculose¹, adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2014, est une stratégie de 20 ans dont l'objectif est de mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose. La stratégie s'appuie sur les opportunités présentées par les ODD, en particulier les objectifs visant à atteindre la CSU et la protection sociale contre les maladies. La stratégie d'éradication de la tuberculose a fixé des objectifs de réduction de 95 % des décès dus à la tuberculose et de 90 % du nombre de personnes qui développent la tuberculose d'ici 2035 (par rapport aux niveaux de 2015), et veille à ce qu'aucune famille ne soit exposée à des dépenses catastrophiques en raison de la tuberculose. Pour maintenir le cap quant à la réalisation des objectifs de la stratégie, des étapes intermédiaires ont été fixées pour 2020, 2025 et 2030. Le Plan mondial complète la stratégie d'éradication de la tuberculose de l'OMS et s'aligne sur les ODD en fournissant des recommandations sur la manière dont les gouvernements nationaux et les autres parties prenantes peuvent hiérarchiser les actions dans le but de mettre fin à l'épidémie de tuberculose, comme l'envisage la stratégie d'éradication de la tuberculose.

Les parties prenantes de tous les pays doivent jouer un rôle plus important dans l'éradication de la tuberculose. On estime que plus de la moitié des personnes atteintes de tuberculose dans le monde et les deux tiers des personnes atteintes de DR-TB dans le monde se trouvent au Brésil, en Fédération de Russie, en Inde, en Chine et en Afrique du Sud (BRICS), ainsi que dans d'autres économies émergentes. Ainsi, une implication croissante et soutenue, en particulier de la part des pays du BRICS, sera crucial pour atteindre les jalons mondiaux fixés par la stratégie d'éradication de la tuberculose.

4 Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. https://www.who.int/tb/features_archive/Online_Consultation_MinisterialConferenceDeclaration/en/

1 La stratégie d'éradication de la tuberculose. Organisation mondiale de la Santé ; 2015. https://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1

de la tuberculose et les communautés affectées s'organisaient de mieux en mieux, établissant de nouvelles normes et attentes mondiales à travers la Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose de 2019⁵, ainsi que la Déclaration des survivants de la tuberculose⁶, qui appelle tous les intervenants de la tuberculose à « ne rien faire pour nous sans nous ».

5 Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose. Genève : Stop TB Partnership ; 2019. <http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/FINAL%20Declaration%20on%20the%20Right%20of%20People%20Affected%20by%20TB%2013.05.2019.pdf>

6 Déclaration des survivants, présentée lors de la cérémonie d'ouverture de la 50e conférence mondiale de l'Union sur la santé respiratoire par la survivante Nandita Venkatesan. Paris : Union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires ; 2019. <https://hyderabad.worldlunghealth.org/2019/11/survivors-statement/>

Nous devons continuer de tirer parti de cet élan pour mettre fin à la tuberculose.

Cette mise à jour du Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2018-2022 reflète les progrès réalisés au cours des cinq dernières années et vise à soutenir la réalisation des engagements de l'UN HLM fixés pour 2022. En mettant en œuvre les actions prioritaires du Plan mondial et en mobilisant le financement nécessaire, les gouvernements nationaux et les programmes de lutte contre la tuberculose, soutenus par un plaidoyer mondial plus fort, peuvent nous mettre sur la bonne voie pour éliminer la tuberculose d'ici 2030, conformément aux ODD.

FIGURE 0.1 : RÉCAPITULATIF DES OBJECTIFS ET ENGAGEMENTS CLÉS DE L'UN HLM SUR LA TUBERCULOSE

LES ÉTATS MEMBRES DE L'ONU SONT ENGAGÉS À RÉALISER LES OBJECTIFS CLÉS SUIVANTS D'ICI 2022 :

- 1** Traiter avec succès 40 millions de personnes atteintes de tuberculose, dont 3,5 millions d'enfants (de moins de 15 ans).
- 2** Traiter avec succès 1,5 million de personnes atteintes de DR-TB, dont 115 000 enfants.
- 3** Fournir une thérapie préventive contre la tuberculose à au moins 30 millions de personnes, dont 4 millions d'enfants de moins de 5 ans, 20 millions d'autres contacts au sein du foyer de personnes atteintes de tuberculose et 6 millions de personnes vivant avec le VIH.
- 4** Augmenter l'investissement mondial pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de la tuberculose à hauteur de 13 milliards de dollars américains par an.
- 5** Augmenter l'investissement mondial pour la R&D pour la tuberculose à hauteur de 2 milliards de dollars américains par an.
- 6** Promouvoir et soutenir la fin de la stigmatisation et de toutes les formes de discrimination.
- 7** Développer des services de santé intégrés, centrés sur la personne, basés sur la communauté et sensibles au genre, fondés sur les droits humains.
- 8** Fournir, dès que possible, de nouveaux vaccins sûrs, efficaces, équitables, abordables et disponibles.
- 9** Continuer d'élaborer et de mettre en œuvre les éléments du nouveau cadre de responsabilisation multisectoriel.
- 10** Fournir un rapport d'étape en 2020 et un examen complet par les chefs d'État et de gouvernement lors d'une réunion de haut niveau en 2023.

À CETTE FIN, LES PAYS DEVRONT RESPECTER LEUR ENGAGEMENT DANS LE CADRE DE L'UN HLM À S'IMPLIQUER AVEC TOUTES LES PARTIES PRENANTES PERTINENTES, ET À N'OUBLIER PERSONNE, EN PARTICULIER DANS LES SECTEURS EXPLICITEMENT IDENTIFIÉS DANS LA DÉCLARATION POLITIQUE :

Santé et nutrition	Finance	Travail
Protection sociale	Éducation	Science et technologie
Justice	Agriculture	Environnement
Logement	Commerce	Développement

ENCADRÉ 0.2 :

LA TUBERCULOSE ET LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Les 17 ODD constituent l'axe principal des priorités mondiales pour la coopération au développement et guideront les priorités nationales dans la plupart des pays au cours de la décennie à venir. Mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici 2030 est l'un des buts de l'objectif 3, qui consiste à « assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous, à tous les âges ».

Les ODD ne seront atteints que s'ils sont abordés de manière globale, en comprenant les liens clairs qui existent entre les différents objectifs et comment le fait d'avancer vers un objectif aide à avancer vers les autres. Bien que l'éradication de l'épidémie de tuberculose soit étroitement liée à la réalisation d'un certain nombre d'ODD, l'intégration de réponses appropriées aux efforts visant à atteindre certains des autres ODD accélérera l'éradication de la tuberculose.

Il existe de multiples liens entre la tuberculose, la pauvreté et la sécurité alimentaire (objectifs 1 et 2). Le fait de parvenir à éviter la perte d'heures de travail liée à la tuberculose dans le monde viendra ajouter 12 milliards de dollars américains à la réalisation d'une croissance économique durable et du plein emploi productif (objectif 8). L'objectif 17 appelle au renforcement de la mobilisation des ressources nationales et à la recherche de ressources

financières supplémentaires provenant de multiples sources. Il demande également aux pays développés de mettre pleinement en œuvre leurs engagements à fournir une aide publique au développement, y compris l'engagement de consacrer 0,7 % du revenu national brut (RNB) à cette fin. À mesure que les économies se développeront, les améliorations associées en termes de conditions de vie (objectif 11) et d'égalité des droits aux soins de santé (objectif 16) contribueront à ralentir la propagation de la tuberculose. Lorsque le monde renforcera la législation applicable à la promotion de l'égalité des sexes (objectif 5) et réduira les inégalités en éliminant les pratiques discriminatoires (objectif 10), les personnes pourront accéder plus facilement au diagnostic et aux soins de la tuberculose, en particulier dans les cas où l'iniquité financière, les responsabilités familiales et les barrières culturelles peuvent jusque-là les avoir empêchées de bénéficier de soins. La lutte contre le changement climatique (objectif 13) pourrait atténuer la nécessité pour un grand nombre de personnes de migrer en réponse à un changement climatique (c'est-à-dire dans des environnements urbains surpeuplés qui sont favorables à la transmission de la tuberculose), prévenant les changements négatifs au niveau de la population en matière de nutrition et d'autres résultats potentiels.¹

1 The Lancet Infectious Diseases. Climate change: the role of the infectious disease community. Lancet Infect Dis. 2017;17(12):1219. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(17\)30645-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(17)30645-X/fulltext)

FIGURE 0.2 : CALENDRIER D'ACTION





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



RÉSUMÉ

L'objectif du Plan mondial est de fournir un plan chiffré pour les mesures que les pays devraient prendre afin d'atteindre les objectifs et de respecter les engagements de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies (l'UN HLM) sur la tuberculose, et se mettre sur la bonne voie pour mettre fin à la tuberculose, comme indiqué dans la stratégie « Éliminer la tuberculose » de l'OMS et dans les ODD.

Pour y parvenir, nous devons intensifier considérablement la lutte contre la tuberculose. En septembre 2018, l'UN HLM sur la tuberculose a produit la toute première Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose, qui établit un programme politique et stratégique pour atteindre les objectifs de la stratégie « Éliminer la tuberculose » et des ODD. Dans le cadre d'un effort renouvelé pour mettre fin à l'épidémie, la Déclaration politique contient de nombreux objectifs et actions spécifiques que les gouvernements se sont engagés à atteindre d'ici 2022.

Nous avons maintenant besoin d'un effort multi-sectoriel inclusif et d'un investissement total afin de respecter, au cours des prochaines années, les engagements de la Déclaration politique centrée sur les personnes, dans le but ultime de mettre fin à la tuberculose. La modélisation mise à jour du Plan mondial montre que si les engagements de prévention et de traitement de l'UN HLM sont respectés d'ici 2022, le monde se mettra sur la bonne voie pour éliminer la tuberculose.

LE PLAN MONDIAL SE CONCENTRE SUR TROIS OBJECTIFS CENTRÉS SUR LES PERSONNES, APPELÉS LES OBJECTIFS 90-(90)-90 :

- 1** Atteindre au moins 90 % de toutes les personnes qui ont besoin d'un traitement et d'une prévention contre la tuberculose.
- 2** Atteindre au moins 90 % des personnes au sein des populations clés.
- 3** Atteindre au moins 90 % de réussite du traitement chez les personnes diagnostiquées ou éligibles à un traitement préventif.¹

¹ Ces cibles s'inspirent à la fois des objectifs de traitement 90-90-90 de l'ONUSIDA et du communiqué de la 4e réunion des ministres de la santé des BRICS en décembre 2014, qui a exhorté les pays BRICS à aspirer à trois objectifs de 90 % pour les activités de lutte contre la tuberculose de leur pays d'ici 2020. Communiqué de la 4e réunion des ministres de la santé des pays BRICS, Brasilia, 5 décembre 2014. Brasilia : Ministère des relations extérieures du Brésil ; 2014. <http://www.brics.utoronto.ca/docs/141205-health.html>

MESURES PRIORITAIRES

Pour mettre fin à la tuberculose, et avec l'engagement actif et la participation active des survivants de la tuberculose, des communautés touchées, de la société civile au sens large, du secteur privé et des partenaires internationaux, les gouvernements nationaux doivent :

- ⊕ Soutenir publiquement les efforts des pays pour éliminer la tuberculose et mobiliser toutes les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs 90-(90)-90 et remplir les engagements de l'UN HLM, y compris les parts nationales des objectifs mondiaux de traitement et de prévention, visant à atteindre à la fois les adultes et les enfants atteints de tuberculose sensible aux médicaments (DS-TB) et de tuberculose pharmaco-résistante (DR-TB).
- ⊕ Effectuer les cinq changements fondamentaux identifiés dans le Plan mondial pour réaliser le changement de paradigme qui est essentiel pour éliminer la tuberculose :
 1. Faire preuve d'un leadership inclusif, multisectoriel et responsable qui comprend un engagement ferme à rendre compte régulièrement et à examiner les progrès.
 2. Transformer la réponse à la tuberculose pour qu'elle soit équitable, fondée sur les droits et centrée sur les personnes, avec des efforts proactifs pour atteindre les populations clés.
 3. Accélérer la R&D et faire progresser l'innovation dans les programmes et les interventions contre la tuberculose.
 4. Veiller à ce que les programmes et activités de lutte contre la tuberculose soient soutenus par des systèmes de santé solides qui ne laissent personne pour compte.
 5. Investir les fonds nécessaires pour mettre fin à la tuberculose, en utilisant tous les flux de financement nouveaux et innovants disponibles.
- ⊕ Ventiler les données sur la tuberculose pour permettre le suivi des progrès chez les adultes, les enfants, les hommes, les femmes et les populations clés.
- ⊕ Établir et maintenir un mécanisme mondial et multisectoriel pour garantir la responsabilité de respecter les engagements de l'UN HLM.

Objectifs mondiaux axés sur les personnes : 90-(90)-90

Nous devons intensifier la lutte et nous mettre sur la voie de l'élimination de la tuberculose. Aujourd'hui, seules 50 % environ des personnes atteintes de tuberculose guérissent. La réalisation des objectifs du Plan mondial permettra de combler cet écart inacceptable dans les soins antituberculeux.

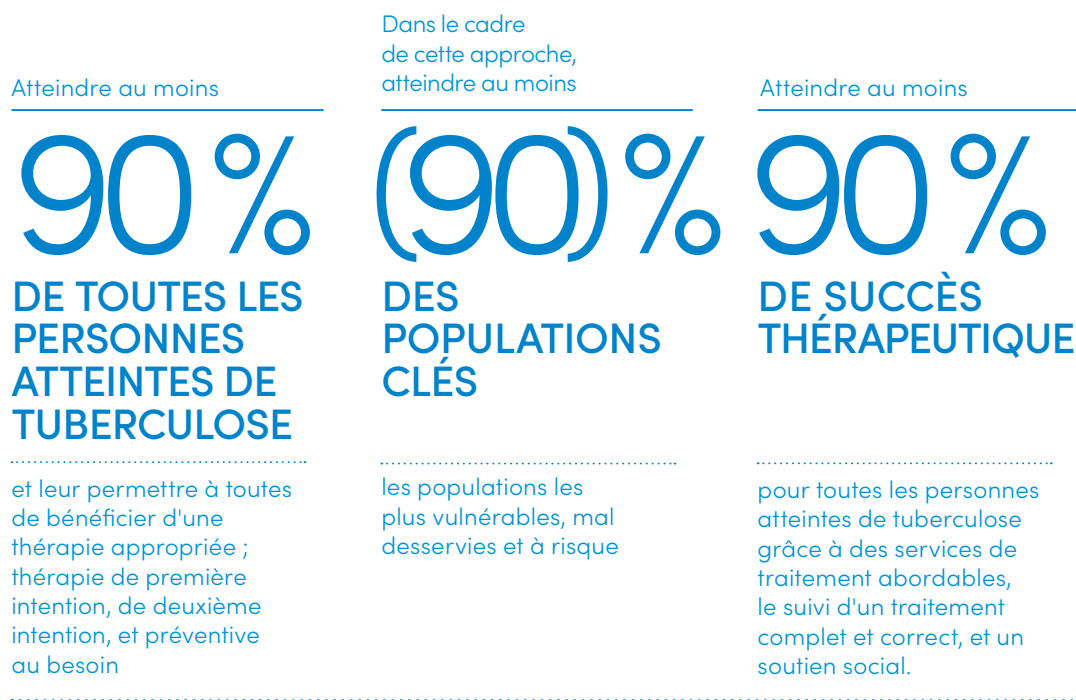
La Déclaration politique de l'UN HLM sur le VIH de 2016² reconnaît les objectifs 90-(90)-90, et la Déclaration politique³ de l'UN HLM sur la

tuberculose s'appuie sur les objectifs en incluant spécifiquement des engagements pour identifier et traiter la tuberculose chez les adultes et les enfants. La modélisation de l'impact montre que la réalisation des objectifs 90-(90)-90 et le respect des engagements de l'UN HLM d'ici 2022 mettront le monde sur la bonne voie pour atteindre les jalons d'incidence et de mortalité de 2025 de la stratégie « Éliminer la tuberculose ». Les objectifs 90-(90)-90 sont expliqués ci-dessous (voir figure 1.1).

2 Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 8 juin 2016. A/Res/70/266. Déclaration politique sur le VIH et le SIDA : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf

3 Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose. Unis pour éliminer la tuberculose : à urgence mondiale, action mondiale. Résolution A/RES/73/3 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018. <https://www.who.int/tb/unhlmontBDeclaration.pdf>

FIGURE 1.1 : LES OBJECTIFS 90-(90)-90
LE PLAN MONDIAL LES DÉCRIT COMME LES OBJECTIFS 90-(90)-90 :



OBJECTIF 1 : Atteindre 90 % des personnes ayant besoin d'un traitement et d'une prévention contre la tuberculose

En améliorant le taux de personnes ayant reçu un diagnostic ainsi que celui des personnes mises sous traitement, les pays peuvent réduire la propagation de la maladie et diminuer l'incidence. Cela nécessite une détection précoce et un traitement rapide de 90 % des personnes atteintes de tuberculose (à la fois DS-TB et DR-TB) et 90 % des personnes nécessitant un traitement préventif.⁴

Le fait d'atteindre de façon proactive les personnes à risque de tuberculose et d'assurer un dépistage systématique, un diagnostic et des soins appropriés ; une approche communément appelée dépistage actif des cas, est essentiel pour atteindre les millions de personnes qui n'ont pas accès aux services antituberculeux. Alors que les meilleures approches de dépistage actif des cas seront déterminées par les contextes locaux, les bonnes pratiques émergentes supposent de soutenir les efforts de sensibilisation à base communautaire ; de renforcer les systèmes de santé afin de pouvoir fournir les services antituberculeux plus efficacement ; d'intégrer le dépistage de la tuberculose à d'autres interventions sanitaires (par exemple, pour le VIH, le diabète, la nutrition) ; d'optimiser l'utilisation des outils et ressources existants ; d'élargir les pilotes de dépistage actif de cas réussi ; et d'assurer le financement et le soutien du gouvernement pour le dépistage actif de cas.⁵

Il est également essentiel de mettre davantage l'accent sur la prévention pour éliminer la tuberculose. Les personnes à risque de contracter la tuberculose ont le droit de recevoir un traitement préventif, et les personnes doivent être testées et traitées pour une infection tuberculeuse dans

le strict respect des droits de l'homme et des considérations éthiques les plus strictes. En 2018, l'OMS a mis à jour ses directives de prévention de la tuberculose pour recommander un effort global plus accentué pour dispenser des soins aux personnes qui bénéficieraient de la prévention de la tuberculose.⁶ Les groupes qui ont le plus besoin de prévention sont les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse qui est la plus susceptible d'évoluer vers une tuberculose active, par exemple, les personnes vivant avec le VIH, les nourrissons, les enfants et adultes qui sont les contacts familiaux d'une personne ayant reçu un diagnostic de tuberculose, et les patients atteints de silicose ou d'autres problèmes de santé qui les exposent à un risque élevé. Ces groupes à risque devraient bénéficier d'un dépistage systématique de la tuberculose et recevoir un traitement préventif.

OBJECTIF 2 : Atteindre 90 % des personnes ayant besoin d'un traitement et d'une prévention parmi les populations vulnérables, mal desservies et à risque

L'objectif 2 est un sous-ensemble de l'objectif 1 (d'où les parenthèses). L'équité et les droits de l'homme exigent un effort particulier pour atteindre ces populations. (Le chapitre 3 décrit les groupes de populations clés.) Cibler les populations les plus vulnérables est une bonne politique économique et de santé publique. Le but de l'objectif 2 est de fournir un traitement et des soins par le biais de programmes abordables qui protègent les patients et leurs familles des coûts souvent catastrophiques associés à la tuberculose. Le Plan mondial recommande que chaque programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) travaille avec les communautés touchées par la tuberculose pour définir ses populations clés, pour planifier et mettre en œuvre les services appropriés, et pour mesurer, rendre compte et examiner les progrès accomplis pour atteindre ces populations.

4 La thérapie préventive traite l'infection tuberculeuse avant qu'elle ne se transforme en maladie tuberculeuse.

5 Bonnes pratiques en matière de dépistage et de traitement des cas de tuberculose : réflexions et enseignements de l'Afrique de l'Ouest et centrale, et au-delà. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2018. https://www.theglobalfund.org/media/8273/core_wca-tb-best-practices_technicalbrief_en.pdf?u=637066545900000000

6 Infection tuberculeuse latente : directives actualisées et consolidées pour la gestion programmatique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260233/9789241550239-eng.pdf?sequence=1>

OBJECTIF 3 : Atteindre un taux de réussite du traitement d'au moins 90 % chez toutes les personnes diagnostiquées et toutes les personnes éligibles au traitement préventif de la tuberculose

Cela inclut toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de DS-TB ou DR-TB, ou qui sont éligibles à un traitement préventif. Actuellement, dans de nombreux contextes, un grand nombre de personnes ayant reçu un diagnostic positif à la tuberculose ne commencent pas de traitement et peuvent même ne pas être informées de leur statut. Le Plan mondial exhorte les programmes de lutte contre la tuberculose à adopter la nouvelle approche consistant à notifier à toutes les personnes ayant reçu un diagnostic d'infection ou de maladie tuberculeuse de leur statut ; d'assurer un traitement complet et approprié pour toutes les personnes qui en ont besoin, y compris les contacts des personnes atteintes de tuberculose active éligibles à un traitement préventif ; d'être responsables des résultats du traitement ; et de rendre compte de tous les résultats à l'échelle nationale, ventilés par âge et population clé. Pour atteindre cet objectif, les pays devront fournir un soutien complet qui assure la continuité des soins et aide les personnes atteintes de tuberculose à suivre un traitement de qualité garantie.

**ENCADRÉ 1.1 :
IDENTIFIER. SOIGNER. TOUT LE
MONDE. #ENDTB**

Pour intensifier l'action visant à atteindre les objectifs 90-(90)-90 et permettre l'accès universel à la prévention et aux soins de la tuberculose, l'OMS, Stop TB Partnership et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont lancé une initiative : IDENTIFIER. SOIGNER. TOUT LE MONDE. #ENDTB. L'initiative implique la société civile, les communautés affectées et les partenaires de financement du développement, qui sont tous invités à se joindre à l'effort commun, par le biais d'engagements concrets permettant de toucher tous les adultes, enfants et adolescents vivant avec la tuberculose (DS-TB et DR-TB) et avec l'infection par la tuberculose. À court terme, la priorité de l'initiative est de permettre l'accès aux soins aux millions de personnes qui ne bénéficient pas de soins antituberculeux de qualité chaque année.¹

1 Initiative conjointe « IDENTIFIER. SOIGNER. TOUT LE MONDE. #ENDTB » [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. <https://www.who.int/tb/joint-initiative/en/>

Le changement de paradigme

Conformément à la Déclaration politique de l'UN HLM sur la tuberculose, le Plan mondial identifie cinq changements fondamentaux qui doivent être mis en œuvre dans le cadre du changement de paradigme nécessaire pour mettre fin à la tuberculose. La mise en œuvre de ces changements contribuera à accélérer les progrès des pays vers la réalisation des objectifs 90-(90)-90.⁷

7 L'édition précédente du Plan mondial a identifié huit changements fondamentaux qui doivent être apportés pour produire le changement de paradigme nécessaire à l'élimination de la tuberculose. Bien que les objectifs restent les mêmes, ces changements ont été révisés dans l'édition actuelle pour s'aligner sur les principaux engagements pris dans la Déclaration politique de l'UN HLM sur la tuberculose.

1. Faire preuve d'un leadership inclusif, multisectoriel et responsable pour un engagement ferme qui devra rendre compte régulièrement afin d'en mesurer les progrès.

Toutes les parties prenantes doivent adopter l'état d'esprit selon lequel notre objectif est de mettre fin à la tuberculose. Des progrès aussi spectaculaires que ceux envisagés dans la stratégie « Éliminer la tuberculose » ne peuvent être réalisés que lorsque les dirigeants d'un pays annoncent à leur population, et à leurs services de santé publique, que la tuberculose sera combattue dans le cadre d'une campagne à long terme, comme le VIH ou même la polio, et qu'ils consacreront les ressources nécessaires à l'éli-

mination de la tuberculose dans le pays. Les dirigeants de haut niveau du pays devraient également instituer des systèmes de responsabilité pour mettre fin à la tuberculose conformément aux engagements (voir ci-dessous pour une discussion plus détaillée sur la responsabilité dans l'élimination de la tuberculose).

Collectivement, dans le cadre de la Déclaration politique de l'UN HLM sur la tuberculose, les gouvernements se sont engagés à assurer les points suivants :

ENGAGEMENT 1

diagnostic et traitement dans le but de traiter avec succès 40 millions de personnes, dont 3,5 millions d'enfants atteints de tuberculose d'ici 2022 ;

ENGAGEMENT 2

diagnostic et traitement dans le but de traiter avec succès 1,5 million de personnes, dont 115 000 enfants atteints de DR-TB d'ici 2022 ;

Le respect de ces engagements est essentiel pour mettre fin à la tuberculose et nécessitera la mobilisation d'un large éventail de responsables gouvernementaux, chefs d'État et de gouvernement, membres du parlement, maires et administrateurs communautaires, pour travailler avec les organisations de la société civile (OSC) et les citoyens dans un effort à long terme visant à diagnostiquer, traiter et prévenir la tuberculose. Cet effort exigera un engagement politique et une coordination aux plus hauts niveaux qui relient les ministères, en particulier ceux des

ENGAGEMENT 3

une thérapie préventive pour au moins 30 millions de personnes, dont 4 millions d'enfants de moins de 5 ans, 20 millions d'autres contacts familiaux de personnes touchées par la tuberculose et 6 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici 2022.

finances et du travail. Il faudra également des alliances efficaces entre le gouvernement, la société civile, les communautés affectées et le secteur privé pour agir sur la pauvreté, la protection sociale, la justice et la réforme du travail. En outre, cela exigera une plus grande collaboration Sud-Sud sur le renforcement des capacités dans les pays, des ressources humaines dotées des compétences et capacités techniques appropriées, et des personnes pour concevoir et mettre en œuvre des initiatives régionales stratégiques.

2. Transformer la réponse à la tuberculose pour qu'elle soit équitable, fondée sur les droits et centrée sur les personnes, avec des efforts proactifs pour atteindre les populations clés.

Une approche de la tuberculose fondée sur les droits humains est fondée sur le droit international, régional et national. Ces lois établissent le droit de tous, partout dans le monde, d'atteindre le meilleur état de santé, d'être à l'abri de toute discrimination, et de jouir de la confidentialité, de la liberté de mouvement et des avantages

du progrès scientifique, entre autres. La législation en matière de droits de l'homme établit également les obligations juridiques des gouvernements et des acteurs privés.

Afin de mettre en œuvre une approche de la tuberculose fondée sur les droits de l'homme, les pays doivent :

- 1** Interdire la discrimination à l'encontre des personnes atteintes de tuberculose ;
- 2** Donner aux individus les moyens de connaître leur statut tuberculeux et établir des droits légaux pour accéder au dépistage et au traitement de la tuberculose, y compris l'élimination des obstacles financiers et physiques au traitement et aux soins ;
- 3** Assurer la participation des personnes touchées par la tuberculose aux processus de prise de décision en matière de politiques de santé ;
- 4** Établir des mécanismes pour aborder les droits des personnes atteintes de tuberculose et assurer leur mise en œuvre ;
- 5** Protéger la vie privée des personnes atteintes de tuberculose.

Une approche sexospécifique de la tuberculose vise à résoudre les problèmes sociaux, juridiques, culturels et biologiques qui sous-tendent l'inégalité entre les sexes et contribuent à de mauvais résultats sanitaires. Elle encourage les investissements visant à prévenir de nouveaux cas de tuberculose et à renforcer la réponse afin de donner effet au droit à la santé des femmes et des filles, des hommes et des garçons, et des personnes de tous genres, dans toute leur diversité.

Le cas échéant, ces protections devraient être incluses dans la loi ou la législation constitutionnelle. Si cela n'est pas possible, elles devraient être incorporées en tant que droits légaux aux politiques nationales et locales de lutte contre la tuberculose.

Les personnes atteintes de tuberculose et les groupes qui les représentent doivent être au cœur du changement de paradigme pour une

approche équitable, fondée sur les droits et centrée sur les personnes. Les communautés affectées doivent être incluses dans chaque domaine de prise de décision, siéger au conseil d'administration d'organisations et d'institutions qui dispensent des soins, et partager leur expérience et leurs connaissances en tant que partenaires égaux et précieux dans tous les forums sur la tuberculose. La communauté doit également être dotée de ressources, et être habilitée à former des caucuses, à choisir ses propres représentants et à interagir avec les médias.

Les personnes atteintes de tuberculose et leurs communautés doivent également être partenaires dans la conception et la planification des stratégies de lutte contre la tuberculose, et se voir attribuer un rôle clé dans le suivi et l'évaluation, en particulier au moment où elles en ont besoin. De nouveaux outils, notamment les médias sociaux, l'audit social et les observa-

toires sociaux, qui sont essentiels au partage des connaissances au niveau communautaire, ont le potentiel d'être utilisés de manière stratégique aux côtés des formes traditionnelles de surveillance épidémiologique.

3. Accélérer la R&D et faire progresser l'innovation dans les programmes et les interventions contre la tuberculose.

Le changement de paradigme nécessite de nouveaux médicaments, diagnostics et vaccins, et que les programmes antituberculeux soient équipés pour mettre fin à la tuberculose en tant qu'épidémie. Les gouvernements nationaux et les bailleurs de fonds pour la recherche doivent donner la priorité à la R&D sur la tuberculose et prendre des mesures pour créer un environnement propice à de nouveaux progrès. Les programmes doivent être équipés de façon à pouvoir déployer rapidement et efficacement tous les nouveaux médicaments, diagnostics et vaccins qui arrivent sur le marché afin d'assurer un accès équitable aux nouveaux outils de lutte contre la tuberculose.

Les autorités nationales responsables de la lutte contre la tuberculose doivent être habilitées à entreprendre les changements de politique nécessaires, à allouer des ressources et à mettre en œuvre des activités qui auront un impact. Les programmes devraient répondre aux besoins des contextes locaux, en identifiant les zones sensibles en matière de tuberculose et les régions qui

nécessiteront des efforts plus intensifs, comme les régions à haut niveau de pauvreté.

Les programmes de lutte contre la tuberculose doivent se concentrer non seulement sur le sauvetage de vies, mais aussi sur l'arrêt de la transmission grâce à la détection précoce des cas et sur une prévention renforcée par le biais d'une approche ciblée pour servir les communautés à haut risque. Les programmes de lutte contre la tuberculose devraient être équipés afin d'abandonner l'ancienne approche en faveur d'une intensification plus rapide des traitements et des soins contre la DS-TB et DR-TB. Pour ce faire, les programmes devront rechercher des approches innovantes en matière de prestation de services, intégrant l'utilisation des médias sociaux et de la santé mobile. Les programmes locaux doivent également être habilités à trouver des solutions innovantes pour identifier et traiter les groupes vulnérables. Ces efforts nécessiteront une collecte de données de haute qualité, une surveillance en temps réel et une expertise du secteur privé.

4. Veiller à ce que les programmes et activités de lutte contre la tuberculose soient soutenus par des systèmes de santé solides qui ne laissent personne pour compte.

Des systèmes de santé solides sont essentiels pour combler les lacunes dans le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose. La fragmentation des activités de lutte contre la tuberculose et la faible priorité politique souvent accordée aux programmes de lutte contre la tuberculose dans les systèmes de santé nationaux doivent cesser, de même que la séparation des programmes de lutte contre les différentes formes de tuberculose

et les co-infections par des maladies spécifiques. Au lieu de cela, les programmes de lutte contre la tuberculose devraient être coordonnés avec les programmes de lutte contre le VIH/sida, et les programmes de santé maternelle et infantile. De même, les soins antituberculeux devraient être dispensés par le biais des soins de santé primaires dans le contexte de la CSU et de nouveaux modèles de financement de la santé. Les gouvernements devraient investir

dans des systèmes communautaires, impliquant les survivants de la tuberculose, les communautés affectées et les dirigeants communautaires dans la conception de programmes centrés sur les personnes qui assurent un accès local aux soins et services antituberculeux pour tous.

Les efforts pour lutter contre la tuberculose devraient également inclure des interventions visant à fournir des soins et des services pour la tuberculose extrapulmonaire et la tuberculose zoonotique, en adoptant l'approche One Health. Cette approche reconnaît que la santé des humains est liée à la santé des animaux et de l'environnement. Il est urgent d'augmenter les ressources humaines disponibles pour mettre fin à la tuberculose, ainsi que d'améliorer la collecte et l'analyse des données pour mieux informer et aider à l'élaboration de programmes.

Les interventions médicales ne suffiront pas à elles seules à mettre fin à la tuberculose. Les mesures et investissements non médicaux, notamment les efforts pour améliorer le logement et l'assainissement, réduire la pauvreté et renforcer les dispositifs de sécurité sociale (par exemple, la CSU, l'assurance invalidité et la protection sur le lieu de travail pour les personnes atteintes de tuberculose), ainsi que les programmes visant à éliminer les coûts catastrophiques pour les personnes et les familles touchées par la tuberculose, auront pour effet de faire baisser le nombre de personnes qui contractent la tuberculose et en meurent. La planification et l'investissement dans de telles activités non médicales ne peuvent pas attendre, car plusieurs années sont généralement nécessaires pour les mettre en œuvre et constater un impact sur l'incidence de la tuberculose.

5. Investir les fonds nécessaires pour mettre fin à la tuberculose, en utilisant tous les flux de financement nouveaux et innovants disponibles.

Éliminer la tuberculose nécessite une augmentation substantielle des financements nationaux, financements des donateurs et financements innovants dans les programmes de lutte contre la tuberculose et la R&D sur la tuberculose, avec d'importants investissements préalables pendant la période du Plan mondial (voir le chapitre 7 sur les besoins en ressources). Dans la Déclaration politique de l'UN HLM sur la tuberculose, les gouvernements nationaux se sont engagés à mobiliser au moins 13 milliards de dollars américains par an pour soutenir les soins contre la tuberculose. Des changements importants devraient également être apportés à la manière dont les fonds sont collectés et déployés, de façon à inclure un investissement accru dans les systèmes communautaires.

Les programmes de lutte contre la tuberculose doivent procéder à une analyse de rentabilité convaincante, à une utilisation efficace des ressources, puis donner la priorité aux investissements et mutualiser les ressources avec d'autres programmes. Des approches de financement innovantes, y compris une meilleure utilisation

des incitations, offrent une opportunité d'augmenter les ressources allouées à la lutte contre la tuberculose. Des approches de financement axées sur les résultats sont en cours de déploiement dans de nombreux pays et commencent à produire des résultats positifs en fournissant des incitations financières aux prestataires et aux installations pour obtenir des résultats spécifiques. Les programmes de lutte contre la tuberculose doivent faire partie de ces initiatives.

En plus de continuer à renforcer la réponse du secteur public à la tuberculose, les programmes de lutte contre la tuberculose devraient impliquer le secteur privé et les prestataires de soins de santé du secteur privé en tant que partenaires, en adoptant leur capacité à répondre aux demandes de services clés grâce à des modèles d'entreprise sociale. Au fur et à mesure que les initiatives d'assurance sociale et les mécanismes de financement mixtes innovants se développent, les programmes de lutte contre la tuberculose doivent s'aligner et s'intégrer de manière proactive à ces initiatives.

Les arguments économiques en faveur de l'élimination de la tuberculose

Les arguments économiques en faveur de l'élimination de la tuberculose sont convaincants. Une analyse réalisée par KPMG prévoit que si le statu quo se poursuit, les décès causés par la tuberculose coûteront à l'économie mondiale 983 milliards de dollars américains entre 2015 et 2030.⁸ Le traitement antituberculeux est quant à lui peu coûteux et très efficace. En moyenne, un traitement efficace peut donner à une personne au milieu de sa vie productive environ 20 années de vie supplémentaires, ce qui se traduit par des bénéfices économiques et sanitaires substantiels.⁹

Le Panel de haut niveau pour les ODD de l'ONU a estimé qu'un investissement de 1 dollar américain dans les soins antituberculeux offre un retour sur investissement de 30 dollars américains.¹⁰ D'autres études ont établi ce rendement à 115 dollars américains pour chaque dollar

investi.¹¹ Les avantages économiques de l'élimination de la tuberculose l'emportent sur les coûts, faisant des efforts de lutte contre la tuberculose un élément essentiel du programme de développement durable.

Les programmes d'investissement du Plan mondial proposent des interventions conçues pour avoir le plus grand impact et assurer un retour sur investissement (RSI) maximum pour chaque contexte particulier. Les programmes d'investissement sélectionnés pour les différents contextes sont décrits en détail au chapitre 2.

8 Global economic impact of tuberculosis: a report for the Global TB Caucus. Zurich: KPMG; 2017. https://docs.wixstatic.com/ugd/309c93_bf9baa1398334a8aa1ff19cb083b129e.pdf?index=true

9 Vassal A. Tuberculosis perspective paper: benefits and costs of the education targets for the post-2015 development agenda. Tewksbury: Copenhagen Consensus Center; 2014. <http://www.copenhagenconsensus.com/publication/post-2015-consensus-health-perspective-tuberculosis-vassal>

10 Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau du Secrétaire général chargé d'étudier le programme de développement pour l'après-2015. New York : Secrétariat général des Nations Unies ; 2015. <https://www.un.org/sg/en/management/beyond2015.shtml>

11 Goodchild M, Sahu S, Wares F, et al. A cost-benefit analysis of scaling up tuberculosis control in India. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011;15:358–62.

Mesure des progrès

Stop TB Partnership mesurera les progrès accomplis pour atteindre les objectifs 90-(90)-90, ainsi que les jalons pour la R&D et les objectifs de financement définis dans le Plan mondial. Le premier rapport a été publié en 2017 et a servi de référence, en utilisant les dernières données disponibles à ce moment-là, datant de 2015.¹²

Sur la base des données de 2018 communiquées par les gouvernements nationaux à l'OMS, seulement 68 % du nombre estimé de personnes atteintes de tuberculose dans le monde et 30 %

de celles atteintes de DR-TB ont été diagnostiquées et ont commencé un traitement. La couverture chez les enfants était encore plus faible. La grande majorité des personnes éligibles au traitement préventif de la tuberculose n'y ont pas eu accès ; seuls 27 % des enfants de moins de 5 ans éligibles ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose. Le nombre de contacts de plus de 5 ans au sein d'un ménage qui ont reçu un traitement préventif a en fait diminué de 30 % entre 2017 et 2018. Il existe encore d'énormes lacunes dans les données, qui doivent être comblées afin de comprendre l'accessibilité et les résultats des soins et services antituberculeux parmi les populations clés. Dans l'ensemble, le taux de réussite du traitement pour la DS-TB

12 Le rapport sur la tuberculose à l'intention des chefs d'État et de gouvernement. Genève : Stop TB Partnership ; 2017. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/909090_PDF_LR.pdf

était de 80 % ; pour la DR-TB, il était de 55 % dans le monde.¹³

À l'avenir, les gouvernements devraient ventiler les données afin de permettre le suivi des progrès chez les adultes, les enfants, les hommes, les femmes et les populations clés. Le Plan mondial recommande que les gouvernements nationaux, en collaboration avec la société civile, adoptent des objectifs supplémentaires axés sur les processus selon les besoins pour suivre et rendre compte publiquement des progrès

par rapport aux éléments liés au changement de paradigme, comme décrit dans la section suivante. Ces éléments comprennent le nombre de personnes testées pour la tuberculose, les systèmes communautaires, les populations clés et les soins du secteur privé.

13 Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

ENCADRÉ 1.2 :

AFRIQUE DU SUD : CHANGEMENT DE PARADIGME EN COURS

Certains pays montrent déjà qu'un changement de paradigme est possible. L'Afrique du Sud, pays présentant l'un des taux de tuberculose les plus élevés au monde, a lancé une vaste campagne pluriannuelle pour réduire considérablement ses taux de tuberculose.

Au cours des dernières années, l'Afrique du Sud a pris de nombreuses mesures audacieuses, dont certaines sont décrites ci-dessous :

- L'Afrique du Sud est le premier pays à avoir complètement remplacé la microscopie par des tests moléculaires rapides, avec GeneXpert comme premier outil de diagnostic de la tuberculose. Ce changement a également permis d'assurer que le statut de résistance aux médicaments de chaque personne soit identifié au moment du diagnostic, ce qui permet de lancer rapidement le schéma thérapeutique approprié.
- Le pays a été le premier à étendre le nouveau médicament antituberculeux à la bédaquiline à la plupart des personnes atteintes de tuberculose résistante à la rifampicine (RR-TB). Ceci permettra de réduire considérablement l'utilisation de médicaments injectables dans le pays, conformément aux bonnes pratiques internationales.
- Le pays a été le plus rapide à étendre le traitement préventif de la tuberculose. Bien que la couverture ne soit pas encore adéquate, l'Afrique du Sud à elle seule était à l'origine d'environ 40 % du total mondial des traitements préventifs contre la tuberculose en 2017.

- Le pays a déjà largement intégré ses soins contre le VIH et la tuberculose, en cherchant à garantir que chaque individu diagnostiqué positif au VIH soit également testé et si nécessaire traité pour une tuberculose active ou soumis à un traitement préventif contre la tuberculose, à l'aide d'outils modernes. L'Afrique du Sud s'est placée à l'avant-garde du dépistage chez les groupes de population clés, en prenant des mesures audacieuses pour tirer parti de ces expériences et mettre en place un système d'amélioration de la qualité permettant de disposer de programmes de sensibilisation et de dépistage efficaces et ciblés.

- Avec ses infrastructures et sa capacité de recherche, le pays joue également un rôle essentiel dans la R&D de nouveaux outils plus efficaces pour prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose. Les chercheurs sud-africains apportent une contribution majeure aux efforts mondiaux de développement de nouveaux outils, de la recherche à un stade précoce aux essais cliniques à grande échelle.

Différentes raisons expliquent les progrès rapides que l'Afrique du Sud a été en mesure d'accomplir. L'une des raisons majeures tient à l'engagement politique soutenu du gouvernement, conduit par le ministre de la Santé et soutenu par le président, le vice-président et le Parlement.

Responsabilité en termes de respect des engagements en matière de tuberculose

Engagements de l'UN HLM en matière de responsabilité

Sous-tendant leurs engagements opérationnels pour mobiliser une réponse urgente à la tuberculose, les États membres des Nations Unies ont promis de prendre des mesures fermes afin de respecter ces engagements. Le Plan mondial exhorte les États membres à respecter l'ensemble des engagements en matière de responsabilité qu'ils ont approuvés dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose.

Il s'agit notamment de prendre des mesures de haut niveau, à mettre en place des systèmes et procédures de surveillance et de communication de l'information, et à examiner les progrès accomplis dans les efforts mondiaux, régionaux et nationaux contre la tuberculose.

La Déclaration politique a également exhorté le Secrétaire général de l'ONU, en étroite collaboration avec le Directeur général de l'OMS, à promouvoir la collaboration entre toutes les parties prenantes pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose et à mettre en œuvre la Déclaration politique, en collaboration avec les États membres et les entités concernées, y compris les fonds, les programmes, les agences spécialisées des Nations Unies, les commissions régionales des Nations Unies, Stop TB Partnership, Unitaïd et le Fonds mondial.

Élément essentiel à la responsabilisation : le cadre de responsabilisation multisectoriel en matière de tuberculose

Assurer la responsabilité est une entreprise complexe. Afin de fournir un cadre commun pour discuter de la responsabilité, et pour aider à identifier les domaines sur lesquels la réponse à la tuberculose doit davantage se concentrer, l'OMS a été invitée à développer un cadre de

responsabilisation en collaboration avec les partenaires. Approuvé à l'échelle mondiale aux plus hauts niveaux politiques, le Cadre multisectoriel de responsabilité de l'OMS pour accélérer les progrès vers l'élimination de la tuberculose d'ici 2030 (MAF-TB)¹⁴ est le cadre essentiel pour garantir que les engagements en matière de tuberculose conduisent à des progrès mesurables qui mettent fin à la tuberculose. Les délégations nationales participant à la Conférence ministérielle mondiale sur l'élimination de la tuberculose à l'ère des ODD ont appelé à l'élaboration du MAF-TB, qui a ensuite été élaboré par le Secrétariat de l'OMS en consultation avec les États membres de l'ONU et les acteurs de la lutte contre la tuberculose.¹⁵ L'Assemblée générale des Nations Unies a accueilli le projet de MAF-TB en 2018 et le Secrétariat de l'OMS a finalisé le MAF-TB en avril 2019.

Le MAF-TB donne un aperçu et une structure des éléments et des mécanismes qui composent une approche globale et efficace de la responsabilisation, ainsi que des relations entre eux. Le cadre peut et doit être adapté aux besoins des différents contextes dans lesquels il est mis en œuvre. Le cadre est multisectoriel, impliquant des secteurs de l'économie et du gouvernement liés à l'effort plus large visant à respecter les engagements en matière de tuberculose : santé et nutrition, finance, travail, protection sociale, éducation, science et technologie, justice, agriculture, environnement, logement, commerce et développement.

Les composantes essentielles du MAF-TB sont : les engagements, les actions, le suivi et les rapports, et l'examen ; le suivi et les rapports étant

¹⁴ Cadre de responsabilisation multisectoriel pour accélérer les progrès vers l'élimination de la tuberculose d'ici 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. <https://www.who.int/tb/publications/MultisectoralAccountability/en/>

¹⁵ Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. https://www.who.int/tb/features_archive/Online_Consultation_MinisterialConferenceDeclaration/en/

ENCADRÉ 1.3 : INDE : UN ENGAGEMENT POLITIQUE AMBITIEUX POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE¹

L'Inde, où vit une personne atteinte de tuberculose sur quatre dans le monde, a récemment changé sa trajectoire d'évolution dans ce domaine. Lors d'un discours historique, le 13 mars 2018, le Premier ministre Narendra Modi a formulé un projet d'éradication de la tuberculose en Inde d'ici 2025, avant les échéances des ODD. Cet engagement a depuis mené à plusieurs étapes jusqu'alors jamais réalisées :

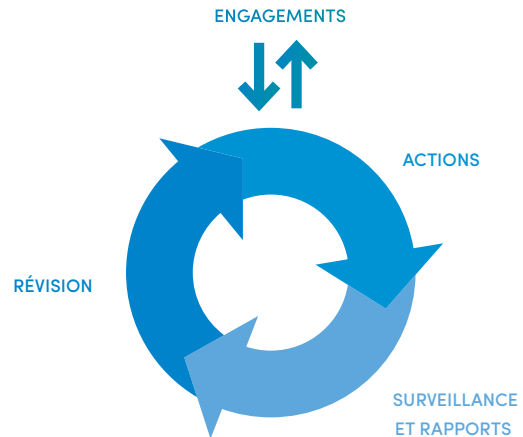
- Un ambitieux plan stratégique national a été élaboré et l'engagement a été pris de le financer intégralement.
- Dans le budget national, trois à quatre fois plus de fonds pour la tuberculose ont été alloués.
- Plusieurs mesures ont été prises pour améliorer les soins antituberculeux et la notification des cas de tuberculose diagnostiqués dans le secteur privé. Au cours des dernières années, le secteur privé a notifié des centaines de milliers de patients tuberculeux qui ont reçu un diagnostic et bénéficié d'un traitement, entraînant une augmentation significative de la détection et de la notification des cas de tuberculose dans le pays. En 2018, on a notifié 300 000 cas de tuberculose de plus qu'en 2017.
- L'Inde est à ce jour le seul pays à avoir mis en place un système d'information en ligne sur le Web, où les notifications de tuberculose sont disponibles dans le domaine public en temps réel, par État et par district. Ce système, appelé « Nikshay »², constitue un système de gestion et de suivi des patients, qui relie les laboratoires, les sites de traitement, les prestataires du secteur privé et les fonctions de santé publique telles que la notification et la recherche de contacts.
- Les personnes sous traitement antituberculeux ont le droit de recevoir chaque mois des virements bancaires directs, à utiliser pour les dépenses liées à la nutrition et à l'assistance sociale.
- Le Cabinet du Premier ministre, le ministre de la Santé, les ministres en chef des États et les députés ont participé au suivi de la réponse à la tuberculose grâce à des objectifs simples, axés sur les personnes et fixés pour chaque État et district.

Les mesures ambitieuses que l'Inde prend pour mettre fin à la tuberculose fournissent un modèle pratique que d'autres pays pourront adapter à leur propre contexte.

utilisés pour suivre les progrès et les résultats vers la réalisation des engagements, et l'examen étant utilisé pour évaluer les résultats et recommander des actions futures. (Figure 1.2). Ces composants sont décrits en détail dans le document du MAF-TB.¹⁶

16 Cadre de responsabilisation multisectoriel pour accélérer les progrès vers l'élimination de la tuberculose d'ici 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. <https://www.who.int/tb/publications/MultisectoralAccountability/en/>

FIGURE 1.2 : COMPOSANTS ESSENTIELS DU MAF-TB



1 Nadda J.P. India's leadership to end tuberculosis. *Lancet*. 2019;393(10178):P1270–2. doi:10.1016/S0140-6736(19)30487-8

2 Tableau de bord Nikshay. <https://reports.nikshay.in/>

Mettre la responsabilité en action

Diverses parties prenantes doivent prendre des mesures urgentes pour garantir la responsabilité du respect des engagements visant à mettre fin à la tuberculose. Ces mesures doivent être prises au niveau mondial, ainsi qu'aux niveaux national et régional.

Il est essentiel de disposer d'un mécanisme mondial et multisectoriel pour examiner les progrès internationaux vers la réalisation des engagements. Les gouvernements, les communautés touchées, la société civile au sens

large, les donateurs et les partenaires ont tous un intérêt mutuel à promouvoir la responsabilisation afin de garantir que les engagements sont respectés et que les objectifs sont atteints.

AVEC UNE PARTICIPATION ACTIVE DES COMMUNAUTÉS TOUCHÉES ET DE LA SOCIÉTÉ CIVILE PLUS LARGE, LES GOUVERNEMENTS NATIONAUX DOIVENT METTRE EN OEUVRE LES ÉTAPES SUIVANTES :

ÉTAPE 1

Mettre à jour, financer et mettre en œuvre la législation, les politiques et les plans stratégiques nationaux en matière de tuberculose, selon les besoins, pour respecter les engagements de lutte contre la tuberculose, y compris les parts équitables nationales des engagements mondiaux de traitement et de prévention de la tuberculose, ainsi que les engagements de financement.

ÉTAPE 2

Établir des cadres nationaux de responsabilisation multisectorielle pour guider les actions, le suivi et l'établissement de rapports, et assurer un examen national de haut niveau des progrès accomplis dans la réalisation des engagements en matière de tuberculose.

ÉTAPE 3

Publier des rapports de suivi annuels sur les efforts nationaux de lutte contre la tuberculose qui comprennent des informations à jour sur l'épidémiologie de la tuberculose, les performances des PNLT et une analyse complète des tendances du financement de la lutte contre la tuberculose.

ÉTAPE 4

Utiliser ces rapports de suivi comme base pour un examen national de haut niveau, en engageant les principales parties prenantes dans les mécanismes d'examen de haut niveau.

Les organes régionaux et les blocs de pays devraient mettre en place des mécanismes d'examen de haut niveau pour examiner périodiquement les progrès réalisés par les régions et les blocs de pays vers la réalisation des engagements en matière de tuberculose.

Les agences multilatérales de santé, de développement et de financement devraient mettre à jour les plans stratégiques et opérationnels pour tenir compte des nouvelles activités à mettre en œuvre, afin d'aider les

gouvernements nationaux et les principales parties prenantes à respecter les engagements de lutte contre la tuberculose à la fois dans les pays à prévalence élevée et les pays donateurs.

Les donateurs devraient soutenir les OSC nationales dans leurs efforts pour tenir les gouvernements nationaux responsables du respect des engagements en matière de tuberculose. Ils devraient également aider la société civile à mettre en place et à maintenir

des coalitions régionales d'organisations non gouvernementales (ONG), de survivants et de groupes communautaires à des fins de partage des connaissances et de plaidoyer, axées sur la promotion de la responsabilisation des gouvernements pour le respect des engagements en matière de tuberculose.

ENCADRÉ 1.4 :

ENGAGEMENTS EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ APPROUVÉS PAR LES ÉTATS MEMBRES DE L'ONU DANS LA DÉCLARATION POLITIQUE SUR LA TB

ACTIONS DE HAUT NIVEAU :

- Élaborer ou renforcer, le cas échéant, des plans stratégiques nationaux de lutte contre la tuberculose pour inclure toutes les mesures nécessaires pour respecter les engagements de la Déclaration politique.
- Promouvoir la tuberculose dans le cadre de la planification stratégique nationale et de la budgétisation de la santé.
- Établir et promouvoir une collaboration et des efforts régionaux, à la fois pour fixer des objectifs ambitieux et pour générer des ressources.

SURVEILLER ET SIGNALER :

- Renforcer la capacité nationale de collecte, d'analyse et d'utilisation des données à des fins de suivi et d'examen.
- Demander au Secrétaire général, avec le soutien de l'OMS, de fournir un rapport d'étape en 2020 sur les progrès mondiaux et nationaux, dans tous les secteurs, en vue d'accélérer les efforts pour atteindre les objectifs de lutte contre la tuberculose dans le contexte de la réalisation des ODD, y compris des rapports sur la mise en œuvre de la Déclaration politique sur la tuberculose aux niveaux national, régional et mondial.

EXAMINER :

- Procéder à un examen national de haut niveau des progrès, de préférence sous la direction du chef de l'État ou du gouvernement, avec la participation active de la société civile et des communautés affectées, des parlementaires, des gouvernements locaux, des universités, du secteur privé et d'autres parties prenantes au sein du secteur de la santé et au-delà.
- Utiliser les institutions intergouvernementales régionales existantes pour évaluer les progrès, partager les enseignements et renforcer la capacité collective d'éradication de la tuberculose.
- Renforcer les liens entre l'éradication de la tuberculose et les objectifs connexes des ODD, notamment vers la réalisation de la CSU, grâce à des processus d'examen des ODD établis, dont le forum politique de haut niveau sur le développement durable.
- Utiliser le rapport d'étape 2020 du Secrétaire général pour éclairer les préparatifs d'un examen approfondi par les chefs d'État et de gouvernement lors d'une mission de suivi de l'UN HLM en 2023.^{1,2}

1 Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose. Unis pour éliminer à la tuberculose : une réponse mondiale urgente à une épidémie mondiale. Résolution A/RES/73/3 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018. <https://www.who.int/tb/unhlmontTB-Declaration.pdf>

2 Un traitement complet de la responsabilité se trouve aux paragraphes 4, 22, 23, 48, 49, 50, 51, 52 et 53 de la Déclaration politique des Nations Unies.



2. MODÉLISATION D'IMPACT ET RÉPONSE DIFFÉRENCIÉE



RÉSUMÉ

Cette mise à jour du Plan mondial continue d'utiliser l'approche TIME (Modèle d'Impact et Évaluation de la Tuberculose) du Plan 2016-2020. Cet outil de modélisation fournit des scénarios réalistes à travers lesquels les pays devraient intensifier les services de traitement et de prévention de la tuberculose chaque année (de 2018 à 2022) afin d'atteindre les objectifs de traitement et de prévention de la tuberculose énoncés dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose.

Les résultats de la modélisation sont présentés en référence aux groupes de pays en fonction du revenu, de l'admissibilité au Fonds mondial, du contexte des pays du Plan mondial, de la région OMS et séparément pour les BRICS, afin que les pays puissent hiérarchiser différents ensembles

d'investissements en matière de lutte contre la tuberculose en fonction de leur contexte spécifique. Cette mise à jour du Plan mondial présente des ensembles d'investissement pour neuf contextes de pays différents.

MESURES PRIORITAIRES

La modélisation épidémiologique montre que la réalisation des objectifs de l'UN HLM en matière de prévention et de traitement de la tuberculose permettra au monde de se mettre sur la bonne voie pour éliminer la tuberculose d'ici 2030, en atteignant les jalons 2020 de la stratégie de lutte contre la tuberculose d'ici 2021. Tous les pays doivent donc prévoir d'atteindre leur part des objectifs mondiaux de l'UN HLM. Les objectifs indicatifs de l'UN HLM pour chaque pays sont disponibles sur le site Web du partenariat Halte à la tuberculose à l'adresse <http://www.stoptb.org/resources/countrytargets/>.

1 Le Plan mondial est un appel à l'action visant à ce que les pays atteignent les objectifs de l'UN HLM d'ici 2022 ou plus tôt, évitant ainsi au moins 1,5 million de décès. Pour garantir l'intensification et maximiser l'impact des efforts, les pays doivent investir dans des programmes d'intervention adaptés aux besoins de leur environnement, comme indiqué dans le Plan mondial.

2 Les gouvernements des pays doivent considérer les programmes d'investissement du Plan mondial comme un point de départ pour l'élaboration de plans stratégiques nationaux détaillés visant à mettre fin à la tuberculose. Ces plans nationaux devraient être multisectoriels et comprendre des mesures pour renforcer le rôle du secteur privé dans l'élimination de la tuberculose, en particulier dans les pays où un nombre important de personnes consultent des prestataires privés pour leurs soins.

Modélisation des objectifs de traitement et de prévention de la tuberculose de l'UN HLM

Le Plan mondial 2016–2020 a modélisé l'impact de la réalisation des objectifs 90–(90)–90 dans le cadre d'une réponse mondiale accélérée à l'épidémie de tuberculose. Cependant, les progrès réels accomplis dans la riposte mondiale à la tuberculose n'ont pas suivi le rythme du Plan mondial. En conséquence, le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre les étapes 2020 de la stratégie « Éliminer la tuberculose ».

Reconnaissant cette lenteur des progrès et la nécessité d'un engagement politique de haut niveau, l'UN HLM sur la tuberculose a fixé des objectifs ambitieux de prévention et de traitement à atteindre d'ici 2022, afin que le monde

rattrape son retard et se prépare à atteindre les jalons de la stratégie « Éliminer la tuberculose ». (Voir l'introduction pour une présentation complète et détaillée des principaux objectifs de l'UN HLM.)

CES OBJECTIFS ONT POUR BUT :

- 1 de traiter avec succès 40 millions de personnes atteintes de tuberculose, dont 3,5 millions d'enfants ;
- 2 de traiter avec succès 1,5 million de personnes atteintes de DR-TB, dont 115 000 enfants ;

- 3 de fournir une thérapie préventive contre la tuberculose à au moins 30 millions de personnes, dont 4 millions d'enfants de moins de 5 ans, 20 millions d'autres contacts au sein du foyer de personnes atteintes de tuberculose et 6 millions de personnes vivant avec le VIH.

La modélisation du Plan mondial 2018–2022 a été mise à jour pour déterminer l'impact épidémiologique estimé de la réalisation de ces objectifs.

L'approche du Modèle d'Impact et Évaluation de la Tuberculose (TIME)¹ a été utilisée pour prédire l'impact de l'intensification des efforts visant à atteindre les objectifs de prévention et de traitement de la tuberculose établis dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose. Des modèles spécifiques à chaque pays ont été calibrés sur les données de l'OMS en matière d'estimations de l'incidence et de la mortalité dans 29 pays. Ces pays représentent un éventail de contextes et abritent 80 % des personnes atteintes de tuberculose dans le monde.

L'impact estimé du Plan mondial 2018–2022 dans ces pays a ensuite été appliqué aux tendances épidémiologiques de l'OMS pour 142 pays supplémentaires², en attribuant à chaque pays un pays modélisé dans TIME appartenant au même contexte ou au même groupe.

Les méthodes et hypothèses de modélisation sont décrites à l'[annexe 1](#).

1 Houben R, Lalli M, Sumner T, et al. TIME Impact: a new user-friendly tuberculosis (TB) model to inform TB policy decisions. BMC Med. 2016;14(56). doi:10.1186/s12916-016-0608-4

2 Les 142 pays comprennent un ensemble de résultats du Plan mondial déterminé par l'intersection des données du Programme mondial de lutte contre la tuberculose (GTB) de l'OMS au niveau des pays et des fichiers Spectrum AIM/EPP au niveau des pays de l'ONUSIDA. Spectrum AIM/EPP est le logiciel utilisé par l'ONUSIDA pour produire des estimations par pays de la prévalence de VIH et des besoins en matière de ressources.

Résultats de la modélisation

La modélisation du Plan mondial montre qu'une situation de statu quo aura sûrement pour effet de ne pas assurer le jalon 2020 et de ne pas mettre fin à la tuberculose, mais que la mise en œuvre du Plan mondial entraînera une baisse plus forte de l'incidence, ce qui mettra le monde sur la bonne voie pour éliminer la tuberculose (figure 2.1).

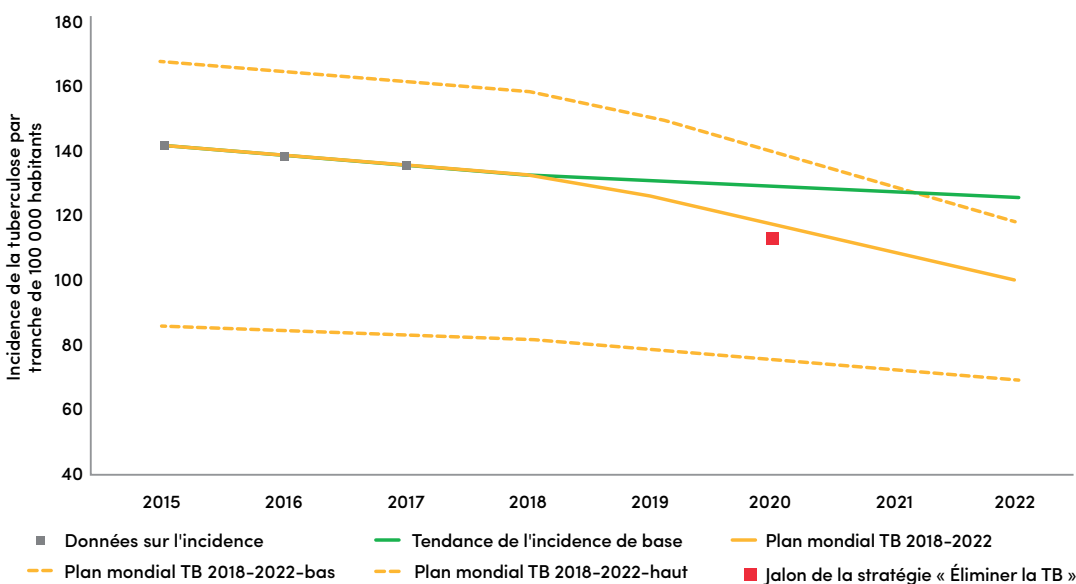
Les figures 2.2 et 2.3 montrent les objectifs cumulatifs de l'UN HLM sur la tuberculose par année et pour les neuf contextes de pays. Les figures 2.4 et 2.5 montrent que la réalisation de ces objectifs de traitement se traduira par une orientation vers l'élimination de la tuberculose d'ici 2030, bien que les jalons d'incidence et de mortalité de 2020 soient atteints avec un an de retard, en 2021. La réalisation des objectifs permettra de sauver environ 1,5 million de vies au cours de la période 2018-2022.

Objectifs de l'UN HLM sur la tuberculose par région OMS, statut de revenu et groupe de pays

Les tableaux 2.1.A à 2.1.D présentent les projections du nombre de personnes ayant besoin de

bénéficier d'un traitement contre la tuberculose, y compris les enfants (0-14 ans) et les personnes ayant besoin d'un traitement contre la tuberculose multirésistante (TB-MR), et d'un traitement préventif de la tuberculose. Ces projections sont ventilées par groupe de pays. Il convient de noter que l'intensification des objectifs de notification de la tuberculose intervient dans le contexte de la réduction de l'incidence de la tuberculose ; en conséquence, certains pays peuvent montrer un aplatissement de la courbe d'intensification et même une baisse vers 2022. En outre, dans l'esprit des engagements de l'UN HLM, les objectifs de traitement préventif de la tuberculose doivent être interprétés comme une valeur-plancher et non comme une valeur-plafond ; ainsi, les pays devraient s'efforcer de dépasser ces objectifs.

FIGURE 2.1 : IMPACT SUR L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE



■ Notification cible ■ Notification (1-14 ans) ■ Notification MR

FIGURE 2.2 : OBJECTIFS CUMULATIFS DE L'UN HLM SUR LA TUBERCULOSE PAR AN

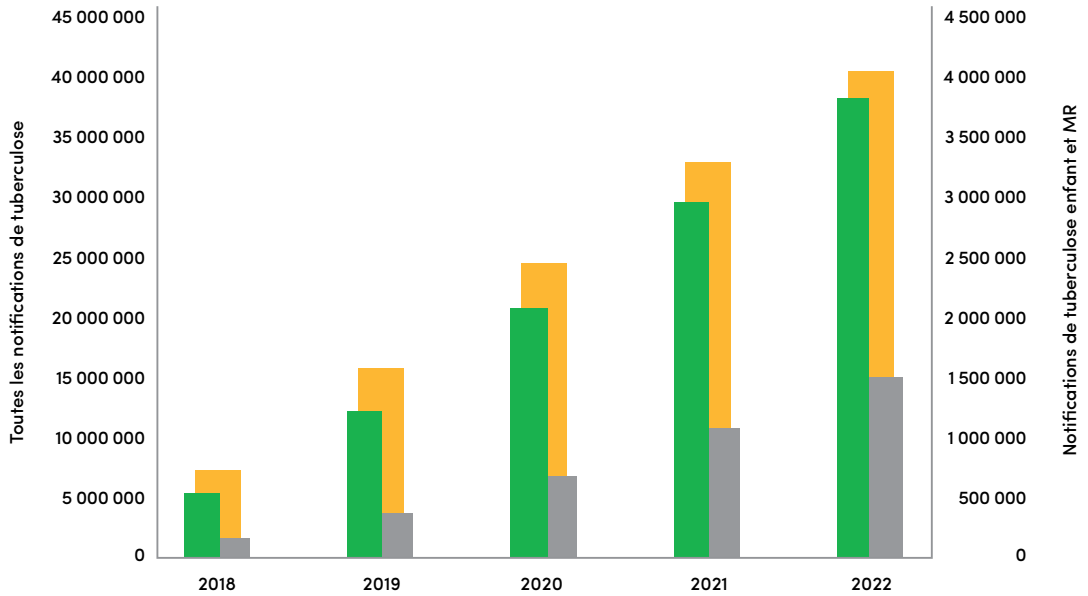


FIGURE 2.3 : OBJECTIFS CUMULATIFS DE L'UN HLM SUR LA TUBERCULOSE PAR CONTEXTE DE PAYS

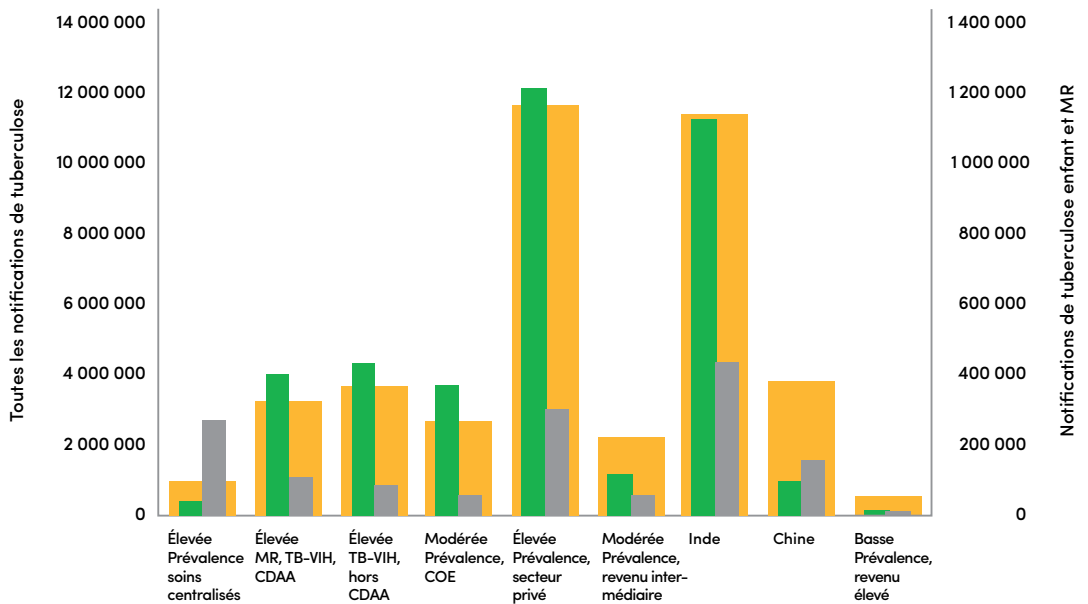


FIGURE 2.4 : IMPACT SUR L'INCIDENCE DE LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DE TRAITEMENT DE L'UN HLM SUR LA TUBERCULOSE

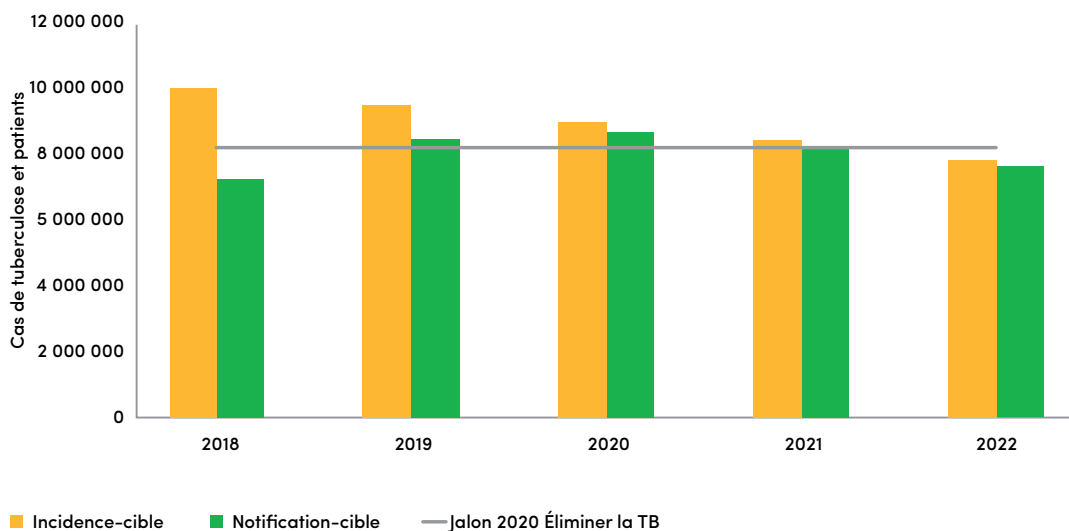


FIGURE 2.5 : INCIDENCE SUR LA MORTALITÉ LIÉE À LA TUBERCULOSE (CHEZ LES INDIVIDUS SÉRONÉGATIFS AU VIH) DE LA VALIDATION DES OBJECTIFS DE L'UN HLM SUR LA TUBERCULOSE

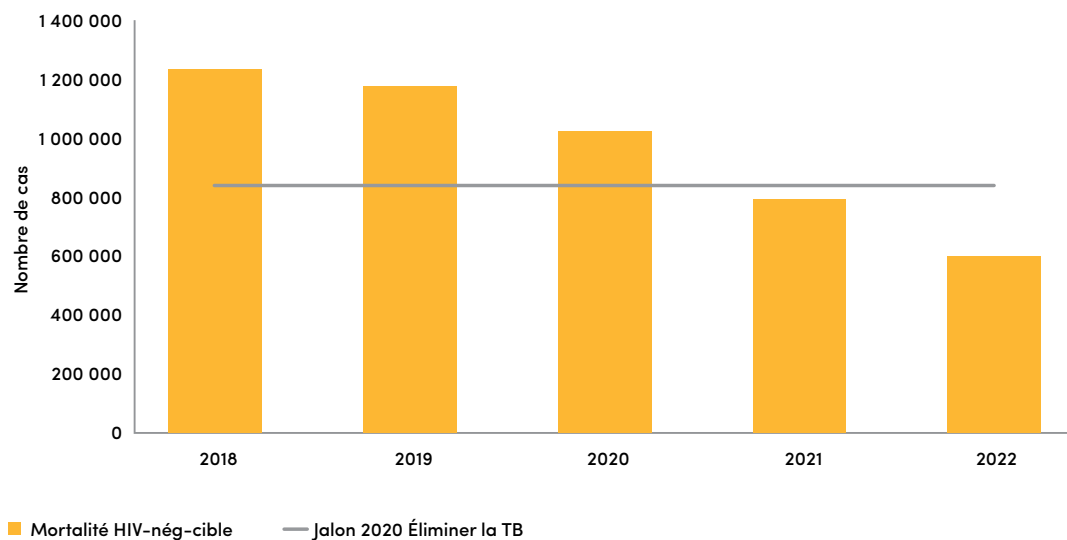


TABLEAU 2.1.A : PROJECTION DU NOMBRE DE PERSONNES EN TRAITEMENT PAR NIVEAU DE REVENU, ADMISSIBILITÉ AU FONDS MONDIAL, CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL, RÉGION OMS ET ADHÉSION AU BRICS

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
OBJECTIFS DE NOTIFICATION DE LA TUBERCULOSE - TOTAL						
TOTAL MONDIAL						
Total (mondial, y compris les pays de l'OCDE)	7 266 564	8 471 030	8 700 110	8 257 682	7 733 123	40 428 508
Total (mondial, à l'exclusion des pays de l'OCDE)	7 125 765	8 332 480	8 570 469	8 137 500	7 622 250	39 788 464
RÉPARTITION PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	918 600	1 080 100	1 266 000	1 216 400	1 146 800	5 627 900
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	4 638 545	5 617 524	5 738 920	5 454 794	5 103 074	26 552 857
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	1 588 340	1 655 907	1 585 828	1 485 833	1 390 746	7 706 655
Revenu élevé	121 020	117 436	109 304	100 608	92 466	540 835
PAYS ADMISSIBLES AU FONDS MONDIAL, PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	918 600	1 080 100	1 266 000	1 216 400	1 146 800	5 627 900
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	4 635 345	5 614 024	5 735 720	5 451 894	5 100 374	26 537 357
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	475 907	514 157	503 441	465 237	430 518	2 389 261
Total	6 029 872	7 208 302	7 505 181	7 133 549	6 677 709	34 554 613
CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL						
Prévalence de TB-MR élevée	214 450	205 850	195 050	185 450	179 050	979 850
Prévalence de TB/VIH élevée, CDAA	575 100	650 400	725 300	688 800	638 300	3 277 900
Prévalence de TB/VIH élevée, non CDAA	531 550	666 000	850 400	848 000	799 700	3 695 650
Prévalence modérée, COE	431 500	513 580	599 450	579 200	554 300	2 678 030
Prévalence élevée, secteur privé	1 988 400	2 445 200	2 563 000	2 430 000	2 270 900	11 697 500
Prévalence modérée, revenu intermédiaire	428 740	460 050	464 241	441 033	415 825	2 209 889
Inde	2 155 900	2 572 200	2 404 900	2 245 600	2 092 600	11 471 200
Chine	806 000	827 150	776 850	728 000	679 900	3 817 900
Prévalence faible, revenu élevé	126 095	121 453	112 147	103 673	95 403	558 771
RÉGION OMS						
EMR	538 620	618 011	706 007	668 964	631 021	3 162 624
AFR	1 403 366	1 672 617	1 999 215	1 945 311	1 827 209	8 847 718
AMR	249 900	268 379	266 646	253 408	237 985	1 276 317
EUR	270 377	260 230	245 506	232 097	222 312	1 230 522
WPR	1 441 561	1 514 543	1 514 286	1 446 252	1 352 945	7 269 588
SEAR	3 362 740	4 137 250	3 968 450	3 711 650	3 461 650	18 641 740
BRICS						
Total	3 390 500	3 841 900	3 602 300	3 362 300	3 134 600	17 331 600

TABLEAU 2.1.B : PROJECTION DU NOMBRE D'ENFANTS (0-14 ANS) EN TRAITEMENT PAR NIVEAU DE REVENU, ADMISSIBILITÉ AU FONDS MONDIAL, CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL, RÉGION OMS ET ADHÉSION AU BRICS

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
OBJECTIFS DE NOTIFICATION DE LA TUBERCULOSE – ENFANTS (DE 0 À 14 ANS)						
TOTAL MONDIAL						
Total (mondial, y compris les pays de l'OCDE)	538 433	680 890	853 199	894 549	868 829	3 835 901
Total (mondial, à l'exclusion des pays de l'OCDE)	534 796	676 933	849 312	890 922	865 475	3 817 438
RÉPARTITION PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	101 786	127 897	166 450	171 550	164 000	731 683
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	392 142	497 169	617 703	650 277	633 856	2 791 148
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	41 894	53 066	66 348	70 410	68 867	300 584
Revenu élevé	2 606	2 754	2 692	2 306	2 101	12 459
PAYS ADMISSIBLES AU FONDS MONDIAL, PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	101 786	127 897	166 450	171 550	164 000	731 683
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	391 942	496 969	617 503	650 077	633 656	2 790 148
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	26 127	30 045	33 212	32 686	31 221	153 292
Total	519 986	655 062	817 336	854 483	829 027	3 675 894
CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL						
Prévalence de TB-MR élevée	7 587	7 688	7 870	7 646	7 390	38 180
Prévalence de TB/VIH élevée, CDAA	51 700	66 400	92 600	98 700	95 600	405 000
Prévalence de TB/VIH élevée, non CDAA	46 988	65 608	99 812	112 810	110 009	435 227
Prévalence modérée, COE	57 260	69 176	84 648	83 980	79 218	374 282
Prévalence élevée, secteur privé	206 227	230 928	264 627	263 525	254 623	1 219 929
Prévalence modérée, revenu intermédiaire	18 630	21 900	25 429	26 166	25 161	117 286
Inde	140 000	202 700	251 900	271 000	265 800	1 131 400
Chine	6 522	12 823	22 824	27 622	28 120	97 911
Prévalence faible, revenu élevé	3 123	3 242	3 061	2 690	2 512	14 629
RÉGION OMS						
EMR	71 073	81 690	94 959	90 278	84 614	422 614
AFR	128 800	170 222	243 127	263 025	254 523	1 059 695
AMR	10 967	12 534	13 458	13 497	12 793	63 249
EUR	9 738	9 972	10 009	9 543	9 126	48 388
WPR	69 023	82 238	99 614	104 178	100 346	455 399
SEAR	248 833	324 235	392 032	414 029	407 427	1 786 556
BRICS						
Total	169 650	240 780	300 180	322 400	316 000	1 349 010

TABLEAU 2.1.C : PROJECTION DU NOMBRE DE PERSONNES SUIVANT UN TRAITEMENT CONTRE LA TB-MR PAR NIVEAU DE REVENU, ADMISSIBILITÉ AU FONDS MONDIAL, CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL, RÉGION OMS ET ADHÉSION AU BRICS

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
OBJECTIFS DE NOTIFICATION DE LA TB-MR						
TOTAL MONDIAL						
Total (mondial, y compris les pays de l'OCDE)	171 305	209 009	302 554	392 538	429 483	1 504 889
Total (mondial, à l'exclusion des pays de l'OCDE)	168 797	206 329	299 147	388 439	425 453	1 488 165
RÉPARTITION PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	8 690	12 331	24 025	34 392	37 324	116 762
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	97 468	121 637	183 089	243 068	269 173	914 436
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	62 906	72 704	92 714	111 921	119 911	460 155
Revenu élevé	2 239	2 334	2 723	3 154	3 073	13 523
PAYS ADMISSIBLES AU FONDS MONDIAL, PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	8 690	12 331	24 025	34 392	37 324	116 762
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	97 449	121 615	183 052	243 024	269 131	914 271
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	23 432	24 200	27 612	30 435	30 358	136 038
Total	129 619	158 196	234 753	307 919	336 878	1 167 300
CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL						
Prévalence de TB-MR élevée	49 520	50 984	54 432	58 567	59 969	273 471
Prévalence de TB/VIH élevée, CDAA	14 284	16 664	23 079	27 754	28 924	110 705
Prévalence de TB/VIH élevée, non CDAA	4 821	7 752	18 320	27 012	28 880	86 786
Prévalence modérée, COE	2 926	4 905	12 252	18 192	19 438	57 713
Prévalence élevée, secteur privé	25 655	33 883	60 749	85 972	95 959	302 218
Prévalence modérée, revenu intermédiaire	6 693	7 825	12 311	15 783	15 969	58 582
Inde	53 940	65 390	86 070	110 210	124 050	439 660
Chine	10 593	18 585	31 788	44 989	52 346	158 301
Prévalence faible, revenu élevé	2 034	2 164	2 663	3 160	3 063	13 084
RÉGION OMS						
EMR	6 702	10 959	20 283	29 836	35 471	103 250
AFR	20 564	26 798	47 405	63 781	67 364	225 913
AMR	4 686	5 248	7 624	9 354	9 523	36 435
EUR	51 117	52 612	56 276	60 500	61 845	282 350
WPR	23 276	32 808	53 836	73 937	83 600	267 456
SEAR	64 960	80 584	117 130	155 130	171 681	589 485
BRICS						
Total	101 994	122 491	159 377	198 690	219 666	802 218

TABLEAU 2.1.D : PROJECTION DU NOMBRE DE PERSONNES SUIVANT UN TRAITEMENT PRÉVENTIF CONTRE LA TUBERCULOSE PAR NIVEAU DE REVENU, ADMISSIBILITÉ AU FONDS MONDIAL, CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL, RÉGION OMS ET ADHÉSION AU BRICS

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
OBJECTIFS DE TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE						
TOTAL MONDIAL						
Total (mondial, y compris les pays de l'OCDE)	3 641 200	4 143 200	6 541 400	9 048 600	10 481 500	33 855 900
Total (mondial, à l'exclusion des pays de l'OCDE)	3 545 000	4 143 200	6 541 300	9 048 500	10 481 400	33 759 400
RÉPARTITION PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	952 700	777 100	1 210 800	1 613 900	1 817 700	6 372 200
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	1 676 700	2 158 300	3 666 900	5 305 800	6 286 800	19 094 500
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	928 200	1 093 100	1 520 000	1 926 700	2 164 000	7 632 000
Revenu élevé	83 500	114 700	143 700	202 200	213 000	757 100
PAYS ADMISSIBLES AU FONDS MONDIAL, PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	952 700	777 100	1 210 800	1 613 900	1 817 700	6 372 200
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	1 676 200	2 157 400	3 665 500	5 304 000	6 284 700	19 087 800
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	612 000	601 700	774 000	869 100	902 000	3 758 800
Total	3 240 900	3 536 200	5 650 300	7 787 000	9 004 300	29 218 700
CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL						
Prévalence de TB-MR élevée	201 000	274 200	364 200	473 500	558 700	1 871 600
Prévalence de TB/VIH élevée, CDAA	1 229 900	968 600	1 241 000	1 480 600	1 526 600	6 446 700
Prévalence de TB/VIH élevée, non CDAA	479 500	752 500	1 170 900	1 447 300	1 620 200	5 470 400
Prévalence modérée, COE	242 300	257 800	472 500	653 500	777 900	2 404 000
Prévalence élevée, secteur privé	346 600	643 500	1 249 600	1 928 300	2 347 900	6 515 900
Prévalence modérée, revenu intermédiaire	132 400	199 900	314 300	443 100	514 900	1 604 600
Inde	801 100	719 600	1 225 400	1 867 000	2 252 900	6 866 000
Chine	111 100	192 000	328 000	503 300	611 500	1 745 900
Prévalence faible, revenu élevé	97 300	135 200	175 400	252 100	270 800	930 800
RÉGION OMS						
EMR	120 100	217 000	437 700	662 200	805 400	2 242 400
AFR	1 916 300	1 926 300	2 799 100	3 461 900	3 785 500	13 889 100
AMR	140 200	199 500	276 700	382 700	421 700	1 420 800
EUR	234 500	320 300	423 400	560 900	653 700	2 192 800
WPR	212 500	362 500	656 500	1 024 400	1 243 000	3 498 900
SEAR	1 017 500	1 117 700	1 947 900	2 956 600	3 572 200	10 611 900
BRICS						
Total	1 568 000	1 577 400	2 407 500	3 334 600	3 899 500	12 787 000

Contextes de pays

Le Plan mondial fournit des ensembles d'actions recommandées (« ensembles d'investissement ») conçus pour atteindre les objectifs 90-(90)-90. Ces investissements sont adaptés aux caractéristiques locales de l'épidémie de tuberculose, ainsi qu'aux contraintes du système de santé et aux situations socio-économiques dans divers contextes de pays.

Des similitudes existent entre les pays d'une région particulière ou entre des pays ayant des histoires, des conditions socio-économiques ou des contraintes de système de santé similaires. En conséquence, les pays sont regroupés par « contextes »³. Les pays peuvent être associés

aux caractéristiques de plusieurs contextes, et les provinces d'un même pays peuvent s'insérer dans des contextes différents. La méthode de définition de chaque contexte est expliquée à [l'annexe 2](#).

³ Les contextes nationaux ne sont pas censés constituer une alternative aux groupements formels existants en matière de santé publique, comme par exemple les régions OMS, etc. Ils ne sont pas non plus censés constituer des catégories de classification en matière d'allocations de financement ou de toute autre décision opérationnelle.

FIGURE 2.6 : NEUF CONTEXTES DE PAYS

- 1 CONTEXTES D'EUROPE DE L'EST ET D'ASIE CENTRALE** présentant une proportion élevée de tuberculose pharmacorésistante et un système de prestation de soins en milieu hospitalier
- 2 CONTEXTES D'AFRIQUE AUSTRALE ET CENTRALE** au sein desquels le VIH et l'exploitation minière sont les principaux moteurs de l'épidémie
- 3 CONTEXTES AFRICAINS** présentant une prévalence du VIH modérée à élevée, et où l'exploitation minière n'est pas un problème important
- 4 CONTEXTES DANS LESQUELS LES SYSTÈMES DE SANTÉ SONT GRAVEMENT CARENCÉS** ou contextes de pays présentant des environnements d'intervention difficiles (COE)
- 5 CONTEXTES CARACTÉRISÉS PAR UNE PRÉVALENCE ÉLEVÉE À MODÉRÉE DE TUBERCULOSE** avec une forte proportion de soins dans le secteur privé
- 6 CONTEXTES DE PAYS À REVENU INTERMÉDIAIRE** avec une prévalence modérée de tuberculose
- 7 CONTEXTE DE L'INDE**
- 8 CONTEXTE DE LA CHINE**
- 9 CONTEXTES À PRÉVALENCE FAIBLE** et contextes de pays sur le point d'éliminer la tuberculose

Contexte 1 :

CONTEXTES D'EUROPE DE L'EST ET D'ASIE CENTRALE PRÉSENTANT UNE PROPORTION ÉLEVÉE DE DR-TB

Contextes au sein desquels l'incidence de la tuberculose et les notifications ont considérablement diminué au cours des dix dernières années, mais où la proportion de DR-TB est très élevée, avec une résistance aux médicaments de deuxième intention également. En règle générale, la plupart des personnes atteintes de tuberculose sont hospitalisées, et la durée généralement longue des séjours à l'hôpital et le contrôle insuffisant des infections dans les hôpitaux créent des conditions qui favorisent la propagation et l'amplification de la résistance aux médicaments. Ce modèle de prestation de soins antituberculeux est également coûteux et donne des résultats de traitement inférieurs à la norme. Les populations clés, telles que les travailleurs saisonniers migrants et les prisonniers, se heurtent aux obstacles les plus importants pour accéder aux services, y compris à la thérapie préventive.

Le renforcement des performances des systèmes de santé en matière de tuberculose favorisera les services antituberculeux centrés sur la personne et améliorera les résultats en matière de tuberculose. Les pays dans ce contexte doivent assurer une couverture universelle avec des diagnostics rapides modernes à tous les niveaux, mettre en œuvre les nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques pour la DR-TB et intensifier le soutien au traitement, y compris le traitement des comorbidités, la surveillance active de l'innocuité des médicaments (aDSM), la gestion des

effets indésirables et un soutien à l'observance approprié. La prévention de la tuberculose doit être intensifiée, y compris la thérapie préventive pour les contacts adultes des personnes atteintes de DS-TB et pour tous les contacts des personnes atteintes de DR-TB. Des mesures systémiques sont nécessaires pour promouvoir une répartition efficace et efficiente des ressources et des mécanismes de paiement des prestataires, afin de répondre aux besoins particuliers des groupes de population clés et de mettre à niveau les systèmes d'information sur la tuberculose.

ENSEMBLE D'INVESTISSEMENT PROPOSÉ :

- 1 Déployer des diagnostics moléculaires rapides comme test initial pour la DS-TB et la DR-TB à tous les niveaux de soins.
- 2 Augmenter la couverture et améliorer la qualité des tests rapides sur la culture et des tests de sensibilité aux médicaments (TSM) dans les laboratoires de référence.
- 3 Garantir l'accès universel à un traitement de qualité de la DR-TB, en mettant particulièrement l'accent sur les enfants et les adolescents.
- 4 Assurer un soutien approprié pour l'observance thérapeutique, y compris par le biais d'outils numériques.
- 5 Renforcer la surveillance des personnes atteintes de tuberculose sous traitement et la gestion des comorbidités, des effets indésirables et de la pharmacovigilance.
- 6 Mettre à niveau et améliorer les systèmes d'information sur la tuberculose.
- 7 Assurer un contrôle efficace de l'infection tuberculeuse à tous les niveaux de soins antituberculeux.
- 8 Mettre en place des mécanismes de financement et d'allocation de la santé efficaces et efficients, ainsi que des systèmes de prestation de soins antituberculeux centrés sur la personne.

9 Répondre aux besoins particuliers des populations clés, en mettant particulièrement l'accent sur les prisonniers et les migrants.

10 Élargir la couverture et améliorer la qualité de la recherche de contacts, le dépistage de l'infection tuberculeuse et le traitement préventif, en mettant l'accent sur les ménages adultes et autres contacts rapprochés et en fournissant un traitement préventif aux contacts des personnes atteintes de DR-TB

Contexte 2 :

CONTEXTES D'AFRIQUE AUSTRALE ET CENTRALE AU SEIN DESQUELS LE VIH ET LE TRAVAIL DANS LES MINES SONT LES PRINCIPAUX MOTEURS DE L'ÉPIDÉMIE

L'épidémie de tuberculose dans ces pays est alimentée par l'épidémie de VIH, 50 à 80 % des personnes atteintes de tuberculose vivant également avec le VIH. La prévention et la prise en charge du VIH se sont intensifiées rapidement au cours des dernières années : c'est l'une des raisons pour lesquelles la tuberculose a diminué plus rapidement dans ce contexte de pays que dans le reste du monde. Cependant, les industries minières dans ce contexte de pays, comprenant à la fois les opérations minières à grande échelle et les mines « artisanales » à plus petite échelle, impliquent des défis considérables.

La silicose liée à l'exploitation minière est un facteur de risque de tuberculose, et la migration de main-d'œuvre à travers les frontières internationales complique l'approvisionnement en traitements et de soins appropriés contre la tuberculose. Il existe un engagement politique fort au plus haut niveau des pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe (CDAA) pour lutter contre la tuberculose liée à l'exploitation minière, et un projet régional

sur la tuberculose et l'exploitation minière a été mis en œuvre ces dernières années. Ceux-ci doivent être considérés comme les premières étapes d'un effort beaucoup plus vigoureux pour protéger les mineurs contre la tuberculose, tout en fournissant des soins et un soutien de qualité aux individus et aux communautés minières touchés par la tuberculose.

ENSEMBLE D'INVESTISSEMENT PROPOSÉ :

1 Intensifier rapidement les diagnostics moléculaires pour en faire le test initial de la DS-TB et de la DR-TB.

2 Renforcer la culture et le TSM dans les laboratoires de référence, l'assurance qualité en laboratoire et le transport des échantillons.

3 Améliorer la gestion de la tuberculose associée au VIH et d'autres comorbidités.

4 Déployer la recherche active de cas de tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH et les contacts des personnes atteintes de tuberculose.

5 Assurer des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse et un traitement préventif pour les personnes vivant avec le VIH, et les contacts enfants et adultes des personnes atteintes de tuberculose.

- 6 Répondre aux besoins particuliers des populations clés (détenus, populations mobiles, mineurs et autres).
- 7 Renforcer davantage les systèmes d'information et en faire des systèmes directs en ligne pour améliorer les données et la programmation de la tuberculose.
- 8 Renforcer l'accès au traitement de la DR-TB pour les adultes, les enfants et les adolescents.
- 9 Renforcer les interventions communautaires et la participation de la société civile, y compris les incitations et les facilitateurs de soutien au traitement.
- 10 Améliorer la surveillance du traitement, la gestion des effets indésirables et la pharmacovigilance/l'aDSM
- 11 Investir dans le développement de ressources humaines pour les soins antituberculeux.
- 12 Supprimer les entraves aux droits de l'homme et les obstacles liés au genre dans l'accès aux services antituberculeux

Contexte 3 :

CONTEXTES AFRICAINS PRÉSENTANT UNE PRÉVALENCE DU VIH MODÉRÉE À ÉLEVÉE, ET OÙ L'EXPLOITATION MINIÈRE N'EST PAS UN PROBLÈME IMPORTANT

Ce contexte est similaire au contexte 2, en ce sens que le VIH alimente l'épidémie de tuberculose dans ces pays, mais que les activités minières ont un impact comparativement plus faible sur la situation en matière de tuberculose.

ENSEMBLE D'INVESTISSEMENT PROPOSÉ :

- 1 Déployer des diagnostics moléculaires comme test initial pour la DS-TB et la DR-TB, et renforcer le système de transport des échantillons.
- 2 Intensifier la recherche active de cas de tuberculose et la recherche de contacts.
- 3 Accroître l'accès au traitement pour la DS-TB et la DR-TB pour les adultes, les enfants et les adolescents, améliorer le suivi du traitement, la gestion des effets indésirables et la pharmacovigilance/l'aDSM.
- 4 Assurer des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse et un traitement préventif pour les ménages adultes et autres contacts rapprochés des personnes atteintes de tuberculose, y compris les enfants et les personnes vivant avec le VIH.
- 5 Améliorer la recherche et le diagnostic des cas de tuberculose/VIH grâce à la prise en charge de la tuberculose associée au VIH et d'autres comorbidités.
- 6 Renforcer les interventions à base communautaire et la participation de la société civile, et supprimer les entraves aux droits de l'homme et les obstacles liés au genre dans l'accès aux services antituberculeux

- 7 Renforcer les systèmes d'information pour améliorer les données et la programmation de la tuberculose, et faire en sorte que ces systèmes soient électroniques et basés sur le Web.
- 8 Accélérer l'implication des prestataires privés pour combler les lacunes en matière de soins antituberculeux.
- 9 Renforcer la culture et le TSM dans les laboratoires de référence, par le biais d'une assurance qualité en laboratoire.
- 10 Répondre aux besoins particuliers des populations clés (détenus, populations mobiles et autres), y compris les incitations et les facilitateurs de soutien au traitement.
- 11 Renforcer les systèmes d'approvisionnement et de gestion de la chaîne d'approvisionnement (PSM, de l'anglais « Procurement and Supply Management »).

Contexte 4 :

CONTEXTES AU SEIN DESQUELS LES SYSTÈMES DE SANTÉ MANQUENT GRAVEMENT DE RESSOURCES OU CONTEXTES DE PAYS PRÉSENTANT DES CONTEXTES D'INTERVENTION DIFFICILES (COE)

Ces pays sont confrontés à des conflits en cours qui ont gravement affaibli le système de santé et ont déplacé des populations, ce qui pose d'importants obstacles à la fourniture de soins antituberculeux en termes de sécurité. Bien qu'il ne soit pas possible de s'attendre à une intensification rapide dans ces pays au cours des prochaines années, il est possible de jeter les bases d'une intensification durable grâce à des actions ciblées et des solutions innovantes, tout en ayant un impact à court terme.

ENSEMBLE D'INVESTISSEMENT PROPOSÉ :

- 1 Renforcer les systèmes de transport d'échantillons avec des technologies et des approches innovantes.
- 2 Répondre aux besoins particuliers des populations clés, telles que les détenus, les populations déplacées et les réfugiés, et améliorer la détection active des cas de tuberculose dans ces populations.
- 3 Renforcer l'accès au traitement de la DS-TB et de la DR-TB pour les adultes, les enfants et les adolescents.
- 4 Améliorer les interventions communautaires et la participation de la société civile, y compris les incitations et les facilitateurs de soutien au traitement.
- 5 Supprimer les entraves aux droits de l'homme et les obstacles liés au genre dans l'accès aux services antituberculeux
- 6 Déployer des diagnostics moléculaires pour la DS-TB et DR-TB.
- 7 Améliorer les systèmes d'information sur la tuberculose grâce à des technologies et des approches innovantes.
- 8 Établir des modèles de prestation de thérapie préventive pour les ménages adultes et autres contacts rapprochés des personnes atteintes de tuberculose.
- 9 Renforcer l'information, la communication et la mobilisation sociale.

Contexte 5 :

CONTEXTES CARACTÉRISÉS PAR UNE PRÉVALENCE DE TUBERCULOSE ÉLEVÉE À MODÉRÉE, AVEC UNE GRANDE PROPORTION DE PERSONNES FAISANT APPEL AU SECTEUR PRIVÉ DES SOINS DE SANTÉ

Il s'agit principalement de pays à prévalence élevée de tuberculose en Asie, où les personnes atteintes de tuberculose consultent généralement des prestataires privés. Dans certaines situations, ces pays disposent également d'hôpitaux publics qui ne sont pas liés au PNLT ou au système de notification. En conséquence, de nombreuses personnes à la recherche de soins sont diagnostiquées et traitées dans le système de santé privé avec une qualité de soins variable et pratiquement sans système de soutien au traitement. La plupart des personnes cherchant des soins dans le secteur privé encourrent d'importantes dépenses personnelles.

Des modèles innovants d'implication du secteur privé sont nécessaires. De plus grands progrès peuvent être réalisés en établissant des modèles commerciaux qui améliorent les soins du secteur de la santé privé, développent des systèmes adaptés aux utilisateurs pour la notification uni-

verselle de la tuberculose, et créent et renforcent des partenariats pour fournir un soutien aux personnes atteintes de tuberculose, notamment en supprimant les dépenses catastrophiques liées à la tuberculose.

ENSEMBLE D'INVESTISSEMENT PROPOSÉ :

- 1 Renforcer l'implication des prestataires de soins de santé du secteur privé pour s'assurer qu'ils fournissent des traitements et des soins de qualité garantie à toutes les personnes atteintes de tuberculose qui demandent des soins dans le secteur privé.
- 2 Renforcer la recherche active de cas de tuberculose et la recherche de contacts.
- 3 Déployer des diagnostics moléculaires comme test initial pour la DS-TB et la DR-TB, et renforcer le système de transport des échantillons.
- 4 Améliorer la culture et le TSM dans les laboratoires de référence et l'assurance qualité en laboratoire
- 5 Intensifier le traitement pour les personnes atteintes de DR-TB, y compris les enfants et les adolescents
- 6 Renforcer les systèmes d'information sur la tuberculose, y compris les solutions numériques de notification en ligne.
- 7 Assurer l'achèvement du traitement en renforçant le soutien financier et psychosocial aux personnes atteintes de tuberculose.
- 8 Fournir des tests de dépistage de la tuberculose et un traitement préventif aux ménages et autres contacts rapprochés des personnes atteintes de tuberculose
- 9 Impliquer toutes les parties prenantes dans un plaidoyer de haut niveau et une planification stratégique qui recherchent des solutions innovantes de financement de la santé pour combler les lacunes de financement.
- 10 Renforcer les ressources humaines pour les soins antituberculeux à l'aide de stratégies et d'outils innovants.

- 11 Promouvoir les interventions communautaires et la participation de la société civile pour améliorer les soins antituberculeux, y compris les activités de mobilisation communautaire et d'élimination de la stigmatisation et de la discrimination.

Contexte 6 :

CONTEXTES DE PAYS À REVENU MOYEN À PRÉVALENCE MODÉRÉE DE TUBERCULOSE

Ces pays à prédominance asiatique et latino-américaine présentent des niveaux modérés de tuberculose et disposent des ressources nécessaires pour répondre à la plupart des besoins d'investissement en vue d'une intensification. Bien que ces pays disposent de programmes de soutien social axés sur les groupes pauvres et marginalisés, ces populations clés continuent de se heurter à des obstacles pour accéder aux soins de santé, entraînant des retards de diagnostic et des dépenses catastrophiques pour les individus et les familles.

ENSEMBLE D'INVESTISSEMENT PROPOSÉ :

- 1 Renforcer les diagnostics de la tuberculose grâce au déploiement rapide des diagnostics moléculaires comme test initial pour la DS-TB et la DR-TB, et améliorer la culture et le TSM dans les laboratoires de référence, ainsi que l'assurance qualité en laboratoire.
- 2 Renforcer la recherche active de cas de tuberculose et la recherche de contacts.
- 3 Fournir un traitement préventif de la tuberculose aux contacts enfants, adolescents et adultes des personnes atteintes de tuberculose, ainsi qu'aux personnes vivant avec le VIH et aux autres groupes à risque.
- 4 Répondre aux besoins particuliers des populations clés (détenus, populations mobiles, mineurs et autres).
- 5 Renforcer le traitement de la DR-TB chez l'adulte et l'enfant.
- 6 Améliorer les systèmes d'information sur la tuberculose.
- 7 Promouvoir les interventions à base communautaire, la participation de la société civile et le plaidoyer de haut niveau.
- 8 Impliquer le secteur privé pour fournir des soins antituberculeux de qualité garantie.

Contexte 7 :

INDE

L'Inde abrite une personne sur quatre vivant avec la tuberculose et possède le plus grand PNLT au monde. En conséquence, le contexte spécifique du pays est unique. Dans une large mesure, les progrès réalisés en Inde détermineront les progrès mondiaux en matière de tuberculose.

Alors que le secteur privé indien est généralement le premier point de contact pour les personnes cherchant à bénéficier de soins de santé, les personnes atteintes de tuberculose se font fréquemment soigner en effectuant des allers-retours entre les secteurs public et privé. En conséquence, l'Inde doit investir davantage dans l'infrastructure de santé publique, mais également améliorer et maintenir la qualité des services antituberculeux fournis dans les secteurs public et privé.

Plusieurs innovations et études de recherche révolutionnaires menées en Inde ont façonné la riposte mondiale à la tuberculose. Cependant, compte tenu de sa forte croissance économique, le pays devrait investir davantage de ressources dans son secteur public de santé.

L'impact de la tuberculose est variable au sein-même du pays, affectant gravement et de manière disproportionnée les populations pauvres des zones urbaines et certains groupes de population, tels que les peuples indigènes et tribaux. Cette variation exige une approche différenciée, variant selon les États, les zones sensibles urbaines et rurales, et les populations clés.

On observe un niveau d'engagement politique très élevé en Inde. Le Premier ministre Narendra Modi a lancé un appel officiel à éliminer la tuberculose dans le pays d'ici 2025, soit cinq ans avant l'objectif mondial. Cette volonté politique devra se traduire par une intensification rapide et soutenue de services complets pour mettre fin à la tuberculose.

ENSEMBLE D'INVESTISSEMENT PROPOSÉ :

- 1 Intensifier l'implication des prestataires de soins de santé privés pour assurer des soins de qualité à toutes les personnes atteintes de tuberculose.
- 2 Déployer des diagnostics moléculaires comme test initial pour la DS-TB et la DR-TB, et améliorer la culture et le TSM dans les laboratoires de référence, ainsi que l'assurance qualité en laboratoire.
- 3 Intensifier la recherche active de cas de tuberculose et la recherche de contacts.
- 4 Renforcer les systèmes numériques d'information en temps réel sur la tuberculose pour créer des systèmes efficaces de surveillance de la tuberculose.
- 5 Renforcer l'offre de traitement de la DR-TB pour les adultes, les enfants et les adolescents, avec un meilleur accès aux nouveaux médicaments.
- 6 Fournir des tests de l'infection tuberculeuse et un traitement préventif pour les contacts familiaux de personnes atteintes de tuberculose, y compris pour les adultes, les enfants et les autres groupes à haut risque.
- 7 Renforcer les ressources humaines pour les soins antituberculeux grâce à des approches stratégiques innovantes, y compris l'achat de services et de modèles de partenariat public-privé.

8 Renforcer l'accès au traitement de la DS-TB pour les adultes, les enfants et les adolescents.

9 Élaborer et maintenir des systèmes de soutien au traitement (incitations et facilitateurs) notamment pour le soutien financier et nutritionnel et pour les technologies numériques de soutien au traitement.

10 Investir dans la recherche et l'innovation pour de nouveaux outils, vaccins, diagnostics et schémas thérapeutiques.

Contexte 8 :

CHINE

En tant que pays à prévalence élevée de tuberculose disposant des ressources et des capacités nationales nécessaires pour lutter contre l'épidémie de tuberculose, la Chine doit également être considérée comme un contexte à part. En Chine, la quasi-totalité du financement en matière de tuberculose provient de ressources nationales. Le pays a mené plusieurs enquêtes de prévalence qui révèlent une baisse des niveaux de tuberculose.

Cette baisse a été attribuée principalement aux niveaux élevés de détection des cas et de réussite du traitement, ainsi qu'au développement socio-économique rapide. Le fait de relier les hôpitaux au système de santé public via des systèmes de notification électronique, et d'assurer une bonne gouvernance dans le système de santé, a augmenté de façon considérable la proportion de tuberculose notifiée.

Alors que la Chine semble disposer de niveaux élevés de couverture sanitaire, le diagnostic de la tuberculose et les soins antituberculeux de qualité sont trop souvent hors de portée pour les populations pauvres et les autres populations marginalisées, en raison des frais d'utilisation et des autres coûts d'accès aux soins. La couverture du traitement de la DR-TB en Chine est également bien inférieure à la moyenne mondiale.

ENSEMBLE D'INVESTISSEMENT PROPOSÉ :

1 Déployer rapidement les diagnostics moléculaires pour en faire le test initial de la DS-TB et de la DR-TB.

2 Intensifier le TSM et le traitement de la DR-TB pour les adultes, les enfants et les adolescents.

3 Améliorer le diagnostic précoce chez les populations clés grâce à des recherches de contacts de routine et à la recherche active de cas.

4 Fournir des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse et un traitement préventif pour les contacts familiaux adultes et enfants des personnes atteintes de tuberculose et pour d'autres populations clés (personnes âgées, détenus, populations mobiles et autres).

5 Répondre aux besoins particuliers des populations clés grâce à la recherche active de cas et au soutien thérapeutique, y compris par des incitations et des facilitateurs, ainsi que par un soutien psychosocial.

6 Investir dans la recherche et l'innovation en matière de tuberculose pour de nouveaux outils de diagnostic, de traitement et de prévention.

7 Gérer les pertes financières subies par les populations pauvres atteintes de tuberculose grâce à des stratégies de soutien financier.

Contexte 9 :

CONTEXTES À PRÉVALENCE FAIBLE DE TUBERCULOSE ET CONTEXTES DE PAYS SUR LE POINT D'ÉLIMINER LA TUBERCULOSE

Il s'agit de pays à prévalence faible et à revenu élevé qui ont déjà atteint ou sont sur le point d'atteindre l'objectif d'éliminer la tuberculose. Ces pays doivent désormais viser l'élimination de la tuberculose, c'est-à-dire réduire l'incidence à 1 par million d'habitants. Dans ces pays, la tuberculose est concentrée parmi les populations les plus vulnérables, telles que les migrants, les pauvres et d'autres groupes marginalisés. Bien que le coût unitaire de la prise en charge de la tuberculose dans ces pays reste élevé, ils ont la capacité de financer adéquatement les soins antituberculeux.

Ces pays incluent les pays membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui ont la capacité de contribuer davantage à l'effort mondial pour mettre fin à la tuberculose. Ces contributions

aux ressources devraient être augmentées et contribuer aux mécanismes multilatéraux établis (par exemple, le Fonds mondial, le Fonds mondial pour les médicaments, Unitaïd) et aux institutions de R&D.

ENSEMBLE D'INVESTISSEMENT PROPOSÉ :

1 Soutenir la recherche active de cas et les soins complets parmi les populations clés.

2 Favoriser la recherche de contacts de routine.

3 Fournir des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse et un traitement préventif à tous les contacts des personnes atteintes de tuberculose au sein du foyer et dans d'autres environnements

4 Répondre aux besoins particuliers des populations clés (migrants, personnes vivant dans la pauvreté et autres groupes marginalisés).

5 Renforcer le plaidoyer de haut niveau et la planification stratégique nationale, en impliquant toutes les parties prenantes.

6 Augmenter les contributions à l'effort mondial de lutte contre la tuberculose, notamment par le biais de mécanismes de financement multilatéraux.

7 Investir dans la recherche et l'innovation en matière de tuberculose pour de nouveaux outils de diagnostic, de traitement et de prévention.



3. ATTEINDRE LES POPULATIONS CLÉS



RÉSUMÉ

Pour éliminer la tuberculose, il sera essentiel d'atteindre les populations clés : les personnes vulnérables, marginalisées, mal desservies ou à risque d'infection et de maladie tuberculeuses. Il est impératif, tant du point de vue épidémiologique que du point de vue de l'équité et des droits humains, de nous efforcer de protéger les membres des populations clés ; de leur prodiguer des soins ; de comprendre les obstacles sociaux, politiques, juridiques et économiques auxquels ils sont confrontés pour accéder aux services de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins et de soutien antituberculeux dont ils ont besoin ; et de les impliquer en tant qu'acteurs prioritaires et partenaires égaux dans la lutte contre la maladie.

Pour que les populations clés concernées par la tuberculose soient atteintes, elles doivent être véritablement impliquées et habilitées à participer à la gouvernance et à la prise de décisions concernant la tuberculose. Si les programmes antituberculeux visent à comprendre l'expérience vécue en lien avec la tuberculose, ils doivent faciliter la participation significative des représentants des populations clés, au nom des groupes qu'ils représentent, à toutes les discussions et décisions relatives aux politiques, aux programmes et à la gouvernance en matière de tuberculose. En effet, pour atteindre ces populations, il est notamment essentiel d'investir dans le renforcement des capacités et la coordination des popula-

tions clés en matière de plaidoyer, d'éducation au traitement, de soutien par les pairs, de suivi et d'évaluation, de conception de programme, d'approvisionnement et de droits humains, qui, ensemble, peuvent contribuer à créer un environnement propice aux soins pour les plus vulnérables. Par conséquent, il convient d'accorder une priorité accrue à ces efforts. Ces mesures contribueront à identifier et à traiter les 3,3 millions de personnes atteintes de tuberculose qui ne sont pas diagnostiquées ou ne sont pas signalées chaque année aux systèmes de santé publique, d'une manière non seulement plus efficace, mais également fondée sur les droits humains, sensible au genre et centrée sur les personnes.

MESURES PRIORITAIRES

Gouvernements :

- ⊕ Définir un objectif opérationnel visant à atteindre au moins 90 % des personnes au sein des populations clés grâce à l'amélioration de l'accès aux services, au dépistage systématique si nécessaire, à de nouvelles méthodes de dépistage, et à la fourniture d'un traitement efficace et abordable pour toutes les personnes qui en ont besoin.
- ⊕ Respecter les engagements de la Réunion de haut niveau des Nations Unies (UN HLM) visant à supprimer l'ensemble des lois, politiques et programmes qui discriminent les personnes atteintes de tuberculose.
- ⊕ Promouvoir et soutenir la fin de la stigmatisation et de toutes les formes de discrimi-

nation, et adopter des politiques et pratiques qui améliorent la sensibilisation, l'éducation et les soins. Les gouvernements peuvent utiliser les outils d'évaluation de la stigmatisation développés par Stop TB Partnership et d'autres partenaires.

- ⊕ Étendre le soutien aux populations clés, améliorer la qualité des informations, et veiller à ce que les soins et le soutien antituberculeux soient fournis dans des environnements sûrs, sans stigmatisation ni discrimination.
- ⊕ Intégrer les engagements de l'UN HLM sur la tuberculose liés aux populations clés aux stratégies et directives nationales sur la tuberculose ; et élaborer et mettre en œuvre des plans multisectoriels pour atteindre et fournir des services à des populations clés spécifiques.
- ⊕ À l'aide d'outils d'évaluation des droits et du genre (CRG, de l'anglais Community, Rights and Gender) de la communauté, évaluer quelles populations sont vulnérables à la tuberculose, ainsi que les obstacles qui empêchent l'accès aux soins, et effectuer des actions de sensibilisation ciblées en conséquence. Créer des rapports sur les progrès en matière de tuberculose avec des données ventilées par population clé, suivant des politiques claires qui garantissent la confidentialité et protègent les droits humains.
- ⊕ Mettre en œuvre des politiques et élaborations de programmes sensibles au genre dans tous les aspects des programmes de lutte contre la tuberculose, en tenant particulièrement compte de la prévalence de la maladie et de l'accès aux services.
- ⊕ Faciliter la participation des survivants de la tuberculose et des populations clés à tous les niveaux de l'élaboration des politiques et de la conception des programmes, afin de garantir que les services antituberculeux soient centrés sur la personne et répondent aux besoins exprimés par les communautés touchées ; et investir dans des réseaux et des

organisations de survivants de la tuberculose pour renforcer les capacités requises afin de s'engager efficacement dans la gouvernance de la tuberculose.

Partenaires techniques :

- ⊕ Fournir aux pays des cadres de hiérarchisation, d'action et de suivi des progrès dans l'amélioration de l'accès aux services antituberculeux pour les groupes de populations clés ; et soutenir l'engagement significatif de ces populations à travers le suivi des investissements et du renforcement des capacités, ainsi que le plaidoyer, en particulier en termes de connaissance de la tuberculose et des traitements, de suivi et d'évaluation, et de droits de l'homme.

Sociétés minières :

- ⊕ Mettre en œuvre des politiques strictes de contrôle des infections et mettre en place des programmes de santé et de sécurité au travail qui réduisent considérablement l'exposition à la poussière de silice sur le lieu de travail, et assurer un dépistage de routine de la tuberculose, une prévention et un système qui garantissent que les mineurs atteints de tuberculose et leurs familles bénéficient de soins et de services de soutien pertinents et de qualité.

Prisons et centres de détention :

- ⊕ Assurer un dépistage de routine de la tuberculose, un diagnostic et un accès à des soins antituberculeux pertinents et de qualité pour les détenus, les codétenus et le personnel travaillant dans ces établissements.
- ⊕ Assurer la continuité des soins aux personnes incarcérées réintégrées au sein de la population générale au cours d'un traitement antituberculeux ou d'un traitement préventif.

✦ Réduire la surpopulation et la malnutrition, et remédier à la ventilation limitée dans les prisons et les centres de détention.

Défenseurs :

✦ Œuvrer pour garantir le respect des droits humains des personnes touchées par la tuberculose en matière de prévention, de traitement et de soins antituberculeux.

✦ Soutenir le développement et la culture de réseaux mondiaux, régionaux et nationaux de survivants de la tuberculose et de membres des communautés affectées, et établir des partenariats avec eux dans les activités de plaidoyer dès que l'occasion se présente.

✦ Accorder la priorité à l'investissement dans les réseaux de survivants de la tuberculose et de communautés affectées afin que

ceux-ci puissent efficacement contribuer, de manière coordonnée, en tant que décideurs, prestataires de services, contrôleurs des programmes et défenseurs.

✦ S'engager dans tous les éléments pertinents du MAF-TB, notamment en exigeant des gouvernements qu'ils prennent des mesures visant à respecter les engagements de l'UN HLM sur la tuberculose, rendent compte des progrès et examinent les résultats.

✦ Plaider pour la participation des communautés touchées par la tuberculose, y compris celles des populations clés, au sein des organes et processus décisionnels, comme promis dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose.

Atteindre les populations clés est un impératif d'équité et de droits de l'homme

Il est inacceptable que près de la moitié de la population mondiale ne puisse pas se permettre d'avoir accès à des soins de santé de qualité, vive dans des environnements insalubres ou souffre de malnutrition. Nous avons la responsabilité collective de soutenir les populations clés confrontées à des risques plus élevés associés à la tuberculose, de leur fournir un remède, et de leur donner les moyens d'être à la fois des dirigeants et des partenaires égaux dans la lutte contre la maladie. Atteindre les populations clés est essentiel pour parvenir à tenir la promesse des ODD, à savoir que personne ne soit laissé pour compte.

La Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose engage en outre les États membres de l'ONU à ne laisser personne pour compte dans l'effort visant à mettre fin à la tuberculose. Mais, comme l'a reconnu le Comité des Nations Unies pour la politique de développement, le fait que personne ne soit laissé pour compte est « rarement contesté en principe, mais la complexité de sa mise en œuvre pratique est sou-

vent insuffisamment reconnue ».¹ Cette réalité explique pourquoi il est essentiel de prendre des mesures proactives et concrètes pour atteindre les populations clés qui sont plus à risque de contracter la tuberculose.

1 Ne laisser personne pour compte. Comité des politiques de développement des Nations Unies. New York : Nations Unies ; 2018. <https://bit.ly/2BpfZnB>

Les populations clés sont celles qui subissent un impact accru de la tuberculose et souffrent d'un accès réduit aux services. La stigmatisation, la discrimination, la violence et le harcèlement, les lois et politiques restrictives, ainsi que la criminalisation des comportements ou des pratiques, exposent les populations clés à un plus grand risque de contracter la tuberculose et font qu'il est plus difficile pour elles d'accéder aux services.² Les populations clés varient en fonction du contexte. Pour que les populations clés soient atteintes, elles doivent être responsabilisées en tant que décideurs dans la riposte à la tuberculose. Le fait de reconnaître leur rôle unique dans l'expérience vécue de la tuberculose peut aider à éclairer la suppression des barrières sociales, politiques, juridiques, de genre, économiques ou culturelles à l'accès ; étendre le soutien aux personnes atteintes de tuberculose, notamment par le biais de réseaux de soutien par les pairs ; renforcer la qualité de l'information ; et veiller à ce que les soins antituberculeux soient dispensés dans des environnements sûrs, sans stigmatisation ni discrimination, où la confidentialité est assurée.

Comme indiqué au chapitre 4, les groupes de population clés et les communautés affectées peuvent jouer un rôle de leadership dans bon nombre de ces services. Pour y parvenir, les gouvernements doivent évaluer quelles populations sont vulnérables à la tuberculose, où elles sont concentrées géographiquement et quels obstacles les empêchent d'accéder aux soins. Les gouvernements devraient ensuite mener des actions de sensibilisation ciblées en conséquence, en utilisant les outils de CRG disponibles développés pour lutter contre la tuberculose au sein des populations clés. Des cadres politiques et législatifs fondés sur les droits doivent également être en place, soutenus par un financement adéquat.

La Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose s'aligne sur de nombreux cadres

2 Populations clés [site Web]. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2019. <https://www.theglobalfund.org/en/key-populations/>

juridiques internationaux en s'engageant à protéger et à promouvoir le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Plus précisément, les gouvernements se sont engagés à supprimer les lois, politiques et programmes qui discriminent les personnes atteintes de tuberculose ; à promouvoir et soutenir la fin de la stigmatisation et de toutes les formes de discrimination ; et à adopter des politiques et des pratiques qui améliorent la sensibilisation, l'éducation et les soins.

Ces actions sont essentielles pour remplir un autre engagement de la Déclaration politique : celui d'identifier les 3,3 millions de personnes atteintes de tuberculose qui ne sont pas diagnostiquées ou ne sont pas signalées aux systèmes de santé publique chaque année.³ C'est le but d' **IDENTIFIER. SOIGNER. TOUT LE MONDE. #ENDTB**, initiative conjointe de l'OMS, de Stop TB Partnership et du Fonds mondial visant à impliquer chaque année les communautés touchées par la tuberculose, la société civile et les partenaires de financement du développement dans la gestion des obstacles qui empêchent des millions de personnes d'accéder à des soins et à un soutien antituberculeux de qualité garantie.⁴

Le Plan mondial recommande aux pays de fixer un objectif opérationnel distinct pour atteindre au moins 90 % de ceux qu'ils définiraient comme des populations clés, en améliorant l'accès aux services, en procédant à un dépistage systématique⁵ si nécessaire, en mettant en œuvre des méthodes actives, nouvelles et innovantes de recherche de cas, et en fournissant à toutes les personnes qui en ont besoin un traitement efficace et abordable.

Les pays sont encouragés à rendre compte de leurs progrès en matière de tuberculose en uti-

3 Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

4 Initiative conjointe « IDENTIFIER. SOIGNER. TOUT LE MONDE. #ENDTB » [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. <https://www.who.int/tb/joint-initiative/en/>

5 Pour des conseils, consulter les directives de l'OMS sur le dépistage systématique de la tuberculose active à : <http://www.who.int/tb/screening/en/>

lisant des données ventilées par population clé. Les partenaires techniques sont encouragés à fournir aux pays des cadres de hiérarchisation, d'action et de suivi des progrès dans l'amélioration de l'accès aux services antituberculeux pour les groupes de populations clés.

On trouve des exemples d'interventions réussies ayant été mises en œuvre pour atteindre les populations clés dans un recueil d'études de cas du programme TB REACH de Stop TB Partnership.⁶ TB REACH a également inclus de beaux exemples de soutien aux populations clés dans les guides de terrain mis à disposition par l'Initiative stratégique du Fonds mondial pour retrouver les personnes atteintes de tuberculose non identifiées.⁷

Tuberculose et genre

Les disparités entre les sexes dans la tuberculose posent d'énormes défis pour l'accès aux services. Dans le monde, les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de contracter la tuberculose et d'en mourir, avec environ 6 millions d'hommes adultes contractant la tuberculose et 840 000 morts de la maladie en 2017, contre 3,2 millions de femmes adultes atteintes et près d'un demi-million de décès.⁸ Dans le même temps, la tuberculose a un impact grave sur les femmes pendant la reproduction et la grossesse. La tuberculose reste toujours la principale cause de mortalité infectieuse chez les femmes dans le monde. Les femmes sont également plus susceptibles de fournir des soins aux personnes atteintes de tuberculose, ce qui les met en danger d'exposition dans les situations de soin.

L'amélioration de l'accès aux services antituberculeux pour tous exige l'adoption d'une approche

sensible au genre. Les personnes de genres différents sont touchées différemment par la tuberculose, sont soumises à différents niveaux de stigmatisation et font face à différents obstacles à l'accès en raison des inégalités de pouvoir et économiques. Le genre a un impact sur les niveaux de stigmatisation et accroît le risque d'infection et de maladie dans de nombreux contextes. Les obstacles socio-économiques et liés à la stigmatisation peuvent être surmontés grâce à des programmes de qualité et sensibles au genre dans l'ensemble du processus de soins, et à la promotion de l'égalité des sexes par le biais de programmes de lutte contre la tuberculose qui autonomisent les femmes et les filles. Dans certaines situations, un soutien juridique est nécessaire pour garantir que les personnes issues des populations clés puissent accéder aux soins et à la prévention, et qu'elles ne soient pas exposées à des politiques et pratiques injustes telles que l'isolement involontaire et la discrimination.⁹

Stigmatisation liée à la tuberculose

L'élimination de la stigmatisation est essentielle pour atteindre les millions de personnes non identifiées qui développent la tuberculose et se retrouvent sans soins ni soutien. Cet effort va de pair avec des efforts plus ciblés pour offrir des services aux populations clés. Les personnes atteintes de tuberculose déclarent être stigmatisées même par leurs propres membres de leur famille, leurs amis et leurs collègues. Cette stigmatisation les amène souvent à faire en sorte de cacher leur diagnostic aux autres. Les personnes atteintes de tuberculose peuvent également ressentir une certaine auto-stigmatisation, sentiment qui implique qu'une personne intériorise des attitudes de honte, de dégoût ou même de culpabilité, associées à la tuberculose. La stigmatisation associée à la tuberculose crée une importante barrière sociale et culturelle, qui fait qu'il est plus difficile pour les personnes atteintes

6 Améliorer la détection des cas de tuberculose : recueil d'études de cas de TB REACH, enseignements tirés, et cadre de suivi et d'évaluation. Genève : Stop TB Partnership ; 2014. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/TB_Case_Studies.pdf

7 Initiative stratégique pour retrouver les personnes atteintes de tuberculose non identifiées [site Web]. Genève : Stop TB Partnership ; 2018. <https://stoptb-strategicinitiative.org/>

8 Tuberculose chez la femme. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/gender/en/>

9 Tuberculose, genre et droits de l'homme. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2017. https://www.theglobalfund.org/media/6349/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_en.pdf

UN CHANGEMENT DE PARADIGME VERS UNE APPROCHE DE LA TUBERCULOSE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME

La Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose demande que la réponse à la tuberculose soit fondée sur les droits. La promotion et la protection des droits humains des personnes touchées par la tuberculose est un impératif juridique, éthique et moral, et il est d'une importance cruciale si la réponse à l'épidémie vise à aider efficacement les individus et communautés touchés.

Une réponse à la tuberculose fondée sur les droits de l'homme est essentielle, car elle peut contribuer à surmonter les obstacles liés à l'accès aux services d'éducation, de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins et de soutien en matière de tuberculose. Il existe un éventail de considérations relatives aux droits de l'homme pertinentes pour les interventions contre la tuberculose. Il s'agit notamment d'assurer l'accès à des médicaments et des diagnostics sûrs, de qualité et abordables ; la fin de toute stigmatisation et discrimination ; la confidentialité ; la liberté ; la participation des survivants de la tuberculose ; la dignité ; l'égalité des sexes ; le rassemblement ; l'accès au progrès scientifique (voir le chapitre 6 pour une discussion sur les stratégies d'accès aux nouveaux outils de lutte contre la tuberculose) ; et de parvenir au meilleur niveau de santé possible.

Ce sont les droits de tous, mais une attention particulière doit être accordée à la réalisation des droits des personnes les plus vulnérables et des individus marginalisés, notamment les populations pauvres des zones urbaines et rurales, les personnes vivant avec le VIH, les consommateurs de drogues, les enfants, les migrants, les réfugiés, les populations autochtones, les mineurs et les personnes privées de liberté. En mettant en place des interventions antituberculeuses fondées sur les droits de l'homme, sensibles au genre et centrées sur la personne, il est possible de surmonter les obstacles sociaux, politiques, culturels, juridiques et économiques à l'accès aux services antituberculeux et d'améliorer de façon considérable l'efficacité des interventions antituberculeuses.

CADRES JURIDIQUES ET PRÉCÉDENTS VISANT À GARANTIR LES DROITS DES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE

La Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose¹ s'appuie sur la Déclaration universelle des droits de l'homme², et indique que les personnes atteintes de tuberculose ont droit à la vie ; droit à la dignité ; droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint ; et droit à ne pas être soumis à la torture ni à d'autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, entre autres droits. En vertu du droit international et régional applicable

aux droits de l'homme, les États ont l'obligation légale de respecter, de protéger et de veiller à la réalisation de ces droits. Les acteurs non étatiques ont également la responsabilité de respecter les droits humains des personnes touchées par la tuberculose. Il existe des précédents juridiques qui ont contraint les États à fournir des soins et un soutien aux personnes touchées par la tuberculose. Les arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme, par exemple, ont obligé les États à fournir des soins antituberculeux aux enfants pris en charge par l'État. Et, en 2007, la Cour suprême argentine a statué que l'État était dans l'obligation, en vertu des traités relatifs aux droits de l'homme et des constitutions nationales et provinciales, de fournir des soins antituberculeux aux membres de la communauté autochtone Toba.³ Un soutien est nécessaire pour aider les populations clés à accéder à une assistance juridique lorsque les systèmes de justice doivent être engagés afin d'avoir accès aux soins antituberculeux.

DROITS DE L'HOMME ET PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

La Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose s'est également engagée à prévenir la tuberculose en fournissant à 30 millions de personnes un traitement préventif contre la tuberculose, dont 4 millions d'enfants de moins de 5 ans, 20 millions d'autres contacts familiaux des personnes touchées par la tuberculose et 6 millions de personnes vivant avec le VIH. Pour parvenir à fournir une thérapie préventive à 30 millions de personnes, il faudra parvenir à un changement de paradigme dans la façon dont les systèmes de santé perçoivent les droits des personnes exposées à la tuberculose. Les systèmes de santé doivent reconnaître et agir pour honorer le droit des personnes à connaître leur statut tuberculinique (c'est-à-dire savoir si elles vivent ou non avec une infection tuberculeuse). Ceci contribuera à soutenir les activités qui atteignent de manière proactive les personnes à risque de tuberculose, avec la garantie d'un accès à une évaluation et à un traitement préventif de qualité. En Ouganda, par exemple, dans une approche pilote appelée DETECT Child TB, les contacts familiaux des enfants avec un diagnostic de tuberculose ont été systématiquement testés par le biais de services décentralisés assurés par des professionnels de santé au sein de la communauté. Grâce à cette approche, 74 % des enfants de moins de 5 ans ont bénéficié d'un traitement préventif contre la tuberculose, alors qu'à l'échelle mondiale, seuls 27 % des enfants de moins de 5 ans avaient bénéficié d'un traitement préventif contre la tuberculose en 2017. Des méthodes améliorées sont nécessaires pour tester l'infection tuberculeuse, en particulier au sein des populations clés risquant d'être exposées à plusieurs reprises à la tuberculose (par exemple, les agents de santé).

1 Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose. Genève : Stop TB Partnership ; 2019. <http://www.stop-tb.org/assets/documents/communities/FINAL%20Declaration%20on%20the%20Right%20of%20People%20Affected%20by%20TB%2013.05.2019.pdf>

2 Déclaration universelle des droits de l'homme. Paris : Assemblée générale des Nations Unies ; 1948. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

3 Épidémie silencieuse : un appel à l'action contre la tuberculose infantile. Paris : Union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires ; 2017. <https://childtb.theunion.org/wp-content/uploads/2018/08/Silent-Epidemic.pdf>

de tuberculose de rechercher ouvertement les soins et le soutien dont elles ont besoin et de suivre un traitement complet contre la tuberculose.¹⁰ C'est pour ces raisons qu'il est important que les communautés affectées mesurent la stigmatisation, animent la conversation sur la stigmatisation liée à la tuberculose et fassent office de fer de lance pour informer le public sur la réalité de la tuberculose pour ceux qui en souffrent. Le fait de s'approprier leur histoire et de la partager avec d'autres peut créer une compréhension, qui a pour effet de réduire la stigmatisation liée à la tuberculose.

Pour aider les gouvernements à prendre des mesures visant à dissiper la stigmatisation liée à la tuberculose, Stop TB Partnership, avec le soutien de l'USAID et en collaboration avec les réseaux communautaires mondiaux et régionaux, les travailleurs de la santé de la Coalition mondiale des militants contre la tuberculose, les experts des droits de l'homme de la Northwestern Pritzker School of Law et des partenaires techniques tels que l'OMS et du KNCV, a développé des outils d'évaluation de la stigmatisation liée à la tuberculose¹¹ que les pays peuvent utiliser pour évaluer les types, les niveaux, les causes et l'impact de cette stigmatisation, afin d'élaborer des recommandations pour la combattre.¹²

Groupes de populations clés

Reconnaissant la prévalence plus élevée de la tuberculose chez les hommes, la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose identifie les populations clés spécifiques qui sont vulnérables ou dans des situations qui les rendent vulnérables à la tuberculose, notamment

les femmes et les enfants, les peuples autochtones, les travailleurs de la santé, les migrants, les réfugiés, les prisonniers, les mineurs et d'autres personnes exposées à la silice, les populations pauvres des zones urbaines et rurales, les populations mal desservies, les personnes sous-alimentées, les personnes confrontées à l'insécurité alimentaire, les minorités ethniques, les personnes et communautés exposées à la tuberculose bovine, les personnes atteintes de diabète, les personnes souffrant de handicaps mentaux et physiques, les personnes souffrant de troubles liés à l'alcool et les personnes qui consomment du tabac. Les personnes appartenant à des groupes de populations clés courent un plus grand risque de contracter la tuberculose en raison d'une exposition accrue, d'un accès limité à des services antituberculeux de qualité garantie ou de facteurs biologiques ou comportementaux (tableau 3.1). Les personnes d'une catégorie peuvent également faire partie des autres groupes. Un travailleur minier peut, par exemple, vivre dans une communauté ayant un accès limité aux soins de santé et vivre avec le VIH. Il est également possible qu'il fume et/ou souffre de diabète. Il peut également transmettre la tuberculose à d'autres membres de la famille.

Enfants et adolescents

En 2018, on estime que plus d'un million d'enfants de moins de 15 ans ont développé la tuberculose et que 233 000 sont morts de la maladie.¹³ Environ 80 % de ces décès concernaient des enfants de moins de 5 ans. Les enfants atteints de tuberculose viennent souvent de familles pauvres, n'ont reçu ni information ni éducation sur la maladie et vivent dans des communautés disposant d'un accès limité aux services de santé. Même si les enfants ont accès à des services de santé, les services ou établissements de santé ne possèdent souvent pas les outils et l'expertise pour diagnostiquer la tuberculose chez les enfants. Les outils de diagnostic les plus couramment utilisés ne

10 Femmes et stigmatisation : conversations sur la résilience dans la guerre contre la tuberculose. Amsterdam : Coalition mondiale des militants contre la tuberculose ; 2018. <http://www.tbonline.info/media/uploads/documents/women-and-stigma-full-book.pdf>

11 Évaluation de la stigmatisation de la tuberculose : manuel de mise en œuvre. Genève : Stop TB Partnership ; 2019. <http://www.stop-tb.org/assets/documents/communities/STP%20TB%20Stigma%20Assessment%20Implementation%20Handbook.pdf>

12 Guide de mesure de la stigmatisation de la tuberculose. La Haye : Challenge TB ; 2018. https://www.challenge-tb.org/publications/tools/ua/TB_Stigma_Measurement_Guidance.pdf

13 Dodd PJ, Yuen CW, Sismanidis C, et al. The global burden of tuberculosis mortality in children: a mathematical modelling study. *Lancet Glob Health*. 2017;5(9):e898–906. doi:10.1016/S2214-109X(17)30289-9

TABLEAU 3.1. POPULATIONS CLÉS EN MATIÈRE DE TUBERCULOSE

<p>Personnes qui sont</p> <p>DAVANTAGE EXPOSÉES</p> <p>à la tuberculose en raison du lieu où elles vivent ou travaillent</p>	<p>Prisonniers, travailleurs du sexe, mineurs, visiteurs d'hôpitaux, professionnels de santé et agents de santé communautaires</p> <p>PERSONNES QUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ vivent dans des bidonvilles urbains ✦ vivent dans des espaces mal ventilés ou poussiéreux ✦ sont en contact avec des personnes atteintes de tuberculose, y compris des enfants ✦ travaillent dans des environnements surpeuplés ✦ travaillent dans des hôpitaux ou sont des professionnels de la santé ✦ sont en contact ou vivent avec du bétail
<p>Personnes ayant</p> <p>UN ACCÈS LIMITÉ À DES SERVICES DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE TUBERCULOSE</p>	<p>Travailleurs migrants, femmes dans des contextes où les inégalités liées au genre sont importantes, enfants, réfugiés ou personnes déplacées, mineurs illégaux et sans-papiers</p> <p>PERSONNES QUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ proviennent de populations tribales ou de peuples autochtones ✦ sont sans abri ✦ vivent dans des zones difficiles d'accès ✦ vivent en maison de retraite ✦ souffrent d'un handicap mental ou physique ✦ font face à des obstacles juridiques à l'accès aux soins ✦ sont lesbiennes, gays, bisexuels ou transgenres
<p>Personnes</p> <p>EXPOSÉES À UN RISQUE ACCRU</p> <p>de tuberculose en raison de facteurs biologiques ou comportementaux qui compromettent la fonction immunitaire</p>	<p>PERSONNES QUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ vivent avec le VIH ✦ souffrent de diabète ou de silicose ✦ suivent un traitement immunosuppresseur ✦ sont sous-alimentées ✦ utilisent du tabac ✦ souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool ✦ s'injectent des drogues

conviennent pas aux enfants, car ils nécessitent la collecte de crachat et les enfants ont des difficultés à produire des crachats. Les enfants ayant été en contact avec des adultes atteints de tuberculose doivent être systématiquement dépistés et bénéficier d'un traitement préventif ou d'un traitement contre la tuberculose, le cas échéant ; on observe toutefois d'énormes lacunes dans la prestation de ces services et, en 2017, plus de 75 % des enfants éligibles au traitement préventif de la tuberculose dans le monde n'en ont pas bénéficié.¹⁴

Les enfants des communautés pauvres sont également confrontés à un risque beaucoup plus élevé de malnutrition et d'émaciation, à la fois in utero lorsque leur mère souffre de malnutrition, et après la naissance.¹⁵ Les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans sont les plus difficiles à diagnostiquer et les plus susceptibles de mourir de la tuberculose. De fait, on observe une plus grande proportion de tuberculose non détectée chez les enfants que chez les adultes.

14 Feuille de route pour mettre fin à la tuberculose chez les enfants et les adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. <https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274374/9789241514668-eng.pdf>

15 Odone A, Houben RMG, White RG, et al. The effect of diabetes and undernutrition trends on reaching 2035 global tuberculosis targets. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:754–64. doi:10.1016/S2213-8587(14)70164-0

C'est pour toutes ces raisons que la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose a pour objectif d'atteindre 3,5 millions d'enfants avec un traitement antituberculeux et 115 000 enfants avec un traitement contre la TB-MR entre 2018 et 2022. Étant donné que dans de nombreux pays, il n'existe actuellement aucune donnée mondiale ni nationale sur le nombre d'enfants bénéficiant d'un traitement contre la TB-MR, il est urgent de mettre en place des systèmes de surveillance pour suivre l'évolution de la TB-MR chez les enfants.

La tuberculose infantile doit être une priorité nationale de santé transversale et non la seule responsabilité des PNLT. Celle-ci doit être abordée à la fois en collaboration avec les services de santé infantile ; car dans la prise en charge des enfants malades, ce sont principalement les services pédiatriques qui sont sollicités, et dans le cadre des efforts globaux de renforcement des services de santé maternelle et infantile. Les professionnels de santé et les pédiatres des secteurs public et privé doivent signaler aux PNLT tous les enfants chez qui un diagnostic de tuberculose est établi. À leur tour, les PNLT doivent déclarer les résultats du traitement chez ces enfants.

Les adolescents (10-19 ans) représentent également des défis particuliers. Les adolescents atteints de tuberculose présentent souvent des maladies infectieuses généralement observées chez les adultes, ce qui entraîne un risque élevé de transmission dans les écoles et autres lieux de rassemblement des adolescents. La crainte de la stigmatisation et les défis associés à la pression des pairs, au risque de VIH, et aux risques comportementaux découlant de la consommation d'alcool et de tabac présentent également des risques pour les adolescents. Les adolescents ont besoin de services de santé ouverts et accueillants, d'un soutien psychosocial approprié, ainsi que de traitements et de soins qui perturbent le moins possible leurs scolarisations. Pour mieux comprendre comment l'épidémie de tuberculose affecte les adolescents âgés de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans, les pays doivent ventiler

les données sur la tuberculose selon ces deux groupes d'âge.¹⁶

Pour lutter contre la tuberculose chez les enfants et les adolescents, il sera également nécessaire de concentrer les efforts sur les mères. Les femmes vivant avec le VIH, qui sont plus susceptibles de souffrir de tuberculose, ont besoin d'aide et de soins de la part du système de santé afin de réduire la possibilité de transmettre des infections à leurs enfants.¹⁷ Ainsi, la tuberculose devrait être intégrée aux soins de première intention au sein des programmes de santé maternelle et infantile proposés et assurés par les cliniques prénatales et postnatales.

16 Feuille de route pour mettre fin à la tuberculose chez les enfants et les adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2018.

17 Gupta, A, Bhosale, R, Kinikar, A, et al. Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. J Infect Dis. 2011;203:358-63. doi:10.1093/infdis/jiq064

ENCADRÉ 3.2 : RÉSULTATS DE STOP TB PARTNERSHIP/ LANCEMENT DU NOUVEL OUTIL DU GDF SUR LA DR-TB PÉDIATRIQUE

En 2018, le GDF (Dispositif mondial de financement des médicaments antituberculeux) de Stop TB Partnership a lancé son Initiative pédiatrique contre la DR-TB afin de catalyser l'introduction et la mise à l'échelle de formulations de médicaments adaptés aux enfants pour traiter la DR-TB. L'initiative, partiellement financée par le gouvernement du Japon, a fourni une assistance technique (par le projet Sentinel sur la tuberculose pharmacorésistante chez les enfants et des exécutants tels que KNCV et Partners in Health) et un soutien à l'approvisionnement pour introduire six formulations adaptées aux enfants dans 17 pays pionniers. L'initiative s'est élargie en 2019, avec un soutien supplémentaire des États-Unis et du Japon, pour inclure plus de 50 pays et trois formulations supplémentaires qui étaient devenues disponibles ou étaient nouvellement recommandées. Le fait de disposer de formulations adaptées aux enfants est une étape vers l'augmentation du nombre d'enfants atteints de DR-TB bénéficiant d'un traitement, et vers la réalisation des objectifs de l'UN HLM qui visent à traiter 115 000 enfants contre la DR-TB d'ici 2022.

<http://www.stoptb.org/gdf/pedsDRTBinitiative.asp>

La Feuille de route pour l'élimination de la tuberculose chez les enfants et les adolescents (figure 3.1) fixe l'objectif d'atteindre zéro décès d'enfant par tuberculose dans le monde. Elle décrit les actions clés et le besoin urgent d'investissements accrus afin que soit atteint cet objectif.¹⁸

Personnes vivant avec le VIH

La tuberculose est la cause de décès la plus courante chez les personnes vivant avec le VIH.¹⁹ Les taux élevés de co-infection tuberculose/VIH constituent un défi majeur pour réduire l'incidence de la tuberculose dans de nombreux pays. Selon les données les plus récentes de l'OMS, environ 880 000 personnes dans le monde vivant avec le VIH ont contracté la tuberculose en 2017.²⁰ Parmi les personnes infectées par la tuberculose,²¹ les personnes vivant avec le VIH sont jusqu'à 27 fois plus susceptibles de développer la tuberculose.²² Le risque est nettement plus faible pour celles qui ont accès à un traitement anti-VIH. Il est également plus difficile de dépister la tuberculose en fonction des symptômes chez les personnes vivant avec le VIH. Comme les personnes atteintes de tuberculose, les personnes vivant avec le VIH sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination, ce qui peut les empêcher d'accéder aux services.

La co-infection tuberculose/VIH est particulièrement aiguë en Afrique, où 84 % de tous les décès

par tuberculose liés au VIH sont survenus en 2017.²³ Il est également urgent de lutter contre les deux maladies de façon intégrée dans les pays en dehors de l'Afrique. Les données montrent que l'Europe de l'Est connaît des taux croissants de prévalence du VIH et de la DR-TB.

La Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose comprend un objectif visant à fournir à plus de 6 millions de personnes vivant avec le VIH un traitement préventif contre la tuberculose d'ici 2022. Le Plan mondial fait écho à cet objectif et appelle les pays à identifier au moins 90 % de toutes les personnes atteintes de tuberculose dans la population qui ont besoin d'un traitement (y compris celles vivant avec le VIH) et à leur permettre de bénéficier d'un traitement approprié (y compris un traitement antituberculeux et un traitement préventif pour les personnes vivant avec le VIH).

La Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH²⁴ s'engage à mettre en place les efforts nécessaires pour atteindre l'objectif de réduction de 75 % des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2020, et s'engage à atteindre les objectifs 90-(90)-90 du Plan mondial de Stop TB Partnership pour éliminer la tuberculose.

Pour atteindre ces objectifs, il faudra une intégration accélérée des services de lutte contre la tuberculose et le VIH, ainsi qu'un leadership et un engagement politique forts pour mener à bien les interventions recommandées par l'OMS et l'ONUSIDA afin de lutter conjointement contre le VIH et la tuberculose.²⁵

18 Feuille de route pour mettre fin à la tuberculose chez les enfants et les adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. <https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274374/9789241514668-eng.pdf>

19 Pawlowski A, Jansson M, Skold M, et al. Tuberculosis and HIV co-infection. *PLoS Pathog.* 2012;8:e1002464. doi:10.1371/journal.ppat.1002464

20 Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

21 Infection tuberculeuse latente : lignes directrices actualisées et consolidées pour la gestion programmatique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. <https://www.who.int/tb/publications/2018/latent-tuberculosis-infection/en/>

22 TB et VIH [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/tb-hiv/en/>

23 Tuberculose associée au VIH : réalisations en 2017. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. https://www.who.int/tb/areas-of-work/tb-hiv/tbhiv_factsheet.pdf?ua=1

24 Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 8 juin 2016. A/Res/70/266. Political Declaration on HIV and AIDS: on the fast track to accelerating the fight against HIV and to ending the AIDS epidemic by 2030. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf

25 Politique de l'OMS sur les activités conjointes TB/VIH : directives pour les programmes nationaux et autres parties prenantes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012. https://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/

FIGURE 3.1 : FEUILLE DE ROUTE VERS L'ÉLIMINATION DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS



Source: Feuille de route pour mettre fin à la tuberculose chez les enfants et les adolescents. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2018.

Professionnels de santé

Le monde compte environ 59 millions de professionnels de santé.²⁶ La tuberculose demeure un risque professionnel important pour les professionnels de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur, ainsi que dans certaines institutions des pays à revenu élevé. Cela signifie que les systèmes de santé doivent veiller à ce que les professionnels de santé soient protégés contre le risque d'infection. Le risque est particulièrement élevé dans les situations caractérisées par une exposition accrue à la tuberculose et des mesures de contrôle des infections inadéquates.²⁷ Les professionnels de santé des établissements de soins de santé primaires, qui sont principalement des femmes, courent le risque de contracter la tuberculose auprès des patients dont ils s'occupent et présentent un risque accru de développer la tuberculose.²⁸ Les travailleurs de laboratoire sont également exposés à un risque d'infection tuberculeuse par exposition à des échantillons infectés.

Les efforts pour prévenir la tuberculose contractée dans les établissements de soins de santé (hôpitaux, établissements de soins de santé primaires et autres établissements communautaires) devraient se concentrer, par ordre de priorité, sur la prévention primaire par le biais de contrôles administratifs, les mesures d'ingénierie et la protection respiratoire des professionnels de santé.^{29,30} Ces efforts doivent

être renforcés par des mesures de prévention secondaire, notamment par le dépistage régulier de la tuberculose, et par le traitement et les soins à la fois de l'infection à la tuberculose et de la maladie active chez les professionnels de santé. Les protections sur le lieu de travail sont essentielles pour protéger les professionnels de santé dans les cas où ils ont été diagnostiqués positifs à la tuberculose. Les professionnels de santé doivent également être protégés contre les coûts associés à l'exposition professionnelle à la tuberculose. Dans les pays à faible revenu, ces mesures sont souvent mal appliquées et ne bénéficient pas de ressources suffisantes, voire n'en disposent pas du tout.

Travailleurs des mines

L'exploitation minière en tant qu'industrie est un moteur majeur de la tuberculose dans les pays où les réglementations professionnelles sont défaillantes et où leur application est laxiste. L'environnement de travail dans les mines est extrêmement favorable à la propagation de la tuberculose. Parmi les facteurs de risque, on compte une prévalence élevée de silicose (maladie pulmonaire grave causée par l'exposition à la poussière de silice), des températures et une humidité élevées dans les puits des mines, une promiscuité dans les conditions de travail et de vie, des taux élevés d'infection par le VIH et la consommation de tabac et d'alcool.³¹ Les travailleurs des mines en Afrique australe et centrale sont souvent des migrants, qui sont confrontés à des degrés de complication uniques en matière d'accès aux soins de santé. Étant donné que les migrants représentent une partie importante de la main-d'œuvre des sociétés minières, cela signifie également que lorsque les mineurs sont malades de la tuberculose et ne peuvent pas accéder à des soins continus de qualité, la tuberculose se propage aux communautés d'origine des travailleurs dans d'autres parties du pays ou à travers les frontières nationales.

26 Joseph B, Joseph M. The health of the healthcare workers. *Indian J Occup Environ Med.* 2016;20(2):71–2. doi:10.41003/0019-5278.197518

27 Menzies, D, Joshi, R, Pai, M. Risk of tuberculosis infection and disease associated with work in health care settings. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007;11(6):593–605.

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

29 Dont le dépistage minutieux des symptômes de la tuberculose chez les patients et la séparation des personnes susceptibles d'être malades de la tuberculose des autres dans les établissements de santé, diagnostic et traitement rapides des patients et dépistage régulier de la tuberculose chez les professionnels de santé.

30 Les mesures d'ingénierie réduisent la présence dans l'air de bacilles à l'origine de la tuberculose. Parmi les méthodes courantes à appliquer, la ventilation, l'ouverture des fenêtres et, dans des environnements où le climat est doux, l'installation de salles d'attente à l'extérieur.

31 Stuckler D, Steele S, Lurie M, et al. Dying for gold: the effects of mineral mining on HIV, tuberculosis, silicosis, and occupational diseases in southern Africa. *Int J Health Serv.* 2013;43:639–49. doi:10.2190/HS.43.4.c

Les 10 plus grandes sociétés minières du monde employaient à elles seules près d'un million de personnes en 2019,³² tandis que l'exploitation minière à petite échelle et « artisanale » concerne 40 millions de personnes.³³ L'industrie minière a la responsabilité de promulguer et d'appliquer de solides politiques et pratiques de lutte contre la tuberculose. Les stratégies nationales de lutte contre la tuberculose doivent aborder directement le rôle des activités minières dans l'épidémie, et traiter de la responsabilité des sociétés minières d'assurer des environnements de travail sûrs et sains.³⁴ L'Afrique du Sud a pris l'initiative en introduisant un dépistage obligatoire de la tuberculose pour les mineurs et, avec neuf autres pays d'Afrique australe, met actuellement en œuvre une subvention régionale du Fonds mondial pour lutter contre la tuberculose chez les mineurs.³⁵ Quinze pays d'Afrique australe se sont engagés à améliorer le traitement et les soins pour les travailleurs des mines actuels et anciens atteints de tuberculose et leurs familles.³⁶ Des initiatives similaires sont nécessaires dans d'autres régions, en particulier en Asie et en Amérique du Sud.

Les autres méthodes de lutte contre la tuberculose chez les mineurs³⁷ devraient inclure la réduction des poussières de silice, la fourniture de meilleurs logements, l'amélioration des soins transfrontaliers, la recherche des contacts et le dépistage du VIH. Des investissements plus

importants sont nécessaires, en particulier pour réglementer et réduire l'exposition aux poussières de silice dans les exploitations minières à grande et à petite échelle, conformément à l'engagement de la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose de réduire « les expositions aux poussières de silice dans les mines, la construction et autres lieux de travail exposés aux poussières ».³⁸

Prisonniers et autres personnes dont la liberté de mouvement est restreinte

Plus de 11 millions de personnes dans le monde sont détenues dans des établissements pénitentiaires.³⁹ Dans de nombreuses prisons, les conditions de vie alimentent la propagation de la tuberculose. En Afrique subsaharienne, par exemple, certaines prisons présentent des taux de tuberculose qui sont jusqu'à 1 000 fois plus élevés que dans la population générale.⁴⁰ Au Brésil, une étude démographique a montré que plus de la moitié des souches de tuberculose circulant dans la population pouvaient être retracées dans les prisons.⁴¹ Un examen systématique effectué en 2017 a montré que toutes les études suggéraient des taux élevés de TB-MR chez les populations carcérales des États post-soviétiques.⁴² En tant qu'établissements institutionnels, les prisons peuvent également contribuer au développement et à la propagation de la DR-TB, car il est peu probable que les détenus entrants et sortants soient en mesure de suivre un traitement complet sans un soutien ciblé.

32 Principales sociétés minières dans le monde, en nombre d'employés en 2019. Hambourg : Statista ; 2019. <https://www.statista.com/statistics/726584/largest-mining-companies-worldwide-by-employment/>

33 État du secteur minier artisanal et à petite échelle 2019. Washington, DC : Banque mondiale ; 2019. <https://delvedatabase.org/uploads/resources/Delve-2019-State-of-the-Artisanal-and-Small-Scale-Mining-Sector.pdf>

34 Stuckler D, Basu S, McKee M, et al. Mining and risk of tuberculosis in sub-Saharan Africa. *Am J Public Health*. 2011;101(3):524–30. doi:10.2105/AJPH.2009.175646

35 Global Fund regional grant to support the southern Africa TB in the Mining Sector Initiative [News story]. Geneva: Stop TB Partnership; 2016. http://www.stoptb.org/news/stories/2016/ns16_003.asp

36 Baleta A. Southern African declaration targets TB in mining sector. *Lancet*. 2012;380(9849):1217–8. doi:10.1016/S0140-6736(12)61698-5

37 RESULTS UK, AIDS Rights Alliance of Southern Africa. Tuberculosis in South Africa's gold mines: a united call to action. London: RESULTS UK; 2013. <https://bit.ly/3dtdlqj>

38 Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose. Unis pour éliminer la tuberculose : à urgence mondiale, action mondiale. Résolution A/RES/73/3 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018. <https://www.who.int/tb/unhlmontBDDeclaration.pdf>

39 Walmsley R. World prison population list, 12th ed. London: Institute for Criminal Policy Research; 2018. https://www.prison-studies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_12.pdf

40 Biadlegne F, Rodloff AC, Sack U. Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic. *Epidemiol Infect*. 2015;143:887–900. doi:10.1017/S095026881400288X

41 Sacchi FP, Praca RM, Tataru MB, et al. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2015;21:452–5. doi:10.3201/eid2103.140896

42 Droznin M, Johnson A, Johnson A. Multidrug resistant tuberculosis in prisons located in former Soviet countries: a systematic review. *PLoS One*. 2017;12(3):e0174373. doi:10.1371/journal.pone.0174373

La lutte contre la tuberculose dans les prisons nécessitera une importante collaboration entre les secteurs de la santé et de la justice et la communauté des chercheurs, pour cartographier l'ampleur de la pharmacorésistance dans les prisons et concevoir des moyens innovants de prévenir la transmission. Établir un lien entre les soins de santé dispensés à l'intérieur et ceux prodigués à l'extérieur des prisons est vital pour assurer des soins continus contre la tuberculose.

Les groupes vivant dans des camps de réfugiés et des camps de réinstallation doivent également faire l'objet d'approches spéciales en matière de tuberculose. Les approches relatives à la tuberculose dans ces situations devraient s'appuyer sur les meilleures pratiques internationales et être sensibles aux conditions locales.⁴³

Migrants

Les migrants représentent une part croissante de la population mondiale : 258 millions en 2017 contre 220 millions en 2010.⁴⁴ Certains migrants sont particulièrement vulnérables à la tuberculose.⁴⁵ Il s'agit notamment des populations qui ont souvent un accès limité aux services de santé, peut-être parce qu'elles vivent dans une zone de façon illégale, en raison de différences linguistiques ou ethniques et/ou en raison d'un manque de sensibilisation au droit aux services de santé. Les sans-papiers rencontrent des difficultés particulières pour accéder aux soins. Même lorsque les migrants peuvent accéder à un traitement, la nécessité de se déplacer pour trouver un emploi ou la menace de déplacement forcé entraîne

souvent une interruption du traitement contre la tuberculose, augmentant la probabilité d'émergence d'une résistance aux médicaments.

Les politiques mises en place, en tant qu'impératifs de santé publique et de droits de l'homme, devraient permettre aux personnes d'accéder au diagnostic et au traitement de la tuberculose indépendamment du statut d'immigration.⁴⁶ De même, les politiques d'immigration et de travail doivent garantir qu'une personne ne soit pas exclue d'une quelconque considération de recrutement ou de rétention du fait de son statut tuberculeux.

Les professionnels de santé doivent être sensibilisés aux besoins des migrants, en particulier au potentiel de co-infection TB/VIH et de DR-TB. La continuité des soins est particulièrement importante chez les populations migrantes, et le développement de systèmes de référence trans-frontaliers avec recherche de contacts et partage d'informations sera important pour harmoniser les protocoles de traitement à travers les frontières, tout le long des couloirs de migration. Cela nécessitera non seulement une collaboration entre les acteurs de la santé, mais également une collaboration entre les ministères sur la politique migratoire.

Personnes qui consomment des drogues et/ou abusent de l'alcool

Il a été établi que la consommation de drogues pouvait être liée à une incidence plus élevée d'infection tuberculeuse latente et de tuberculose active.⁴⁷ Le risque accru d'infection est dû en partie aux effets physiologiques de la consommation de drogues, en particulier des opiacés, qui conduisent à un affaiblissement du système immunitaire. Les personnes qui consomment des drogues courent

43 Prise en charge et contrôle de la tuberculose chez les populations réfugiées et déplacées. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2007. https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43661/9789241595421_eng.pdf;jsessionid=D7CAA855D4364F425CF5E5DE0FB19E8E?sequence=1

44 Rapport sur les migrations internationales 2017 : les grandes lignes. New York : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population ; 2017. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf

45 Organisation mondiale de la Santé, Organisation internationale pour les migrations. Prévention de la tuberculose et soins aux migrants. Grand-Saconnex : Organisation internationale pour les migrations ; 2014. <https://tbandmigration.iom.int/publication/tuberculosis-prevention-and-care-migrants>

46 Plan pour éliminer la tuberculose dans 18 pays hautement prioritaires de la Région européenne de l'OMS, 2007-2015. Copenhague : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe ; 2007. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/plan-to-stop-tb-in-18-high-priority-countries-in-the-who-european-region,-20072015>

47 Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin Infect Dis*. 2009;48:72-82. doi:10.1086/594126

également un risque accru de retard dans la demande de traitement et un risque accru de maladie et de mortalité. Les opiacés peuvent supprimer les symptômes révélateurs de la tuberculose tels que la toux persistante. Les personnes qui consomment des drogues sont exposées à divers facteurs environnementaux et comportementaux qui tendent à coexister avec la consommation de drogues, comme l'itinérance, la consommation de tabac et d'alcool, l'emprisonnement, et le risque de contracter le VIH et l'hépatite C en utilisant des aiguilles infectées.⁴⁸

Les effets de la consommation de drogues et de l'abus d'alcool peuvent également signifier que les individus n'ont pas accès aux services de santé à des moments critiques, comme pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose immédiatement après le diagnostic du VIH. Même lorsque les personnes qui consomment des drogues ou qui abusent de l'alcool ont accès aux soins antituberculeux, elles peuvent avoir des difficultés à suivre un schéma thérapeutique antituberculeux compliqué ou long. Les personnes qui consomment des drogues ou abusent de l'alcool courent également un risque accru de stigmatisation et de discrimination de la part des professionnels de santé.

L'intégration du traitement antituberculeux aux services destinés aux personnes qui consomment des drogues ou abusent de l'alcool peut aider à atteindre les plus vulnérables d'entre elles, à condition que le traitement antituberculeux se poursuive à l'issue de la désintoxication. Le soutien psychosocial et les hôpitaux de jour pourraient augmenter considérablement le taux de réussite du traitement.⁴⁹ Les contacts rapprochés étant plus à risque, l'infection tuberculeuse peut souvent se propager parmi des groupes de personnes qui consomment des drogues ensemble. Par conséquent, les interventions ciblant ces populations doivent inclure un traitement préventif de la tuber-

culose. Il est essentiel d'adopter une approche de réduction des risques pour fournir aux personnes qui consomment des drogues des soins antituberculeux fondés sur les droits, y compris en permettant aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'opioïdes d'accéder à une thérapie médicalement assistée.

Personnes âgées

Les personnes âgées constituent le plus grand groupe de personnes vivant avec une infection tuberculeuse, en particulier dans les pays développés. Les personnes de 65 ans et plus sont plus vulnérables à la tuberculose, et courent un plus grand risque de voir l'infection tuberculeuse se transformer en tuberculose, en partie parce que l'immunité diminue avec l'âge. Certains médicaments pris pour les maladies non transmissibles courantes affectant les personnes âgées augmentent le risque de transformation de l'infection tuberculeuse en maladie tuberculeuse. Des études ont révélé une fréquence plus élevée de maladies sous-jacentes, davantage de réactions indésirables aux médicaments et une mortalité plus élevée chez les patients tuberculeux âgés.⁵⁰

Les caractéristiques cliniques peuvent être atypiques et les personnes âgées atteintes de tuberculose pulmonaire sont plus susceptibles de présenter des symptômes non spécifiques.⁵¹ Une attention particulière est également nécessaire car les résultats du traitement sont généralement médiocres chez les personnes âgées atteintes de tuberculose. Le diagnostic est difficile et la tuberculose est fréquemment négligée, et souvent détectée uniquement à l'autopsie.⁵²

48 Grenfell P, Baptista Leite R, et al. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend.* 2013;129:180–209. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.11.013

49 Figueroa-Munoz JI, Ramon-Pardo P. Tuberculosis control in vulnerable groups. *Bull World Health Organ.* 2008;86:733–5. <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/06-038737/en/>

50 Rajagopalan S. Tuberculosis and aging: a global health problem. *Clin Infect Dis.* 2001;33(7):1034–9.

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

52 Rajagopalan S, Yoshikawa TT. Tuberculosis in the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* 2000;33(5):374–80. doi:10.1007/s003910070

Personnes atteintes de diabète

Les experts estiment que la prévalence du diabète est de 15,3 % chez les personnes atteintes de tuberculose active dans le monde. L'OMS a constaté que le diabète était un facteur sous-jacent pour 790 000 personnes ayant développé la tuberculose en 2017.⁵³ En affaiblissant le système immunitaire, le diabète augmente de deux à trois fois le risque de développer la tuberculose.⁵⁴ L'association entre ces maladies est très préoccupante, car les taux de diabète augmentent fortement dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire (LMIC, de l'anglais Low and Middle-Income Countries) présentant une prévalence élevée de tuberculose.

Il existe plusieurs façons de lutter conjointement contre la tuberculose et le diabète. En janvier 2019, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (L'Union) a publié un nouveau guide technique traitant de la cogestion du diabète sucré/de la tuberculose, conçu en partenariat avec la Fondation mondiale du diabète.⁵⁵ Ce guide fournit des informations essentielles aux professionnels de santé de première ligne, sur la gestion et les soins des personnes atteintes de diabète sucré et de tuberculose.

Un dépistage systématique de la tuberculose devrait être envisagé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète dans les pays à prévalence élevée de tuberculose.⁵⁶ Les personnes atteintes de tuberculose ayant un reçu un diagnostic de diabète pourraient être prises en charge dans le cadre du programme de lutte contre la

tuberculose, afin qu'une gestion cohérente de la maladie puisse être assurée. Elles pourraient ensuite être dirigées vers des programmes traitant du diabète après avoir terminé leur traitement contre la tuberculose.⁵⁷

Les professionnels de santé communautaires dont le rôle est d'aider les patients tuberculeux peuvent être formés aux tests de glycémie pour assurer une double prise en charge. Des informations sur la tuberculose devraient également être fournies aux centres de traitement du diabète afin que les professionnels de santé soient en mesure de déterminer les cas où il faut orienter les personnes pour une recherche de tuberculose. Les systèmes d'achat et de livraison utilisés pour les médicaments antituberculeux pourraient être utilisés pour l'insuline, dont la mise à disposition peut représenter un coût prohibitif ; l'approvisionnement en insuline est souvent peu fiable dans les LMIC.

Il existe des possibilités de prévention des deux maladies, car les niveaux d'hyperglycémie associés au pré-diabète semblent être en corrélation avec un risque plus élevé de tuberculose.⁵⁸ Les efforts visant à intégrer les soins du diabète et de la tuberculose ne doivent pas rester distincts de ceux visant à lutter conjointement contre le VIH et la tuberculose. Tous les facteurs de risque de tuberculose doivent être abordés de manière globale afin de maximiser les ressources.

Personnes qui fument du tabac et/ou sont exposées à la pollution atmosphérique

Le tabagisme (et le tabagisme passif) et la pollution de l'air intérieur par la combustion de combustibles issus de la biomasse dans les cuisines et les maisons mal ventilées sont les principaux

53 Noubiap JJ, Nansseu JR, Nyaga UF, et al. Global prevalence of diabetes in active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis of data from 2.3 million patients with tuberculosis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(4):PE448-E460. doi:10.1016/S2214-109X(18)30487-X

54 Marais BJ, Lonnroth K, Lawn SD, et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. *Lancet Infect Dis*. 2013;13:436-48. doi:10.1016/S1473-3099(13)70015-X

55 Yan L, Harries AD, Kumar AMV, et al. Prise en charge diabète - tuberculose : Guide des éléments essentiels pour une bonne pratique Paris : Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires ; 2019. https://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/french/TheUnion_DMTB_Guide_FR.pdf

56 Cadre de collaboration pour les soins et le contrôle du diabète. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011. <https://www.who.int/tb/publications/tb-diabetes-framework/en/>

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

58 Viswanathan V, Kumpatla S, Aravindalochanan V, et al. Prevalence of diabetes and pre-diabetes and associated risk factors among tuberculosis patients in India. *PLoS One*. 2012;7:e41367. doi:10.1371/journal.pone.0041367

facteurs de risque de tuberculose.⁵⁹ On estime que 830 000 diagnostics de tuberculose dans le monde en 2017 étaient liés au tabagisme.⁶⁰ Cela est particulièrement préoccupant, car fumer et brûler des combustibles à l'intérieur sont des pratiques très répandues dans les pays où la tuberculose est courante. Ces pratiques augmentent les risques de contracter la tuberculose, de développer une tuberculose active, de voir un traitement échouer et de rechuter.⁶¹ Pour mettre fin à la tuberculose, il est essentiel de réduire le nombre de personnes qui fument et de réduire la pollution de l'air intérieur. Étant donné que le tabagisme est un facteur de risque élevé en matière de tuberculose, le soutien à l'arrêt du tabac pourrait faire partie des conseils et des soins liés à la tuberculose lors du diagnostic initial.

Il est également plausible que l'exposition à la pollution de l'air extérieur ou ambiant puisse supprimer l'immunité et rendre les populations plus vulnérables à la tuberculose. À ce stade, cependant, les données disponibles sur la relation potentielle entre la pollution de l'air ambiant et la tuberculose restent limitées, les études existantes montrant des résultats mitigés. Étant donné que la pollution de l'air ambiant est le principal facteur de risque environnemental de maladie dans le monde, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur ses effets potentiels sur la tuberculose.⁶²

Personnes touchées par la malnutrition

En 2017, environ 1,9 million de personnes ont développé une tuberculose pour laquelle la malnutri-

tion a été désignée comme cause sous-jacente.⁶³ La malnutrition et la tuberculose sont fortement liées, la sous-nutrition réduisant les défenses immunitaires contre la tuberculose et encourageant la transition d'une infection latente à une maladie active. La tuberculose peut également altérer la capacité du corps à absorber les nutriments et les micronutriments, ce qui entraîne ensuite malnutrition et émaciation.

En mars 2018, le Premier ministre indien Narendra Modi a annoncé que son pays allouerait 100 millions de dollars jusqu'en 2025 au soutien nutritionnel adéquat aux personnes vivant avec la tuberculose par le biais de virements bancaires directs.⁶⁴ Il s'agit d'une première étape qui devrait être évaluée et développée en Inde et dans d'autres pays. De nombreuses personnes qui courent déjà un risque élevé d'infection tuberculeuse, comme les personnes pauvres vivant dans des logements surpeuplés et insalubres, sont également susceptibles d'être sous-alimentées. L'association de la malnutrition et de la tuberculose est si forte que l'incidence de la tuberculose chez les personnes en surpoids est encore plus faible que chez les personnes en poids de santé (malgré le fait que l'obésité augmente les facteurs de risque de diabète et d'autres maladies métaboliques).

Assurer la sécurité alimentaire de la population en général est un élément important dans la prévention de la tuberculose. Il existe également des preuves qu'un soutien nutritionnel personnalisé pendant les soins antituberculeux peut aider les patients à suivre le traitement, en particulier chez les individus atteints de DR-TB.⁶⁵ L'OMS a fourni des orientations pertinentes dans ce sens.⁶⁶ TPour

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

60 Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

61 Améliorer la détection des cas de tuberculose : recueil d'études de cas de TB REACH, enseignements tirés, et cadre de suivi et d'évaluation. Genève : Stop TB Partnership ; 2014. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/TB_Case_Studies.pdf

62 Popovic I, Magalhaes R, Ge E, et al. A systematic literature review and critical appraisal of epidemiological studies on outdoor air pollution and tuberculosis outcomes. *Environmental Res.* 2019;170:33–45. doi:10.1016/j.envres.2018.12.011

63 Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

64 En Inde, nous travaillons à l'élimination de la tuberculose d'ici 2025 : PM Modi. 13 mars 2018. <https://www.narendramodi.in/text-of-pm-s-address-at-the-inaugural-session-of-end-tb-summit-539297>

65 Sinclair D, Abba K, Grobler L, Sudarsanam TD. Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;9(11):CD006086. doi:10.1002/14651858.CD006086

66 Soins et soutien nutritionnels pour les patients atteints de tuberculose : ligne directrice. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013. https://www.who.int/tb/publications/nutcare_support_patients_with_tb/en/

faire du soutien nutritionnel une réalité, les efforts interministériels des autres ministères, y compris ceux responsables de la protection sociale, des finances, de l'alimentation et de l'agriculture, seront essentiels. Ces efforts doivent être suivis et pris en compte dans le cadre de la mise en œuvre du MAF-TB par un pays.

Personnes touchées par la tuberculose zoonotique

La tuberculose zoonotique chez l'homme, causée par le *Mycobacterium bovis* (la bactérie responsable de la tuberculose bovine), est principalement transmise par le contact avec des animaux domestiques et leurs produits. Les consommateurs de lait non pasteurisé ou de produits animaux non traités provenant d'animaux infectés, les personnes vivant dans des communautés rurales où la tuberculose bovine est endémique, les éleveurs de bétail, les travailleurs de l'industrie laitière et les travailleurs qui entrent en contact avec des animaux ou des produits animaux infectés présentent tous un risque plus élevé de contracter la tuberculose zoonotique.

On estime que 147 000 personnes ont développé une tuberculose zoonotique en 2016 et que 12 500 sont décédées des suites de la maladie.⁶⁷ Toutefois, cette estimation reste très incertaine ; l'ampleur réelle du nombre de personnes touchées par la tuberculose zoonotique est inconnue en raison du manque de tests de diagnostic adéquats du *M. bovis* ; en outre, sa mesure est compliquée, du fait d'un manque de surveillance de routine. Il s'agit là d'une situation particulièrement préoccupante dans les régions en développement où la tuberculose bovine est endémique et les pratiques socioculturelles augmentent le risque de transmission de *M. bovis* à l'homme.

Comme indiqué dans la Feuille de route de l'OMS pour la tuberculose zoonotique,⁶⁸ les efforts de

prévention et de prise en charge des personnes atteintes de tuberculose zoonotique doivent être intersectoriels et multidisciplinaires, conformément à l'approche One Health. L'approche One Health aborde à la fois la santé humaine et les secteurs vétérinaires dans la riposte à la maladie, étant donné que les animaux et les humains partagent le même environnement. Dans le contexte de la tuberculose, elle nécessite le développement d'outils de diagnostic, le renforcement des systèmes de surveillance et de la qualité des données, et l'évaluation de l'impact économique du *M. bovis*.^{69,70}

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

70 Cosivi O, Grange JM, Daborn CJ, et al. Zoonotic tuberculosis due to *Mycobacterium bovis* in developing countries. *Emerging Infect Dis.* 1998;4:59–70. doi:10.3201/eid0401.980108

67 Tuberculose zoonotique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 : <https://www.who.int/tb/zoonoticTB.pdf>

68 Feuille de route pour la tuberculose zoonotique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. https://www.who.int/tb/publications/2017/zoonotic_TB/en/





4. PARTENAIRES CLÉS DE COLLABORATION : SOCIÉTÉ CIVILE, COMMUNAUTÉS ET SECTEUR PRIVÉ



RÉSUMÉ

Pour trouver et traiter toutes les personnes atteintes de tuberculose et atteindre les jalons de la stratégie de lutte contre la tuberculose, les pays doivent collaborer avec la société civile, les organisations communautaires et le secteur privé en tant que partenaires, à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre de la riposte à la tuberculose.

La société civile et les organisations communautaires doivent jouer un rôle clé dans la planification et la prestation des soins antituberculeux en renforçant la sensibilisation ; contribuer au dépistage actif de cas ; améliorer l'accès aux soins ; encourager et soutenir les personnes atteintes de tuberculose au cours du traitement ; fournir un soutien psychosocial et réduire la stigmatisation ; assurer le suivi des programmes ; faciliter l'engagement communautaire dans la R&D ; et s'engager dans le plaidoyer. Le secteur privé a également un rôle important à jouer

dans la fourniture, le développement et le partenariat afin de délivrer des soins antituberculeux de qualité et abordables, de nouveaux outils, des ressources et de l'expertise. Des investissements sont nécessaires pour renforcer les systèmes de santé et communautaires, ainsi que les partenariats public-privé. Un changement de mentalité, ainsi qu'un environnement propice, sont nécessaires pour s'engager de manière significative avec les communautés et libérer le plein potentiel du secteur privé.

MESURES PRIORITAIRES

PNLT :

- ⊕ Renforcer les systèmes de santé communautaires afin que les soins et le soutien antituberculeux de qualité garantie soient accessibles localement.
- ⊕ Faire participer la société civile et les communautés touchées par la tuberculose dès le début dans la conception et la planification des programmes et des interventions antituberculeuses, en les impliquant en tant que partenaires actifs dans la mise en œuvre, le suivi et l'examen des services antituberculeux.
- ⊕ Établir des partenariats avec le secteur privé et les syndicats pour élargir l'accès aux soins antituberculeux, établir des politiques et des initiatives contre la tuberculose sur le lieu de travail et améliorer la sensibilisation communautaire.
- ⊕ Investir dans des modèles de partenariat public-privé pour garantir aux personnes ayant accès aux soins pour la tuberculose dans le secteur privé de bénéficier de services de bonne qualité et soient notifiées.

Donateurs et investisseurs d'impact :

- ⊕ Augmenter le financement de la société civile et des organisations communautaires dans le cadre des efforts pour éliminer la tuberculose.
- ⊕ Fournir un financement pour la coordination mondiale du plaidoyer en partenariat avec les communautés touchées par la tuberculose, dans le but de garantir la responsabilité en matière de respect des engagements de l'UN HLM sur la tuberculose.

Industrie et entreprises privées :

- ⊕ Adopter des politiques de recrutement et de rétention non discriminatoires, promouvoir des lieux de travail sûrs et sans infection, et fournir aux membres du personnel et à leurs familles des services de diagnostic, de traitement et de notification de la tuberculose de bonne qualité et abordables.
- ⊕ Partenariat avec les PNLTL, les organisations de lutte contre la tuberculose et les organisations communautaires dans les initiatives de responsabilité sociétale des entreprises (RSE).

La société civile et les communautés en tant que partenaires clés dans la riposte à la tuberculose

L'UN HLM sur la tuberculose a contribué à réorienter les efforts de l'approche mondiale en matière de tuberculose, passant d'une volonté de « contrôler » l'épidémie à celle de *mettre fin* à l'épidémie.

Historiquement, le « contrôle » de la tuberculose a supposé une approche descendante, tandis que l'élimination de la tuberculose est radicalement différente. Pour éliminer la tuberculose, il convient d'adopter une approche qui habilite les survivants de la tuberculose, les communautés touchées et la société civile en général, et fait d'eux des partenaires, car ils sont idéalement positionnés pour aider à identifier et surmonter les obstacles sociaux, politiques, culturels, juridiques, sexospécifiques et économiques à l'accès aux services, aux soins et au soutien antituberculeux. Ils occupent également une position unique d'experts, disposant d'une expérience vécue de la tuberculose. Ils connaissent les effets secondaires, la stigmatisation et la discrimination, l'isolement, le fardeau économique, physique et psychologique et, pour beaucoup, l'héritage à vie de la maladie.

La société civile et les organisations communautaires, y compris les organisations de patients, les ONG, les organisations confessionnelles (FBO), les groupes de jeunes et les bénévoles

de la communauté, sont également des partenaires fondamentaux dans le mouvement vers l'accès universel aux soins et services antituberculeux. Les agents de santé communautaires et les réseaux de soutien par les pairs aux survivants de la tuberculose fournissent un soutien vital aux systèmes de santé dans de nombreux pays pauvres en ressources, car ils peuvent aider à atteindre les communautés les plus difficiles à atteindre. En outre, beaucoup servent de porte-parole aux plus vulnérables, défendant les besoins des patients tuberculeux et donnant des conseils sur les interventions réalisables dans leur contexte spécifique. Sans leur implication active dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes de lutte contre la tuberculose, le résultat est souvent des programmes de lutte contre la maladie à orientation descendante (top-down) qui peuvent être alignés sur les stratégies mondiales et nationales, mais qui restent néanmoins inefficaces car ils perçoivent mal le contexte local et la dynamique au niveau communautaire ; ou qui ne respectent pas les droits des personnes qu'ils

sont censés servir, parce que les communautés affectées ne sont pas impliquées en tant que partenaires.

Ces principes, selon lesquels les communautés touchées par la tuberculose ne sont pas seulement des destinataires de services mais des agents actifs dans la riposte à la tuberculose, selon lesquels les patients tuberculeux

sont d'abord des personnes d'abord et ensuite des patients, et selon lesquels la communauté demeure, même lorsque les gouvernements, les politiques, les directives et les priorités des donateurs peuvent évoluer, ont vu l'émergence accrue de survivants de la tuberculose et de communautés affectées par la tuberculose revendiquant leur place en tant que partenaires égaux dans tous les aspects de la riposte à la tuberculose.

Assurer une implication et une coordination significatives de la communauté

En tant que partenaires principaux dans les activités internationales et nationales de lutte contre la tuberculose, les communautés touchées par la tuberculose devraient être intégrées au début du processus de planification, avant la conception de nouvelles interventions ou initiatives de lutte contre la tuberculose. Les programmes de lutte contre la tuberculose devraient inclure les organisations de la société civile (OSC) dans les activités de base, en les invitant à assister à des réunions clés, telles que celles pour l'élaboration de stratégies et l'examen des programmes, et à siéger à des conseils scientifiques. Le but ultime devrait être des services antituberculeux bien conçus, que les communautés s'approprient et soutiennent, en collaboration avec le gouvernement et d'autres parties prenantes.

Le Plan mondial recommande diverses façons dont les communautés peuvent être plus profondément impliquées dans les différents aspects de la riposte à la tuberculose. Les communautés devraient être impliquées dans la riposte à l'élimination de la tuberculose grâce à la fois aux efforts communautaires et aux efforts menés par la communauté. Les efforts communautaires sont ceux qui sont menés localement dans des contextes extérieurs au système de santé formel. Les efforts menés par la communauté sont ceux qui sont gérés, gouvernés ou exécutés par des membres de la communauté. Les efforts à la fois communautaires et menés par la communauté devraient être liés au système de santé officiel.¹

Historiquement, un défi majeur pour impliquer les communautés et la société civile tenait au faible nombre d'individus et de réseaux engagés dans la lutte contre la tuberculose, et au manque de coordination avec la société civile et au sein de cette dernière. Résultat : les voix de la société civile et des communautés n'ont pas été entendues et n'ont donc pas eu d'impact sur la planification nationale et mondiale. Cette situation est toutefois en train de changer. Les réseaux de survivants de la tuberculose, tels que TBpeople, TB Proof et We Are TB, ont connu une croissance organique ces dernières années, s'ajoutant aux coalitions communautaires telles que la Coalition mondiale des militants contre la tuberculose (GCTA), le Global TB Community Advisory Board (TB CAB) et la TB Europe Coalition (TBEC). Il est nécessaire de recruter davantage et de renforcer la capacité des survivants de la tuberculose à s'engager dans le plaidoyer et d'autres éléments de la riposte à

¹ Mémoire technique : renforcement des systèmes communautaires. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2019. https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf

la tuberculose par le biais de la participation à des réseaux, forums et groupes nationaux, régionaux et mondiaux organisés ; de contributions directes des ressources aux organisations et coalitions dirigées par des survivants ; de partenariats avec des organisations de parties prenantes ; de la formation ; et d'autres formes de soutien et de collaboration.

La communauté de la tuberculose pourrait renforcer ses capacités en travaillant encore plus étroitement avec la communauté du VIH. Les taux élevés de co-infection tuberculose et VIH nécessitent des approches intégrées dans les régions clés, en particulier en Afrique. Cette intégration est cruciale jusqu'au niveau communautaire. La communauté de la tuberculose devrait également s'engager davantage avec d'autres groupes de plaidoyer qui offrent un potentiel de collaboration. Cela comprend les organisations confessionnelles, les cliniques juridiques, les organisations de défense des droits de l'homme, les réseaux de lutte contre la pauvreté et de microcrédit, et les réseaux de femmes et de jeunes. Ces efforts nécessiteront une augmentation significative du financement des bailleurs de fonds, parallèlement à une action accrue de la part des gouvernements pour inclure les communautés touchées par la tuberculose dans les organes et processus de prise de décision.

Dans tous les cas, les PNLT devraient évaluer périodiquement les progrès en matière de collaboration avec les OSC et les communautés affectées, et évaluer l'impact de cette collaboration sur la lutte contre la tuberculose. Cela aidera les programmes à orienter les ressources là où elles se révèlent les plus efficaces. L'OMS suit et rend compte de deux indicateurs clés liés à la participation de la communauté à la fourniture de soins et de services antituberculeux : la façon dont les renvois de patients par la communauté contribuent aux notifications de cas de tuberculose et le taux de réussite du traitement pour les personnes qui ont bénéficié d'une de soutien au traitement par la communauté. Pour 2018, cependant, seuls 56 pays ont signalé des progrès sur le premier indicateur,

indiquant ensemble que 27 % des notifications de tuberculose étaient attribuées aux renvois de patients par les communautés. Seuls 38 pays ont communiqué des données sur le deuxième indicateur, indiquant que le taux de réussite du traitement pour les personnes bénéficiant d'un soutien communautaire était de 87 %. Les contributions de la communauté aux notifications de tuberculose et au succès du traitement doivent être régulièrement contrôlées et rapportées au niveau national.

Renforcement des systèmes communautaires

Le renforcement des systèmes communautaires (RSC) est une approche utile pour planifier l'engagement avec la société civile et les communautés affectées, en particulier pour aider les programmes de lutte contre la tuberculose à respecter leurs engagements en matière de droits de l'homme et d'équité entre les sexes.² Lorsqu'on parle de RSC, on parle de soutien au développement de structures, de mécanismes, de processus et d'acteurs informés, capables, coordonnés et durables, à travers lesquels les membres de la communauté, les organisations et les groupes interagissent, coordonnent et apportent leurs réponses aux défis et aux besoins de leurs communautés.³ En considérant les communautés et leur rôle comme faisant partie d'un système de santé plus vaste, le RSC permet d'analyser les différentes facettes de ce système, la façon dont elles sont interconnectées et les aspects qui doivent être renforcés. Avec les compétences et les ressources nécessaires, les communautés peuvent aider les systèmes de santé à déterminer les besoins des personnes atteintes de tuberculose, plaider pour de meilleurs services ; et tenir les donateurs et les gouvernements responsables.

2 Mémoire technique : renforcement des systèmes communautaires. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2019. https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf

3 Ibid

Alors que la société civile est largement active au sein des forums décisionnels mondiaux et nationaux, la participation de la société civile aux niveaux infranational et local varie plus largement. Pour élaborer des systèmes communautaires efficaces et pour impliquer de manière significative les survivants de la tuberculose et les populations clés touchées par la tuberculose à tous les niveaux, un certain nombre d'éléments sont nécessaires :

MOBILISATION : les survivants de la tuberculose doivent être mobilisés, engagés et soutenus pour la coordination. Des efforts sont nécessaires pour rassembler ceux qui ont survécu à cette expérience et pour garantir que cette mobilisation soit durable. Le fait de tirer parti du soutien des OSC établies est essentiel dans le processus de création ou de renforcement des réseaux.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS : les organisations communautaires détiennent des connaissances essentielles sur les besoins en matière de santé et les interventions réalisables pour leurs communautés. Bien que les survivants de la tuberculose, la société civile et les représentants des communautés disposent souvent d'une expertise de base abondante, ils pourraient avoir besoin de renforcement des capacités et de soutien, par exemple, pour participer de manière significative aux réunions de haut niveau ; collaborer avec les organisations internationales et les gouvernements ; mener des actions de sensibilisation auprès des médias ; ou s'engager dans des processus par lesquels les politiques sont formulées. L'exercice de ces fonctions nécessite un soutien pour améliorer la culture scientifique, développer la capacité de conseiller et de soutenir les pairs, et développer les compétences de plaidoyer nécessaires pour tenir les gouvernements responsables de la mise en œuvre, du compte rendu et de la révision de leurs engagements.

ENVIRONNEMENT FAVORABLE : les survivants de la tuberculose doivent avoir une place à la table des prises de décision. Raconter l'histoire de leur expérience vécue de la tuberculose peut

être convaincant, mais c'est leur rôle de facilitateurs de programmes et de politiques qui doit être davantage développé. Pour que cela soit efficace, les représentants des communautés touchées par la tuberculose doivent mettre au point une circonscription qu'ils consultent et auprès de laquelle ils font rapport. Il faut également leur donner le temps et les ressources nécessaires pour préparer et élaborer des stratégies sur les points de décision clés, en veillant à ce que la voix des communautés de tuberculose résonne à travers chaque discussion sur la tuberculose, à tous les niveaux.

INVESTISSEMENT FINANCIER : les systèmes communautaires pour une implication significative doivent recevoir l'investissement dont ils ont besoin pour devenir durables. Il ne s'agit pas là d'un luxe ou d'un besoin secondaire. Comme souligné dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose, les communautés touchées par la tuberculose et la société civile constituent un élément essentiel de la riposte à la tuberculose qui commence à émerger. Leur participation peut changer la donne pour les programmes nationaux et des millions de personnes touchées par la tuberculose chaque année.

Pour tenir les gouvernements nationaux responsables de répondre à leur besoin de « développer des services de santé intégrés, centrés sur la personne, basés sur la communauté et sensibles au genre, basés sur les droits humains », le renforcement des capacités de plaidoyer devrait inclure une formation sur l'utilisation des outils d'évaluation de l'impact sur les droits de l'homme. Ces outils peuvent permettre aux communautés d'anticiper et de réagir aux impacts potentiels que le gouvernement, le commerce et les politiques nationales et d'entreprise liées à la tuberculose peuvent avoir sur les droits de l'homme.

Le Fonds mondial a produit une note technique sur le RSC qui détaille plus précisément ses avantages et ses approches en matière de tuberculose.⁴

4 Ibid

ENCADRÉ 4.1 :

RÉSEAUX DE LA SOCIÉTÉ CIVILE AUX NIVEAUX MONDIAL ET RÉGIONAL

Le terme « survivant de la tuberculose » fait référence à toute personne atteinte de tuberculose ou qui l'a contractée. Le terme « communauté affectée par la tuberculose » ou « communauté de personnes touchées par la tuberculose » fait référence à toute personne atteinte de tuberculose ou qui l'a contractée, ainsi qu'aux membres de sa famille, aux contacts sociaux et aux soignants. En outre, « communauté affectée par la tuberculose » fait référence aux populations clés en matière de tuberculose, notamment les enfants, les agents de santé, les populations autochtones, les personnes vivant avec le VIH, les consommateurs de drogues, les détenus, les mineurs, les populations mobiles et migrantes, et les populations pauvres des zones urbaines et rurales. Des réseaux de personnes touchées par la tuberculose, de survivants de la tuberculose et de la société civile existent désormais aux niveaux mondial, régional, national et infranational, mais des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer ces réseaux et assurer leur rôle actif dans la planification, la mise en œuvre et le suivi de la réponse à la tuberculose, ainsi que dans la création de la demande pour une meilleure qualité de services antituberculeux pour tous.

LA MOBILISATION DES COLLECTIVITÉS AFFECTÉES PAR LA TUBERCULOSE SE CONCRÉTISE DE DIFFÉRENTES FAÇONS.

Au niveau national, les efforts sont menés par des organisations et des réseaux, par exemple :

- Club des Amis Damien en République démocratique du Congo
- TB Proof en Afrique du Sud
- We are TB aux États-Unis

Au niveau régional, il existe des réseaux de sociétés civiles et de communautés touchées par la tuberculose, par exemple :

- Asia-Pacific Coalition of TB Activists (ACT Asia-Pacific)
- Africa Coalition on Tuberculosis (ACT!) en Afrique anglophone
- Americas TB Coalition en Amérique latine et dans les Caraïbes
- Dynamique de la Réponse d'Afrique Francophone contre la Tuberculose (DRAF TB) en Afrique francophone
- TB Europe Coalition (TBEC) en Europe et en Asie centrale

À l'échelle mondiale, il existe deux réseaux :

- Global Coalition of TB Activists (GCTA), qui a dirigé des efforts de plaidoyer axés sur la stigmatisation des personnes touchées par la tuberculose
- TBpeople, qui a dirigé l'élaboration de la Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose en 2018-2019.

Outre les réseaux de patients, il existe le Global TB Community Advisory Board (TB CAB). Il s'agit d'un groupe d'activistes communautaires expérimentés qui conseillent les développeurs de produits et les institutions menant des essais cliniques pour de nouveaux médicaments contre la tuberculose, des schémas thérapeutiques, des diagnostics et des vaccins, fournissant des informations sur la conception d'études, l'accès précoce, l'approbation réglementaire, et les stratégies de post-commercialisation et de mise en œuvre.

Alliés aux niveaux national et mondial, les réseaux coordonnés ont joué un rôle essentiel pour garantir les engagements clés de la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose, et restent des partenaires essentiels dans l'effort visant à garantir la responsabilité nationale et mondiale de l'action contre la tuberculose.

Des réseaux, des groupes et des coalitions communautaires existent désormais dans de nombreuses régions : il est maintenant nécessaire de poursuivre la coordination au niveau mondial afin de promouvoir le partage des connaissances et les activités conjointes, et de valoriser les expériences au niveau local pour éclairer l'élaboration des politiques et le plaidoyer au niveau mondial, en mettant l'accent sur la responsabilisation des gouvernements pour remplir les engagements de l'UN HLM en matière de tuberculose. Le soutien des donateurs dans un tel travail est essentiel.

Faire progresser les efforts communautaires et menés par la communauté

SOINS ET SOUTIEN COMMUNAUTAIRES :

la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose a affirmé que les personnes atteintes de tuberculose ont besoin de soins et d'un soutien intégré, y compris de la part de la communauté. Cela comprend un soutien psychosocial, nutritionnel et socio-économique pour un traitement réussi, ainsi que la réduction de la stigmatisation et de la discrimination. En réponse, les États membres des Nations Unies se sont engagés à « *développer des services de santé communautaires à travers des approches qui protègent et promeuvent l'équité, l'éthique, l'égalité des sexes et les droits de l'homme dans la lutte contre la tuberculose en se concentrant sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins, y compris le soutien socio-économique et psychosocial, en fonction des besoins individuels, qui réduisent la stigmatisation, ainsi que les soins intégrés pour les problèmes de santé connexes, tels que le VIH et le sida, la dénutrition, la santé mentale, les maladies non transmissibles, y compris le diabète et les maladies pulmonaires chroniques, et le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et d'autres abus de substances, y compris l'injection de drogues, avec accès aux outils existants et nouveaux* ». ⁵

Pour respecter cet engagement, il est important d'améliorer l'accessibilité des soins et services antituberculeux communautaires pour la tuberculose active et l'infection tuberculeuse. Les personnes atteintes de tuberculose ont également souvent des besoins qui doivent être satisfaits tout au long de leur vie, même après la fin du traitement antituberculeux réussi. Cela comprend les soins pour les comorbidités de la tuberculose (par exemple, le VIH, le diabète), pour les facteurs sous-jacents dans le dévelop-

pement de la tuberculose (par exemple, l'exposition à la poussière de silice, la malnutrition, le tabagisme), pour d'autres conditions qui sont des facteurs de risque de tuberculose (par exemple, le traitement pour la maladie de Crohn ou la polyarthrite rhumatoïde) et pour une altération de la fonction pulmonaire qui peut persister bien au-delà de la fin du traitement antituberculeux.

ENGAGER LES TRAVAILLEURS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE À SENSIBILISER ET À ATTEINDRE LES PERSONNES NON ATTEINTES :

les agents de santé communautaire jouent un rôle important en atteignant les personnes qui ne sont pas prises en charge par les systèmes de santé, en aidant à respecter les engagements des gouvernements de « ne laisser personne pour compte ». Grâce à des programmes de sensibilisation et d'éducation communautaires, les agents de santé communautaires encouragent les personnes qui présentent des symptômes de tuberculose à contacter un agent de santé ou à visiter un établissement de santé. Lorsque les individus ne peuvent pas se déplacer, les agents communautaires peuvent également aider à transporter des échantillons de crachats vers l'établissement de santé le plus proche pour le diagnostic. Les agents de santé communautaires peuvent également aider à mener des enquêtes sur les contacts avec la tuberculose, en identifiant les membres du ménage qui doivent être dépistés et qui sont éligibles à la prévention, au diagnostic et aux soins de la tuberculose. De fait, le diagnostic de la tuberculose est souvent retardé, car les personnes atteintes de tuberculose recherchent le diagnostic et le traitement, ce qui entraîne des dépenses personnelles inutiles. Ces dépenses personnelles avant de recevoir un diagnostic fiable sont un facteur majeur contribuant aux coûts catastrophiques associés à la tuberculose. Encourager les personnes présentant des symptômes de la tuberculose à rechercher des soins médicaux appropriés repose sur la confiance et la relation d'égal à égal qu'un représentant de la communauté peut apporter (encadré 4.2). ⁶

5 Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose. Unis pour éliminer la tuberculose : à l'urgence mondiale, action mondiale. Résolution A/RES/73/3 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018. <https://www.who.int/tb/unhlmontBDeclaration.pdf>

6 Yassin MA, Datiko DG, Tulloch O, et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in southern Ethiopia. PLoS One. 2013;8(5):e63174. doi:10.1371/journal.pone.0063174

La participation des agents de santé communautaires à ces initiatives de dépistage actif de cas a amélioré la détection de cas et les résultats du traitement.⁷ Cependant, leur rôle doit encore être maximisé. Une façon de travailler avec les agents de santé communautaires pour identifier activement les personnes ayant besoin de dépistage et de soins antituberculeux consiste à intégrer la sensibilisation communautaire à la tuberculose avec les programmes liés au VIH, à la santé maternelle et infantile ou d'autres programmes de sensibilisation.

Le genre est une dimension importante de la réponse communautaire à la tuberculose, et les agents de santé communautaires qui fournissent des services sont souvent mieux préparés à mener des actions de sensibilisation dans des communautés particulières ou des populations clés lorsqu'ils peuvent répondre aux besoins sexospécifiques des personnes recevant des soins et des services, par exemple, les travailleurs/travailleuses du sexe, les adolescents, les adolescentes et les mineurs.

Le travail effectué par les agents de santé communautaires devrait être intégré dans la prestation de services des établissements de santé, tant au niveau local qu'au niveau des politiques et stratégies. Les réseaux sociaux et les mécanismes d'audit social devraient être plus largement utilisés pour permettre aux patients, aux OSC et aux membres de la communauté de contribuer à l'amélioration des services et au suivi des progrès. Par exemple, l'approche ENGAGE-TB de l'OMS, développée en 2012, offre des conseils aux PNLT sur la manière de travailler efficacement avec les ONG et les OSC qui ne travaillent pas déjà sur la tuberculose.⁸

SURVEILLANCE À BASE COMMUNAUTAIRE (SBC) :

les communautés doivent être habilitées à être de véritables observateurs dans la riposte à la tuberculose, en s'assurant que toutes les autres parties prenantes respectent leurs engagements tout en promouvant et en protégeant les droits des personnes touchées par la tuberculose. À cette fin, la surveillance à base communautaire (SBC) peut aider à combler le fossé entre le système de santé et la communauté.

La SBC en matière de tuberculose est une intervention, dictée par les informations locales et les besoins de la communauté, qui vise à accroître la responsabilisation dans la riposte à la tuberculose afin que des services de soins et de soutien essentiels, de qualité et opportuns soient disponibles, accessibles et acceptables pour tous, en particulier pour les populations vulnérables, mal desservies ou risquant de contracter la tuberculose. En invitant les personnes atteintes de tuberculose et les communautés affectées par la tuberculose à fournir des commentaires et à signaler les obstacles qui entravent l'accès aux services, la SBC peut améliorer la réactivité et l'équité des soins et des services de soutien contre la tuberculose, éclairer la conception des interventions programmatiques et des décisions politiques en matière de tuberculose, et évaluer la riposte à la tuberculose. La SBC peut contribuer à atteindre les personnes que l'on ne peut généralement pas atteindre, en générant des informations qui peuvent être utilisées pour combler les lacunes en matière de nombre de personnes n'ayant pas accès aux soins antituberculeux. Elle facilite également la participation du public et renforce la prise de décision locale sur les questions importantes pour la communauté et la riposte à la tuberculose, y compris les problèmes sociaux, économiques et de droits de l'homme complexes qui font que des millions de personnes atteintes de tuberculose ne sont pas prises en charge par les systèmes de santé chaque année.

Depuis 2017, Stop TB Partnership, avec le soutien de l'USAID et du Fonds mondial, a développé un cadre de surveillance communautaire et une plateforme de solution numérique

7 Yassin M A, Datiko DG, Tulloch O, et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in southern Ethiopia. PLoS One. 2013;8(5):e63174. doi:10.1371/journal.pone.0063174

8 Approche ENGAGE-TB : orientations opérationnelles : intégration des activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des organisations non gouvernementales et d'autres organisations de la société civile. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012. https://www.who.int/tb/publications/2012/engage_tb_policy/en/

ENCADRÉ 4.2 :

AGENTS DE VULGARISATION SANITAIRE EN ÉTHIOPIE

Depuis 2003, le gouvernement de l'Éthiopie met en œuvre un programme d'agents de vulgarisation sanitaire (HEW, de l'anglais Health Extension Worker), qui a permis de réaliser des améliorations significatives dans toute une série de priorités en matière de santé.¹ Des études ont montré que les HEW ont contribué à améliorer considérablement l'accès aux soins et aux services antituberculeux, ainsi que le succès des traitements. Dans la zone rurale de Sidama en Éthiopie, par exemple, les HEW ont été formés pour travailler dans leurs communautés afin d'identifier les personnes présentant des symptômes de tuberculose, de prélever des échantillons de crachats et de préparer des lames de test sur le terrain avant de les transporter au

laboratoire pour coloration et lecture. Plus de 1 000 HEW ont collecté des échantillons de crachats auprès de plus de 200 000 personnes présentant des symptômes de tuberculose et ont identifié plus de 17 500 personnes atteintes de tuberculose à frottis positif. Cette intervention a doublé le nombre de personnes mises sous traitement dans une zone de plus de 3 millions de personnes. En outre, les HEW ont assuré un appui au traitement, faisant passer les taux de réussite des traitements de 76 % à 95 % entre 2010 et 2015.² Depuis 2017, l'Éthiopie a atteint un taux national de réussite des traitements antituberculeux de 96 % pour les nouveaux cas de tuberculose, ce qui est nettement supérieur à la moyenne mondiale de 85 %.³

1 Asséfa Y, Gelaw YA, Hill PS, et al. Community health extension program of Ethiopia, 2003–2018: successes and challenges toward universal coverage for primary healthcare services. *Global Health*. 2019;15(1):24. doi:10.1186/s12992-019-0470-1

2 Datiko D, Yassin M, Theobald S, et al. Health extension workers improve tuberculosis case finding and treatment outcome in Ethiopia: a large-scale implementation study. *BMJ Glob Health*. 2017;2(4): e000390.

3 Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

appelée OnImpact pour faciliter la SBC dans la riposte à la tuberculose. OnImpact soutient actuellement huit pays pour mettre en œuvre l'intervention.⁹

IMPLIQUER LES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS :

Les systèmes communautaires peuvent jouer un rôle de transformateur en reliant les prestataires informels aux systèmes de santé formels. Un défi majeur dans les soins antituberculeux tient au fait que de nombreuses personnes présentant des symptômes dans les pays à faibles ressources et à prévalence élevée demandent d'abord des soins à des guérisseurs traditionnels ou à des pharmaciens, plutôt qu'à des cliniques de santé publique ou à des hôpitaux. Les programmes de lutte contre la tuberculose doivent contacter plus activement ces guérisseurs et pharmaciens traditionnels et travailler avec eux pour orienter les patients vers les centres de santé.

FURNIR UN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL, UNE PROTECTION SOCIALE ET DES SOINS PALLIATIFS :

Suivre la totalité d'un traitement antituberculeux peut être difficile. Le traitement est long et a inévitablement des effets secondaires, faisant du conseil et du soutien une partie essentielle des soins complets contre la tuberculose. Les membres de la communauté, qui ont peut-être eu la tuberculose eux-mêmes, peuvent aider à garantir que les patients atteints de tuberculose reçoivent le soutien psychosocial dont ils ont besoin pour mener à bien le traitement de la tuberculose.

Il peut être coûteux de se rendre dans les cliniques pour accéder au traitement, en particulier pour les personnes vivant dans des zones reculées. De plus, le fait de devoir se déplacer signifie que les personnes atteintes de tuberculose pourraient perdre des revenus dans le processus de recherche de traitement. Les membres de la communauté peuvent aider à garantir que les personnes atteintes de tuberculose bénéficient de régimes de protection sociale, tels que des bons alimentaires ou des bons conditionnels en espèces pour l'aide au traitement.

9 OnImpact [site Web]. Genève : Stop TB Partnership ; 2019. <https://stoptbpartnershiponeimpact.org>

Les organisations confessionnelles de toutes les religions sont également une ressource vitale pour les soins communautaires. Ces groupes, ainsi que d'autres travailleurs communautaires, peuvent aider à fournir des soins palliatifs à domicile aux personnes atteintes de tuberculose ; un service qui dépasse les capacités de la plupart des systèmes de santé.

RÔLE DES COMMUNAUTÉS DANS L'ÉRADICATION DE LA STIGMATISATION :

Il existe encore une stigmatisation considérable autour de la tuberculose. L'éradication de cette stigmatisation est un élément crucial pour encourager les personnes malades à bénéficier de soins et pour les soutenir tout au long du traitement de la tuberculose. Le plus grand défi auquel de nombreuses personnes touchées par la tuberculose sont confrontées est celui de la stigmatisation. La stigmatisation peut être l'œuvre de membres de la famille, de la communauté environnante, de collègues ou d'agents de santé. Cela peut même inclure l'auto-stigmatisation, qui fait que les personnes atteintes de tuberculose intériorisent et intègrent un sentiment de honte ou de culpabilité lié au fait d'avoir la tuberculose.

Dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose, les gouvernements nationaux se sont engagés à « *promouvoir et soutenir la fin de la stigmatisation et de toutes les formes de discrimination, y compris en supprimant les lois, politiques et programmes discriminatoires contre les personnes atteintes de tuberculose, et par la protection et la promotion des droits humains et de la dignité, ainsi que les politiques et pratiques qui améliorent la sensibilisation, l'éducation et les soins* ». ¹⁰ En réponse, les PNLT et les partenaires devraient investir dans des interventions ciblées pour éradiquer la stigmatisation, conçues et mises en œuvre en coordination avec les survivants de la tuberculose, les

communautés affectées, les leaders culturels et les influenceurs. Étant donné que la stigmatisation est enracinée dans les perceptions sociales et culturelles, y compris les perceptions de genre, les campagnes d'éducation au sein des communautés joueront un rôle essentiel, en plus des lois et des politiques, pour aider à éliminer les idées fausses et les préjugés qui conduisent à la stigmatisation et à la discrimination. Plus les communautés sont impliquées de manière significative et plus les survivants de la tuberculose sont habilités à plaider, à s'engager dans les processus de prise de décision et à assumer des rôles de leadership dans les efforts de lutte contre la tuberculose, plus la stigmatisation diminuera. Là où des lois discriminatoires subsistent, le plaidoyer pour une réforme législative sera crucial. Dans tous les cas, les réseaux sociaux et autres plateformes numériques peuvent jouer un rôle important dans l'élimination de la stigmatisation et l'identification et la suppression d'autres obstacles sociaux à l'accès aux services et aux soins antituberculeux.

IMPLIQUER LES COMMUNAUTÉS DANS LA RECHERCHE :

La participation des communautés touchées par la tuberculose à tous les aspects de la recherche ; de la recherche à un stade précoce à la conception d'essais cliniques et à la livraison et à l'adoption à grande échelle d'innovations réussies, contribuera à faire des communautés des partenaires égaux dans la lutte contre la tuberculose. Tous les chercheurs et donateurs devraient développer des plans d'implication communautaire et prendre des mesures pour inclure les communautés affectées, les groupes de patients et la société civile à la R&D en matière de tuberculose. De fait, les membres de la communauté eux-mêmes sont organisés et prêts à conseiller les institutions de recherche sur la façon d'optimiser leur implication auprès des communautés à des fins de recherche (encadré 4.3). ¹¹ Le chapitre 6 du Plan mondial traite plus en détail de l'implication communautaire dans la recherche.

10 Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose. Unis pour éliminer la tuberculose : à urgence mondiale, action mondiale. Résolution A/RES/73/3 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018. <https://www.who.int/tb/unhlmonTBDDeclaration.pdf>

11 Good Participatory Practice: guidelines for TB drug trials. Dublin: Critical Path Institute; 2012. <https://www.cptrinitiative.org/downloads/resources/GPP-TB%20Oct1%202012%20FINAL.pdf>

ENCADRÉ 4.3 : PARTENARIAT AVEC LES CHAMPIONS PARLEMENTAIRES POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE

Depuis que la Déclaration politique des Nations Unies a été approuvée par les chefs d'État, des parlementaires du monde entier se sont mobilisés pour traduire les résultats de la déclaration par une mise en œuvre dans leur propre parlement.

Les parlementaires tiennent les gouvernements responsables par la création de caucus nationaux de lutte contre la tuberculose, qui sont des réseaux indépendants de parlementaires au sein des pays. Ces caucus sont un puissant moyen de sensibilisation à la tuberculose et, par conséquent, aux objectifs de l'UN HLM. Dans de nombreux pays, les OSC servent de points focaux pour le plaidoyer politique. Ces structures nationales créent des opportunités importantes pour coordonner le plaidoyer et l'engagement du gouvernement à l'échelle internationale et régionale.

Avec le soutien du Global TB Caucus (GTBC), en 2019, des caucus nationaux ont été lancés au Brésil, au Danemark, en Eswatini, au Paraguay, en Roumanie et au Tchad, portant le total à 50 caucus dans le monde. Des députés de 93 pays ont déclaré avoir pris des mesures parlementaires relatives aux objectifs de l'UN HLM en 2019.

Le Global TB Caucus est un réseau international de plus de 2 500 parlementaires, dans plus de 150 pays, qui travaillent à renforcer la volonté politique d'éradication de la tuberculose. Le Global TB Caucus se concentre sur le soutien aux décideurs qui sont engagés dans la lutte contre la tuberculose et sont prêts à prendre des mesures significatives, telles que l'implication des ministres de la santé ou le déploiement de processus parlementaires pour plaider en faveur d'investissements plus importants dans la tuberculose.

Les députés ont obtenu des augmentations budgétaires dans plusieurs pays, dont les Pays-Bas, où l'hon. Anne Kuik a travaillé en étroite collaboration avec KNCV pour obtenir 5,5 millions de dollars américains supplémentaires lors des négociations budgétaires pour la mise en œuvre mondiale de nouveaux diagnostics de la tuberculose. Au Kenya, l'hon. Stephen Mule a réussi à lever près de 2 millions de dollars américains pour le budget national de lutte contre la tuberculose.

Au niveau mondial, le Global TB Caucus rassemble des parlementaires pour qu'ils partagent leurs expériences lors de sommets, notamment le Sommet africain sur la tuberculose en août 2019, qui a réuni plus de 40 parlementaires de la région. Cette coopération encourage les parlementaires à travailler au niveau régional au sein de plateformes politiques telles que l'APEC, l'UA, le G7 et le G20 pour faire avancer la cause de la tuberculose dans l'agenda international.

APPUYER LES FINANCEMENTS POUR LE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS COMMUNAUTAIRES ET LE PLAIDOYER AXÉ SUR LA SOCIÉTÉ CIVILE :

Un investissement constant et soutenu dans le RSC est essentiel pour réaliser le plein potentiel des communautés dans la lutte contre la tuberculose. Avec un soutien financier accru pour les interventions communautaires et menées par la communauté, ainsi que pour les efforts de plaidoyer et de responsabilisation menés par la société civile, nous pouvons mobiliser les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de l'UN HLM sur la tuberculose en matière de traitement, de prévention et de R&D. Sans investissement supplémentaire dans les communautés et la société civile, nous maintiendrons un statu quo de progrès lents et resterons sur la mauvaise voie pour atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre la tuberculose. Les donateurs et les investisseurs d'impact devraient envisager de financer les organisations de la société civile et les organisations communautaires dans le cadre de leurs efforts pour éliminer la tuberculose. Les besoins en ressources sont examinés en détail au chapitre 7.

Faire équipe avec la communauté universitaire

Les experts universitaires ont toujours joué un rôle essentiel dans la riposte mondiale à la tuberculose, de la recherche et de l'éducation des prochaines générations de dirigeants, à l'influence sur les directives techniques et à la fourniture de sources d'expertise aux responsables gouvernementaux et aux décideurs. Les contributions de la communauté universitaire sont particulièrement importantes pour faire avancer toutes sortes de recherches sur la tuberculose. Le rôle de la communauté universitaire dans la recherche est examiné plus en détail au chapitre 6.

Le plaidoyer est un besoin important dans le renforcement du partenariat avec la communauté universitaire. Les universitaires peuvent partager des données probantes fondées sur des données avec d'autres parties prenantes en matière de tuberculose, y compris les décideurs politiques et les médias, qui peuvent être utilisées dans le cadre de l'élaboration de politiques, de la mobilisation de ressources et du développement d'interventions de santé publique, entre autres.

Le réseau d'universitaires du Royaume-Uni, qui s'est organisé pour plaider auprès du gouvernement britannique la cause de l'UN HLM sur la tuberculose, constitue un modèle d'implication des universitaires dans le plaidoyer. Plus de 130 universitaires au Royaume-Uni, parmi lesquels des dirigeants d'universités et d'organisations universitaires de premier plan, ont envoyé une lettre cosignée à la première ministre de l'époque, Theresa May, lui demandant de participer à l'UN HLM. Ils ont ensuite profité de l'occasion pour attirer l'attention des médias sur l'UN HLM.¹²

Pour impliquer efficacement un plus grand nombre d'experts universitaires dans le plai-

doyer, il faudra offrir de nouvelles opportunités de formation et d'accompagnement dans les domaines de la communication stratégique et de l'implication des médias. Cela exigera également des efforts pour mettre en réseau plus d'experts universitaires avec des défenseurs et pour fournir aux experts universitaires des opportunités pour impliquer les décideurs politiques et les médias. Ce faisant, les universitaires peuvent partager leurs connaissances d'experts pour influencer la politique de lutte contre la tuberculose et les pratiques de santé publique. De même, il est nécessaire de renforcer les connaissances scientifiques des défenseurs et des militants, afin qu'un plus grand nombre de défenseurs puissent faire un usage efficace du plaidoyer des nouvelles recherches produites régulièrement par la communauté universitaire. Dans un scénario idéal, chaque nouvelle recherche universitaire produite sur la tuberculose devrait être évaluée pour son utilisation potentielle pour le plaidoyer, puis distillée et partagée avec des défenseurs et des influenceurs qui occupent des postes pertinents, afin de pouvoir traduire les nouvelles recherches majeures en impact réel.

¹² May urged to join global talks on TB. The Sunday Times, 4 August 2018. <https://www.thetimes.co.uk/article/may-urged-to-join-global-talks-on-tb-hsf39jsn2>

Partenariat avec le secteur privé

Le partenariat avec le secteur privé est essentiel pour mettre fin à la tuberculose. Dans le contexte de l'élimination de la tuberculose, le secteur privé de la santé comprend les parties prenantes suivantes.

Partenariat avec les fabricants de produits de santé du secteur privé

Les fabricants commerciaux, parmi lesquels figurent les fabricants de matériel de laboratoire et de vaccins, contribuent directement à la R&D de nouveaux outils, ainsi qu'à la production et à la fourniture de diagnostics et de médicaments pour répondre aux besoins des programmes de lutte contre la tuberculose, ainsi que des personnes atteintes et affectées par la tuberculose dans le monde. Les partenariats public-privé avec ces entreprises sont essentiels pour accélérer le développement de nouveaux outils, et pour rendre les médicaments, les diagnostics et les vaccins abordables et accessibles aux personnes atteintes de tuberculose. En 2019, par exemple, Unitaid, le Fonds mondial et Sanofi ont annoncé un accord par le biais duquel le prix de la rifapentine ; médicament essentiel pour atteindre l'objectif visant à fournir un traitement préventif contre la tuberculose à 40 millions de personnes d'ici 2022, a été réduit de près de 70 %.

À mesure que de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins antituberculeux seront développés, ces partenariats joueront un rôle clé en fournissant un accès aux personnes atteintes de tuberculose et en garantissant un approvisionnement régulier pour répondre à la demande, en particulier lors de l'intensification rapide des services.

Partenariat avec le système de santé privé

L'une des principales priorités pour atteindre l'objectif de l'UN HLM visant à traiter 30 millions de personnes atteintes de tuberculose d'ici 2022 est de garantir que les personnes puissent bénéficier d'un diagnostic de tuberculose de qualité garantie (y compris un TSM rapide), d'un traitement et de soins là où ils se font habituellement

soigner. Dans de nombreux pays, les populations préfèrent les soins de santé du secteur privé en raison de leur facilité d'accès et de l'impression qu'ils proposent des services de meilleure qualité. Dans un certain nombre de pays d'Asie, une proportion considérable de personnes présentant des symptômes de tuberculose, y compris parmi les populations pauvres, demandent d'abord des soins auprès de cliniques privées. L'une des priorités consiste alors à veiller à ce que les soins antituberculeux dispensés dans le secteur privé de la santé soient réellement de haute qualité. En outre, dans la plupart des pays, seule une petite proportion des patients diagnostiqués et traités pour la tuberculose par des prestataires privés sont référés ou notifiés aux PNLT. Il existe donc un grand potentiel pour faire du système de santé privé un véritable partenaire dans les soins et la prévention de la tuberculose et pour combler les lacunes de notification des cas. La modélisation publiée par la Commission Lancet sur la tuberculose suggère que l'optimisation de l'implication des prestataires de santé du secteur privé pourrait éviter 8 millions de décès dus à la tuberculose entre 2019 et 2045 rien qu'en Inde.¹³

Les PNLT sont confrontés à des contraintes majeures dans leurs efforts d'implication du secteur privé pour intensifier les soins antituberculeux, principalement en raison d'un manque de financement ou de capacité. Les projets couronnés de succès ont relevé ces défis en investissant dans des agences intermédiaires privées et en créant des modèles d'entreprise sociale pour la prestation de soins de qualité contre la tuberculose. Ces modèles n'ont pas fait dérailler les modèles commerciaux des prestataires de soins de santé privés, mais ils ont travaillé en synergie

13 Reid M, Arinaminpathy N, Bloom A, et al. Building a tuberculosis-free world: The Lancet Commission on Tuberculosis. *Lancet*. 2019;393(10178):1331–84. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)30024-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)30024-8.pdf)

avec eux pour améliorer la qualité, l'accessibilité financière et les responsabilités en matière de santé publique. L'utilisation d'outils de santé numériques et de systèmes de remboursement innovants basés sur des coupons a également grandement contribué au succès de ces projets.

LES PAYS DOIVENT TRAVAILLER À L'OBTENTION DE RESSOURCES ADÉQUATES POUR METTRE EN ŒUVRE ET INTENSIFIER UN MÉLANGE APPROPRIÉ DES STRATÉGIES D'IMPLICATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ PRIVÉ SUIVANTES :

- a** Partager le fardeau de l'implication de nombreux praticiens privés indépendants au sein d'« organisations intermédiaires » privées qui peuvent établir et étendre le franchisage social et les modèles d'entreprise sociale ; les ONG ayant la capacité et les compétences pour travailler avec des praticiens privés ; et les sociétés et associations professionnelles.
- b** Optimiser et élargir l'implication des grands hôpitaux, établissements universitaires et ONG.
- c** Mobiliser et soutenir les services de santé des entreprises et commerciales, afin de lancer et d'étendre des programmes de lutte contre la tuberculose sur le lieu de travail pour servir les travailleurs, leurs familles et les communautés.
- d** Impliquer les communautés et la société civile dans la recherche de soins, et promouvoir les prestataires privés offrant des soins antituberculeux de haute qualité.
- e** Appliquer la notification obligatoire des cas de tuberculose grâce à des outils numériques simplifiés et conviviaux, à l'utilisation rationnelle des médicaments antituberculeux, et à des systèmes de certification et d'accréditation afin d'identifier et d'encourager les prestataires collaborateurs.

Il est également important que les autorités nationales et les donateurs internationaux reconnaissent que, dans un certain nombre de contextes, les gens font davantage confiance au secteur privé de la santé. Des investissements devraient donc être réalisés pour renforcer les secteurs public et privé afin d'aider à développer des soins antituberculeux de bonne qualité et abordables dans les deux secteurs.

Une façon d'augmenter ce type d'investissement consiste à renforcer les approches de coopération public-privé (PPM) pour élargir l'accès aux soins et services antituberculeux. Lorsqu'on parle de PPM, on parle de l'implication par les

PNLT des prestataires de soins antituberculeux du secteur privé, tels que les prestataires privés individuels et institutionnels, le secteur professionnel ou le secteur des entreprises, les hôpitaux de mission, les ONG et les organisations confessionnelles.¹⁴ En 2018, le programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS, le groupe de travail sur la coopération public-privé de Stop TB Partnership et les agences partenaires internationales ont publié une nouvelle feuille de route pour la poursuite d'une approche de

¹⁴ Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

PPM.¹⁵ Un document d'accompagnement fournit une analyse du paysage des efforts actuels et des défis impliqués dans la collaboration avec les prestataires privés pour étendre l'accès aux soins et services antituberculeux.¹⁶

L'investissement dans des approches de partenariat public-privé pour renforcer les soins antituberculeux dans le secteur privé est important pour tous les pays. Le Plan mondial souligne ce besoin, en particulier dans deux des neuf contextes : le contexte 6 (pays à revenu intermédiaire avec une prévalence modérée de tuberculose) et le contexte 7 (Inde). Même dans les pays où la plupart des traitements antituberculeux sont gérés par le secteur public, l'implication du secteur privé est toujours requise pour les renvois de patients, ainsi que le diagnostic précoce et le traitement de la tuberculose. La réduction conséquente du délai de diagnostic pourrait avoir un impact majeur sur la réduction de la transmission de la tuberculose.

Partenariat avec l'industrie en dehors du secteur de la santé

L'industrie privée a un rôle à jouer dans la lutte contre la tuberculose, de deux manières : en veillant à ce que les lieux de travail respectent les bonnes pratiques pour prévenir la transmission de la tuberculose et pour fournir des soins et du soutien à la tuberculose au personnel et aux familles, et en entreprenant des activités de RSE. La tuberculose affecte principalement les personnes au cours de leurs années les plus productives et certaines industries en particulier (par exemple, l'exploitation minière, les soins de santé) ont des taux de transmission de tuberculose qui sont nettement supérieurs à la moyenne. Les industries et les entreprises, en particulier celles à forte intensité de main-d'œuvre, doivent

adopter des politiques de recrutement et de rétention non discriminatoires, promouvoir des lieux de travail sûrs et sans infection, et fournir au personnel et à leurs familles des services de diagnostic, de traitement et de notification de la tuberculose qui soient abordables et de qualité. Les PNLT et les organisations de lutte contre la tuberculose peuvent s'associer à des entreprises pour dispenser une formation au personnel et aider à l'élaboration de programmes de lutte contre la tuberculose sur le lieu de travail, en établissant des liens entre ces programmes et le système de santé.

Partenariat avec les syndicats

Les PNLT devraient travailler avec les syndicats pour créer et appliquer des dispositions sur le lieu de travail qui réduisent le risque d'exposition à la tuberculose et donnent accès aux soins et au soutien aux personnes touchées par la tuberculose, y compris pour la prévention de la tuberculose. Ceci est particulièrement important pour les industries où les travailleurs encourent un risque élevé de contracter la tuberculose, comme les secteurs des soins de santé et des mines. Les syndicats peuvent aider à mettre en place de solides programmes sur le lieu de travail, plaider pour des lois et politiques nationales qui éliminent la discrimination des personnes atteintes de tuberculose, assurer des environnements sûrs en ce qui concerne la tuberculose, et appliquer les bonnes pratiques et les politiques fondées sur les droits humains en matière de migration et de traitement des travailleurs étrangers.

Concentrer les activités de RSE sur la tuberculose

Les efforts pour mettre fin à la tuberculose devraient engager des initiatives d'entreprise en matière de RSE. Il s'agit d'un domaine important pour la poursuite de l'engagement entre les programmes de lutte contre la tuberculose, leurs parties prenantes et les entreprises. Les contributions financières et en nature du sec-

15 Coopération public-privé (PPM) pour la prévention et les soins de la tuberculose [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/public-private-mix/en/>

16 Faire participer les prestataires de soins de santé privés aux soins et à la prévention de la tuberculose : une analyse du paysage. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. <https://www.who.int/tb/publications/2018/PPMlandscape/en/>

teur privé sont essentielles pour progresser dans de nombreux domaines, en particulier dans l'innovation, l'utilisation des technologies de l'information et la gestion de la logistique. Les entreprises dont les produits et services atteignent de vastes populations peuvent offrir des possibilités d'éducation du public et de sensibilisation communautaire. Des partenariats de co-marquage avec le secteur de la santé pourraient aider à sensibiliser à la tuberculose et à éradiquer la stigmatisation. Les entreprises

pourraient travailler avec les PNLT pour aider à créer des quartiers ou des villes sans tuberculose, ou pour financer des études de faisabilité pour des obligations à impact ou d'autres interventions innovantes. Dans tous les cas, les initiatives de RSE doivent être financées de manière adéquate pour atteindre leurs objectifs. Elles doivent également être axées sur les besoins et sur les résultats, mais également respecter et promouvoir les droits des communautés touchées par la tuberculose.

Soutenir les plateformes multisectorielles nationales

Une plateforme nationale est une alliance volontaire entre des organisations issues du secteur public, de la société civile et du secteur privé/des entreprises qui s'engagent à travailler en collaboration, dans le but de mettre fin à la tuberculose. Tous les partenaires contribuent avec leurs compétences de base, partagent les risques et les responsabilités, et tirent des avantages en atteignant des objectifs mutuels et partagés.

Une plateforme nationale contribue à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose en mobilisant les contributions de toutes les parties prenantes, en étroite collaboration avec le PNLT du pays. Pour cette raison, l'objectif principal de la plateforme est décidé par les partenaires au cas par cas et variera selon le contexte du pays. Les exemples de priorités vont du plaidoyer et de la mobilisation des ressources à la coordination de la prestation des services.¹⁷ Les plateformes nationales devraient également jouer un rôle clé

dans la conduite d'un plaidoyer coordonné et dans la mise en œuvre de divers éléments d'un cadre national de responsabilisation multisectorielle, dans le but d'assurer la responsabilité à l'échelle nationale du respect des engagements et de la réalisation des objectifs en matière de tuberculose.

¹⁷ Plateformes nationales [site Web]. Genève : Stop TB Partnership. <http://www.stoptb.org/countries/partnerships/>





5. COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE ET ACTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES EN MATIÈRE DE TUBERCULOSE



RÉSUMÉ

De nouvelles stratégies axées sur les actions socio-économiques sont nécessaires pour atteindre les objectifs 90-(90)-90 et mettre fin à la tuberculose. Les ministères et les agences du gouvernement, au-delà des ministères de la Santé et du secteur de la santé publique, doivent collaborer afin d'avoir un impact maximal sur l'épidémie de tuberculose.

La Couverture Santé Universelle (CSU), étayée par la disponibilité des soins et des services anti-tuberculeux fournis par les soins primaires de santé, doit être au cœur de ces stratégies pour que les programmes de lutte contre la tuberculose soient de haute qualité, abordables et accessibles à tous, sans laisser personne pour compte. Dans le même temps, les pays peuvent s'appuyer sur l'infrastructure de santé publique actuellement en place par le biais de pro-

grammes de lutte contre la tuberculose comme stratégie de poursuite de la CSU. Les personnes touchées par la tuberculose ont besoin du soutien des politiques et programmes de protection sociale pour les aider à se remettre de la maladie et à gérer tout handicap ou perte de fonction résultant de la tuberculose, sans avoir à subir de pertes financières catastrophiques ou d'autres difficultés évitables.

MESURES PRIORITAIRES

Gouvernements :

- ⊕ Respecter les engagements pris dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la CSU, y compris l'engagement de renforcer les efforts de lutte contre la tuberculose en faisant progresser des approches globales et une prestation de services intégrée, en veillant à ce que personne ne soit laissé pour compte.
- ⊕ Investir et mettre en œuvre des interventions non médicales parallèlement aux services médicaux, notamment l'éducation communautaire sur la tuberculose, la protection sociale, la réduction de la pauvreté et l'amélioration du logement.
- ⊕ Évaluer les obstacles à l'accès aux services antituberculeux et les éliminer dans les programmes nationaux de CSU. S'assurer que les services antituberculeux soient inclus aux avantages sociaux.
- ⊕ Créer une réponse multisectorielle au niveau national ; envisager de créer un conseil national de coordination de la lutte contre la tuberculose qui mobilise le soutien de tous les secteurs et encourage la responsabilisation pour le respect des engagements en matière de tuberculose.

- ✦ Mettre en œuvre des enquêtes sur les coûts pour les patients, afin de comprendre les moteurs des coûts pour les patients atteints de tuberculose, et utiliser les résultats pour améliorer les politiques de protection financière et sociale.

Défenseurs :

- ✦ Fournir aux parlementaires et aux décideurs des preuves montrant de quelle façon le fait de se concentrer sur la tuberculose améliorera également les performances dans la lutte pour d'autres priorités nationales, y compris d'autres ODD des Nations Unies (voir l'introduction pour une discussion sur les ODD connexes).
- ✦ Engager et impliquer de nouveaux alliés potentiels en dehors de la communauté traditionnelle de la tuberculose, y compris ceux qui travaillent dans les domaines de la protection sociale, du travail, du logement, de la régénération urbaine, de l'agriculture, de la justice, de l'application des législations et des lois, et d'autres secteurs pertinents, ainsi que les leaders culturels et les guérisseurs traditionnels.

Programmes de santé :

- ✦ Veiller à ce que le personnel soignant traitant les personnes atteintes de tuberculose comprenne les politiques de protection sociale et les programmes associés auxquels les personnes atteintes de tuberculose sont éligibles.
- ✦ Dans le cadre de la poursuite de la CSU, assurer le bon équilibre entre intégration des soins antituberculeux dans les soins de santé primaires et maintien de fonctions de gestion spécialisées en matière de tuberculose.
- ✦ Veiller à ce que la recherche opérationnelle soit utilisée pour guider et améliorer la mise en œuvre des programmes de protection sociale.

Chercheurs :

- ✦ Renforcer l'ensemble des preuves montrant les liens entre les actions socio-économiques et les progrès réalisés contre la tuberculose.

Même si le diagnostic et le traitement gratuits de la tuberculose sont au cœur des efforts mondiaux de lutte contre la tuberculose, les individus et les familles touchés par la tuberculose sont souvent confrontés à d'autres coûts associés, y compris les coûts non médicaux liés à l'accès aux soins antituberculeux, tels que les frais de déplacement et le coût d'opportunité lié à l'absence au travail. Ces coûts peuvent être catastrophiques, et même si le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont presque toujours fournis gratuitement dans le secteur de la santé publique, les programmes de lutte contre la tuberculose ne proposent que rarement des dédommagements pour ces autres dépenses. Lorsque les coûts deviennent trop élevés, cela crée une forte dissuasion qui empêche les gens d'accéder aux soins antituberculeux. Au niveau de la population, les coûts élevés associés à la tuberculose suppriment l'accès aux soins, créant une barrière qui fait obstacle à l'élimination de la maladie.

Mettre fin à la tuberculose nécessite une approche holistique qui intègre un large éventail d'interventions médicales et non médicales menées dans une variété de secteurs. Par rapport aux anciennes approches de « contrôle » de la tuberculose, la stratégie « Éliminer la tuberculose » met davantage l'accent sur la réduction de la pauvreté et la protection sociale en tant qu'éléments essentiels d'un effort holistique et multisectoriel. Combinées à la régénération urbaine, ces interventions ont le potentiel d'améliorer la prévention, d'améliorer l'accès aux soins et de prévenir les coûts catastrophiques liés à la tuberculose.

En plus d'investir dans de nouvelles améliorations de l'accessibilité et de la qualité des soins et services antituberculeux fournis par les systèmes de santé publique, la mise en œuvre de ces mesures nécessitera une plus grande implica-

tion du secteur privé, de la société civile et des agents de santé communautaires. Cependant, la nécessité d'interventions non médicales signifie qu'un plus grand éventail d'acteurs non médicaux doit être impliqué. Planifier et investir pour mettre fin à la tuberculose est une tâche qui n'incombe pas seulement aux ministères de la Santé, mais également aux autres ministères et organismes gouvernementaux, y com-

pris ceux responsables de la protection sociale, des finances, du travail, du logement et de la régénération urbaine, de l'agriculture et autres. L'implication des ministères des Finances, aux côtés des PNLT et des défenseurs de tous les secteurs participant stratégiquement aux processus budgétaires nationaux, est essentielle pour voir plus de ressources circuler vers une réponse multisectorielle contre la tuberculose.

Améliorer les services médicaux : la CSU

La CSU et les efforts d'élimination de la tuberculose vont de pair ; en 2018, environ 40 % des personnes atteintes de tuberculose n'avaient pas accès à un traitement approprié. De fait, compte tenu de l'immense prévalence de la tuberculose à l'échelle mondiale, l'intensification des efforts de lutte contre la tuberculose offre une voie importante vers la CSU et le potentiel de renforcer les systèmes de santé en s'appuyant sur l'infrastructure de santé initialement établie aux fins de dispenser des soins contre la tuberculose. Dans le même temps, la poussée mondiale vers la réalisation de la CSU offre aux services de lutte contre la tuberculose la possibilité de se développer, de devenir plus abordables et accessibles, et d'améliorer leur qualité. Pour ces raisons, la protection sociale et la CSU sont des éléments essentiels de la stratégie « Éliminer la tuberculose ». Le deuxième pilier de la stratégie vise à garantir que les politiques du secteur sanitaire et social travaillent conjointement pour lutter contre les déterminants sociaux de la tuberculose.

ENCADRÉ 5.1 :

PRINCIPAUX ENGAGEMENTS DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LA DÉCLARATION POLITIQUE DE L'ONU SUR LA CSU

Réaffirmer les engagements fermes pris dans les déclarations politiques adoptées lors des réunions de haut niveau sur l'éradication du sida, la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, l'élimination de la tuberculose, et la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, ainsi que les résolutions de l'Assemblée générale intitulées « Consolider les acquis et accélérer les efforts pour contrôler et éliminer le paludisme dans les pays en développement, en particulier en Afrique, d'ici 2030 ».

Renforcer les efforts pour lutter contre les maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les hépatites dans le cadre de la couverture santé universelle, et pour garantir que les fragiles avancées soient maintenues et élargies en faisant progresser les approches globales et la prestation de services intégrée, et en veillant à ce que personne ne soit laissé pour compte¹.

¹ Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture santé universelle « Couverture santé universelle : avancer ensemble pour construire un monde plus sain ». New York, Nations Unies, Assemblée générale ; 2019. <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>

Après des années de négligence, la CSU est à nouveau en tête des priorités politiques. En septembre 2019, l'Assemblée générale des Nations Unies a convoqué une UN HLM sur la CSU. La déclaration politique sur la CSU¹, qui en a résulté, approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies, a réaffirmé les engagements pris dans le cadre de la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose. La Déclaration sur la CSU s'est également engagée à renforcer les efforts de lutte contre la tuberculose en faisant progresser des approches globales et une prestation de services intégrée, en veillant à ce que personne ne soit laissé pour compte.

Il est essentiel que les programmes de lutte contre la tuberculose saisissent l'opportunité créée par cette attention politique de haut niveau sur la tuberculose et la CSU, et s'engagent activement dans des efforts pour garantir un meilleur accès aux soins antituberculeux par le biais des efforts nationaux pour réaliser la CSU. Selon le contexte du pays, les programmes de lutte contre la tuberculose peuvent avoir besoin de restructurer leurs

budgets, leurs mécanismes de prestation de services et leurs méthodes de collecte de données afin de faire partie de la couverture santé universelle et de l'assurance maladie.

Le financement des soins de santé est devenu un aspect important des efforts mondiaux en faveur de la CSU, et les régimes d'assurance maladie sont de plus en plus déployés dans de nombreux pays à faible revenu. Cependant, de nombreuses personnes risquant de contracter la tuberculose ne disposent pas d'une couverture d'assurance maladie. Même si les soins et le traitement de la tuberculose restent gratuits dans le secteur public, des efforts doivent être faits pour inclure les personnes risquant de contracter la tuberculose dans les régimes nationaux d'assurance maladie. Comme indiqué au chapitre 4, les agents de santé communautaires peuvent aider à atteindre les millions de personnes « non identifiées » ayant besoin de soins antituberculeux en tendant la main aux communautés, en recherchant les contacts des personnes touchées par la tuberculose et en éduquant les membres de la famille. La capacité des établissements de santé doit être renforcée pour fournir des soins et des services antituberculeux à un plus grand nombre de personnes qui en ont besoin.

1 Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world". New York: United Nations General Assembly; 2019. <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>

ENCADRÉ 5.2 : QU'EST-CE QUE LA CSU ?

La CSU signifie que l'on veille à ce que toutes les personnes puissent utiliser les services de santé dont elles ont besoin, à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces et à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières.¹ L'ODD 3 garantit une vie saine et défend le bien-être de tous, à tous les âges. Cet objectif se concentre sur la réalisation de la CSU, qui comprend la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de soins de santé essentiels de qualité, et l'accès à des médicaments et vaccins de base qui soient sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour tous. En ce qui concerne la tuberculose, la CSU signifie fournir un accès à des soins et services de qualité garantie pour la DS-TB, la DR-TB, l'infection tuberculeuse et la tuberculose zoonotique, chez les personnes de tous âges, sans que personne ne soit laissé pour compte.

1 What is universal coverage? [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/

Intégrer la tuberculose dans les activités de lutte contre la pauvreté et de protection sociale

Il existe une étroite corrélation largement documentée entre la pauvreté et la tuberculose dans tous les groupes d'âge. Un nouvel examen de la sensibilité des enfants à la tuberculose a décrit la relation entre la tuberculose pédiatrique et la pauvreté comme « écrasante », la pauvreté étant le principal facteur mettant les enfants en danger d'être exposés à la tuberculose, d'être infectés, de développer la maladie et de connaître de mauvais résultats.² Un récent exercice de modélisation statistique mené par des experts de l'OMS, de la London School of Hygiene & Tropical Medicine et d'autres universités a révélé que mettre fin à l'extrême pauvreté et étendre la couverture de la protection sociale entraînerait une réduction de 84,3 % de l'incidence de la tuberculose d'ici 2035.³

En plus des coûts de santé directs liés à la recherche de soins antituberculeux, de nombreux ménages encourent également des dépenses connexes importantes, notamment des frais de déplacement, des dépenses pour la nourriture et la garde d'enfants, ainsi qu'une perte de revenu. Ces coûts peuvent être catastrophiques pour les familles, car leurs dépenses en soins de santé peuvent dépasser 40 % de leur revenu disponible.⁴ La perte de revenu représente en moyenne 60 % des coûts encourus par les personnes atteintes de tuberculose, dont 25 % sont attribuables aux coûts directs associés aux tests, aux médicaments et à l'hospitalisation.⁵ Il est essentiel de s'attaquer à ces coûts et d'éliminer les dépenses catastrophiques pour mettre fin à la tuberculose, d'autant plus que la maladie affecte de manière disproportionnée les familles pauvres et souffrant de malnutrition.

Les preuves montrent en quoi les protections sociales, en particulier celles axées sur l'observance du traitement, peuvent améliorer les résultats en matière de tuberculose et les résul-

tats opérationnels.⁶ De nombreux programmes de protection sociale ont utilisé des transferts monétaires conditionnels pour encourager la participation. Ce modèle a été utilisé pour améliorer la santé publique dans de nombreux LMIC, notamment au Brésil et plus récemment en Inde (voir encadré 5.4 : Programme national indien de virements bancaires directs).

Les efforts de protection sociale nécessitent le soutien des systèmes de santé et d'autres secteurs. Les programmes nutritionnels devraient collaborer avec le Programme alimentaire mondial et les agences nationales responsables de l'alimentation et de la nutrition. Les programmes de transferts monétaires pour les pauvres qui existent souvent dans le cadre des ministères de la protection sociale doivent être accessibles aux personnes atteintes de tuberculose. Des recherches opérationnelles supplémentaires peuvent démontrer l'impact et identifier des moyens plus efficaces de mettre en œuvre des activités de protection sociale.⁷

2 Roy R, Whittaker E, Seddon J, et al. Children and *Mycobacterium tuberculosis*: a review of susceptibility and protection. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(3):e96–108. doi:10.1016/S1473-3099(18)30157-9

3 Carter D, Glaziou P, Lönnroth K, et al. The impact of social protection and poverty elimination on global tuberculosis incidence: a statistical modelling analysis of Sustainable Development Goal 1. *Lancet Glob Health* 2018;6:e514–22. doi:10.1016/S2214-109X(18)30195-5

4 Xu K, Evans DB, Kawabata K. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet.* 2003;362:111–7. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5

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

6 Boccia D, Hargreaves J, Lönnroth K, et al. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011;15:S37–49. doi:10.5588/ijtld.10.0438

7 Lutge E, Lewin S, Volmink J, et al. Economic support to improve tuberculosis treatment outcomes in South Africa: a pragmatic cluster-randomized controlled trial. *Trials.* 2013;14:154. doi:10.1186/1745-6215-14-154

ENCADRÉ 5.3 :

QU'EST-CE QUE LA PROTECTION SOCIALE, ET EN QUOI LES GOUVERNEMENTS SE SONT-ILS ENGAGÉS À CE SUJET ?

La protection sociale comprend des actions publiques visant à lutter contre la pauvreté, les chocs économiques et la vulnérabilité sociale, en tenant compte de la relation entre l'exclusion et la pauvreté. Grâce à un soutien en revenu ou en nature, et à des programmes conçus pour accroître l'accès aux services, la protection sociale contribue à la réalisation des droits des personnes.¹

Sous l'égide de la protection sociale se trouve le soutien social, qui comprend diverses stratégies visant à soutenir les personnes tout au long de leurs soins antituberculeux. Voici des exemples de stratégies communes de soutien social pour la tuberculose :

- **SOUTIEN AUX PATIENTS** : aide les individus à suivre un traitement complet ;
- **SOUTIEN FINANCIER** : allocations ou remboursements pour couvrir les frais connexes ou fournir un soutien nutritionnel pendant le traitement ;
- **ÉDUCATION SANITAIRE** : rappel pour renouveler les médicaments ; aide au développement de méthodes d'adaptation pendant le traitement ;
- **SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE** : aide à soulager le fardeau psychologique de la tuberculose par l'empathie, le renforcement de la confiance et les soins.

En approuvant la Déclaration politique des Nations Unies sur la CSU, les gouvernements se sont engagés à « *stopper l'augmentation et inverser la tendance des dépenses de santé remboursables en fournissant des mesures pour assurer la protection contre les risques financiers et éliminer l'appauvrissement dû aux dépenses de santé d'ici 2030, avec un accent particulier sur les populations pauvres ainsi que sur les populations vulnérables ou en situation de vulnérabilité* ».²

En approuvant la Déclaration politique des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose, les gouvernements se sont également engagés à permettre et à poursuivre la collaboration multisectorielle pour :

- fournir une **PROTECTION SOCIALE** aux enfants touchés par la tuberculose ainsi qu'à leurs soignants ;
- assurer le soutien et le renforcement des capacités dans les pays disposant de systèmes de **PROTECTION SOCIALE** avec des ressources limitées ;
- aider les pays en développement à augmenter leurs revenus intérieurs et fournir un soutien financier bilatéral à la réalisation des stratégies de CSU et de **PROTECTION SOCIALE**.³

1 Inclusion sociale, politique et budgétisation de l'UNICEF [site Web]. New York : UNICEF. <https://www.unicef.org/socialpolicy/>

2 Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture santé universelle « Couverture santé universelle : avancer ensemble pour construire un monde plus sain ». New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2019. <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>

3 Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose. Unis pour éliminer à la tuberculose : une réponse mondiale urgente à une épidémie mondiale. Résolution A/RES/73/3 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018. <https://www.who.int/tb/unhlmonTBDeclaration.pdf>

Afin de maximiser les efforts collectifs pour atteindre les ODD liés à la santé, en 2018, 11 des plus grandes agences internationales de santé et de développement au monde ont élaboré un cadre de collaboration : le Plan d'action mondial pour la santé et le bien-être de tous⁸. Ce cadre repose sur trois approches stratégiques : Aligner. Accélérer. Rendre compte. Pour en savoir plus sur la manière dont les organisations mondiales de la santé travaillent ensemble pour accélérer les progrès vers l'élimination de la tuberculose et la réalisation de la CSU, rendez-vous sur :

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311667>

8 Towards a global action plan for healthy lives and well-being for all: uniting to accelerate progress towards the health-related SDGs. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/iris/handle/10665/311667>

Les pays sont encouragés à entreprendre une évaluation des obstacles à l'accès aux services antituberculeux et à les aborder dans leur programme de CSU. L'OMS a élaboré un manuel pour mener des enquêtes sur les coûts des patients tuberculeux que les pays peuvent utiliser pour évaluer les facteurs de coûts pour les patients atteints de tuberculose et leurs familles.⁹ Les résultats de l'enquête peuvent ensuite être utilisés pour améliorer les politiques de protection financière et sociale des familles touchées par la tuberculose. Le personnel de santé qui s'occupe des personnes atteintes de tuberculose doit être au courant des politiques et programmes de protection sociale, tels que les allocations d'invalidité, auxquelles les personnes atteintes de tuberculose sont éligibles. En outre, étant donné l'importance de la tuberculose pour la santé publique en tant que maladie transmissible par voie aérienne, les soins et services

antituberculeux devraient être inclus dans les avantages sociaux.

De même, les pays devraient appliquer les résultats de la recherche sur la protection sociale afin de développer et d'optimiser les interventions de protection sociale pour les personnes touchées par la tuberculose. Le réseau de recherche interdisciplinaire SPARKS (Social Protection Action Research and Knowledge Sharing) évalue les effets des stratégies de protection sociale sur la santé, l'économie et les résultats plus larges. Les membres du réseau SPARKS ont produit des recherches originales sur les coûts de santé catastrophiques, les programmes de transferts monétaires, la politique sociale, les interventions gouvernementales de protection sociale et les questions connexes au Brésil, en Inde, en Afrique du Sud, au Vietnam et dans d'autres contextes nationaux.¹⁰

9 Tuberculosis patient cost surveys: a handbook. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. https://www.who.int/tb/publications/patient_cost_surveys/en/

10 Rapports et publications du réseau SPARKS. Stockholm : Secrétariat du réseau SPARKS ; 2018. <https://sparksnetwork.ki.se/news-and-events/publications/>

Lutter contre la résistance aux antimicrobiens dans le contexte de la CSU

L'Assemblée générale des Nations Unies, le G20, le G7, les pays BRICS et le bloc de coopération économique Asie-Pacifique, ainsi que les ministres des pays d'Asie du Sud-Est et de l'Union africaine ont tous publié des communiqués identifiant la résistance aux antimicrobiens (AMR) comme une menace critique pour la mondialisation, la sécurité sanitaire et la prospérité économique, en s'engageant à réagir. À elle seule, la DR-TB est à l'origine de près d'un tiers de tous les décès dus à des agents pathogènes résistants, faisant de l'effort pour mettre fin à la tuberculose la pierre angulaire de la réponse à l'AMR et un élément crucial du programme mondial de sécurité sanitaire.¹¹

L'accès universel aux soins antituberculeux, tout en fournissant aux personnes atteintes de tuberculose et à leur famille le soutien social dont elles ont besoin pour suivre un traitement et une prévention de qualité, est essentiel pour résoudre le problème de la résistance aux antimicrobiens. La DR-TB a une chance de

se développer chaque fois qu'une personne atteinte de tuberculose reçoit un traitement inadéquat, de qualité inférieure ou incomplet. Malheureusement, les conditions de vie communes aux pays à faible revenu, en particulier les environnements urbains où les communautés n'ont pas accès à la nutrition et à des soins de santé de qualité, tendent à compliquer la réalisation du traitement antituberculeux, entraînant l'émergence d'une résistance aux

11 Tuberculosis – the cornerstone of the AMR threat. Londres : TB Europe Coalition ; 2017. http://www.tbcoalition.eu/wp-content/uploads/2015/03/AMR_brochure_spreads.pdf

médicaments.¹² Aujourd'hui, en raison du grand nombre de personnes qui ont reçu de tels soins, la propagation de souches de tuberculose résistante continue et est responsable de la plupart des nouveaux cas de TB-MR et de tuberculose ultra-résistante (TB-UR). L'infection de TB-MR en particulier est devenue un fardeau important. Un récent exercice de modélisation estime que trois personnes sur 1 000 dans le monde vivent avec une infection de TB-MR, avec une prévalence environ 10 fois plus élevée chez les personnes de moins de 15 ans.¹³

12 Lange C, Chesov D, Heyckendorf J, et al. Drug-resistant tuberculosis: an update on disease burden, diagnosis and treatment. *Respirology*. 2018;23:656–73. doi:10.1111/resp.13304

13 Knight GM, McQuaid CF, Dodd PJ, et al. Global burden of latent multidrug-resistant tuberculosis: trends and estimates based on mathematical modelling. *Lancet Infect Dis*. 2019;19:903–12. doi:10.1016/S1473-3099(19)30307-X

Il est essentiel de veiller à ce que chaque personne touchée par la tuberculose ait accès au traitement approprié et qu'on l'aide à terminer ce traitement, afin d'éliminer la tuberculose et de mettre fin au danger pour la sécurité sanitaire mondiale posée par la résistance aux antituberculeux. La R&D de nouveaux outils pour diagnostiquer, prévenir et traiter la tuberculose est également essentielle et sera discutée au chapitre 6.

Améliorer l'environnement urbain

Au cours des prochaines décennies, la majorité de la croissance démographique mondiale devrait se produire dans les zones urbaines. Dans de nombreux pays à faible revenu, et même dans de nombreux pays à revenu intermédiaire, les zones urbaines se sont développées rapidement, mais sans beaucoup de planification ou de ressources. Cette situation a mené les plus pauvres à vivre dans des bidonvilles. Pour une maladie aéroportée comme la tuberculose, qui est favorisée par le surpeuplement, une mauvaise ventilation, un assainissement inadéquat et la dénutrition, cette tendance de développement a des implications importantes.

Les stratégies de développement urbain qui améliorent l'environnement physique et réduisent la surpopulation ont donc le potentiel d'avoir un impact significatif dans la lutte contre la tuberculose.¹⁴ Des établissements de santé bien situés par rapport aux logements pourraient per-

mettre de meilleurs liens avec les services de santé. L'amélioration des conditions de vie en ville bénéficierait également grandement aux efforts de lutte contre d'autres maladies telles que la diarrhée et la pneumonie causées par le surpeuplement et le manque d'eau et d'assainissement.

14 Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, et al. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health*. 2011;4:654–62. doi:10.2105/AJPH.2010.199505

Ressources juridiques

De nombreux traités, conventions et constitutions nationales juridiquement contraignants garantissent aux personnes le droit au meilleur état de santé possible. Dans les cas où les gouvernements n'ont pas suffisamment protégé ce droit, les individus ont eu recours aux poursuites juridiques et aux tribunaux pour forcer les gouvernements à respecter leurs droits d'accès aux services de santé essentiels, leurs droits d'être à l'abri de la discrimination et d'autres droits.

Dans certains contextes, les poursuites juridiques peuvent être un outil de responsabilisation important pour les personnes touchées par la tuberculose.¹⁵ La faculté de droit de l'Université de Chicago aux États-Unis et la Global Drug-Resistant TB Initiative ont compilé un précieux recueil de jurisprudence axé sur la tuberculose et les droits de l'homme, rassemblant des résumés des affaires judiciaires de divers contextes

nationaux se rapportant à diverses questions liées à la tuberculose, y compris les traitements inhumains et dégradants, l'indemnisation, l'isolement obligatoire, la discrimination en matière d'emploi, la négligence, le droit à la vie privée et d'autres questions.¹⁶

15 McBroom. Litigation as TB rights advocacy. *Health Hum Rights*. 2016;18(1):69–84.

16 Tuberculosis, human rights and the law. 1st ed. Chicago: International Human Rights Clinic, University of Chicago Law School; 2017. [http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/TB%20Human%20Rights%20and%20the%20Law%20Case%20Compendium%20\(First%20Edition\).pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/TB%20Human%20Rights%20and%20the%20Law%20Case%20Compendium%20(First%20Edition).pdf)

Créer un environnement propice : volonté politique et élaboration des politiques

Le plaidoyer est essentiel pour rehausser le profil de la tuberculose et garantir la responsabilité de l'action dans tous les secteurs concernés. Mobiliser et impliquer des alliés de tous les secteurs, et créer un groupe élargi et influent qui puisse aider à conduire la réponse nécessaire pour mettre fin à la tuberculose, nécessite un changement de mentalité considérable, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté des personnes travaillant sur la tuberculose. La tuberculose est un défi sociétal urgent et la communauté de la tuberculose ne peut y faire face seule.

En matière de supervision de l'élaboration de politiques multisectorielles pour la tuberculose qui s'aligne également sur les stratégies nationales de CSU et de résistance aux antimicrobiens, l'une des façons d'assurer une meilleure intégration de la tuberculose à d'autres programmes consiste pour les pays à mettre en place un conseil de coordination de la tuberculose au niveau national, semblable à un conseil national de lutte contre le SIDA, et de travailler plus étroitement avec les comités de santé nationaux existants. Les conseils nationaux peuvent impliquer des ministres

en dehors du ministère de la Santé, en s'assurant, par exemple, que le ministère des Finances participe à la création d'un espace budgétaire ; que le ministère du Logement s'attaque à la surpopulation urbaine et à la révision des codes du bâtiment, le cas échéant, pour permettre une ventilation adéquate ; et que le ministère de la Justice s'engage à faire respecter les droits des personnes touchées par la tuberculose.

Les gestionnaires de PNLT ne sont pas les mieux placés pour diriger des efforts coordonnés

entre plusieurs départements et ministères. Cependant, avec des ressources adéquates et un soutien politique de haut niveau, les gestionnaires de PNLT peuvent conseiller efficacement d'autres programmes sur la façon d'intégrer la tuberculose à leurs activités. La volonté politique doit provenir d'un consortium de ministres et de hauts fonctionnaires, même s'ils doivent être incités à agir par des défenseurs, des survivants de la tuberculose, des touchés et leurs alliés, ainsi que des chefs d'entreprise et leaders culturels.

La façon dont l'argument est formulé est également essentielle. Le fait de mettre l'accent sur la tuberculose améliorera également les performances en vue de la réalisation d'autres ODD des Nations Unies. Et les interventions de protection sociale sont susceptibles d'avoir un

impact sur plusieurs maladies simultanément, ce qui rend leur mise en œuvre plus précieuse et plus rentable.

Étant donné que les facteurs de risque de tuberculose sont divers, les approches politiques devraient être composées d'une combinaison d'approches spécifiques à la tuberculose (c'est-à-dire des interventions qui touchent directement les personnes atteintes de tuberculose et visent à influencer un indicateur de tuberculose particulier) et des approches sensibles à la tuberculose (c'est-à-dire des interventions qui atteignent les personnes qui risquent de contracter la tuberculose et peuvent indirectement réduire leur vulnérabilité, comme de meilleurs logements et une meilleure ventilation, ou des politiques agricoles visant à améliorer la nutrition).

ENCADRÉ 5.4 :

PROGRAMME NATIONAL DE VIREMENTS BANCAIRES DIRECTS DE L'INDE

En mars 2018, le gouvernement indien a mis en place un système de transferts bancaires directs pour les personnes atteintes de tuberculose. Le programme de transferts bancaires est l'une des nombreuses mesures de protection sociale et de soutien incluses dans le Plan stratégique national pour l'élimination de la tuberculose en Inde 2017-2025. Le programme appelé « Nikshay Poshan Yojana » (NPY) assure des transferts bancaires directs de 500 INR (environ 8 dollars américains) par mois sur le compte bancaire des personnes atteintes de tuberculose ou de leurs proches parents, à des fins de soutien nutritionnel.

Le DBT (de l'anglais Direct Benefit Transfer) est un mécanisme qui peut permettre une distribution ciblée et transparente des prestations aux citoyens via l'utilisation de la technologie. Pour la tuberculose, le DBT a été mis en œuvre à travers quatre initiatives au sein du programme national de virement de l'Inde :

- Nikshay Poshan Yojana (NPY)
- Honoraires versés aux agents d'appui au traitement
- Aide au transport pour les personnes atteintes de tuberculose vivant dans des zones tribales
- Incitations financières pour la notification de la tuberculose et les résultats de traitement réussi, fournies aux prestataires de santé privés et à ceux qui orientent les patients vers des soins contre la tuberculose

Une fois que les détails du compte bancaire et le numéro d'identité unique d'une personne atteinte de tuberculose sont traités dans Nikshay (le système électronique de notification de la tuberculose en ligne), les informations sont liées au système de gestion des finances publiques (PFMS, de l'anglais Public Finance Management System), qui crédite les fonds sur le compte bancaire désigné. La même approche est utilisée pour les prestataires de soins et pour les prestataires privés.

D'avril 2018 à mars 2019, plus de 1,5 million d'utilisateurs ont perçu des avantages financiers, pour un montant total de plus de 36 millions de dollars américains par le biais du NPY, tandis que les agents d'appui au traitement, les personnes atteintes de tuberculose vivant dans les zones tribales et les prestataires privés ont collectivement reçu 3 millions de dollars américains. Le financement de ces services financiers est soutenu par le budget national indien de lutte contre la tuberculose, avec des fonds fournis par le biais d'un prêt de la Banque mondiale.

Pour de plus amples informations, voir :

<https://bit.ly/2MmXBOD>

<https://bit.ly/2AzP7kq>

ENCADRÉ 5.5 :

PRÉSERVER LA CAPACITÉ À ÉLIMINER LA TUBERCULOSE : TIRER LES LEÇONS DE L'HISTOIRE

En 2002, une analyse de l'histoire des politiques et des orientations de l'OMS remontant à 1948¹ a révélé que les approches politiques avaient basculé à plusieurs reprises, au cours des décennies passées, d'approches verticales spécifiques à la tuberculose à une intégration accrue des soins antituberculeux dans les services ambulatoires généraux. L'intégration des fonctions de gestion spécifiques à la tuberculose a suivi, motivée par la logique selon laquelle l'intégration de ces fonctions spécialisées (par exemple, la formation, la supervision, la logistique et les communications sur la tuberculose) rendrait leur mise en œuvre plus efficace et plus rentable. Le processus de réforme de la santé des années 80 a conduit à une intégration plus poussée de ce qui constituait auparavant les fonctions spécialisées des programmes spécifiques de lutte contre la tuberculose.

En conséquence, les PNLT ont été majoritairement démantelés dans de nombreux pays. Ce démantèlement a entraîné une baisse de l'expertise disponible en matière de tuberculose, a affaibli le soutien à la recherche sur la tuberculose et a engendré d'importantes lacunes en matière de ressources ; au moment même où la pandémie de VIH commençait à entraîner une nouvelle épidémie de tuberculose. La nécessité

d'une réponse urgente à la tuberculose a conduit les pays à reconstruire leurs programmes de lutte contre la tuberculose tout au long des années 90, une décennie qui a également vu l'adoption internationale du DOTS (traitement directement observé, à court terme) comme stratégie de réponse standard à la tuberculose. Après 2000, les pays ont recommencé à intégrer les services et fonctions liés à la tuberculose dans d'autres domaines du système de santé.

Lorsqu'on observe ce passé, l'enseignement qu'on peut en tirer est que ni les approches verticales ni l'intégration excessive des fonctions de la tuberculose ne réussissent complètement. Les approches spécialisées et intégrées ne sont pas non plus mutuellement exclusives. Au lieu de cela, la meilleure chance de mettre fin à la tuberculose passe par une approche mixte qui continue de maintenir des fonctions spécialisées dans certaines capacités (telles que la planification, la formation, la surveillance des maladies et l'évaluation), intègre la prestation de services dans les soins de santé primaires, implique les parties prenantes au-delà du secteur de la santé dans les efforts visant à éliminer la tuberculose et s'appuie sur un plaidoyer efficace pour maintenir la tuberculose au cœur des programmes politiques et stratégiques nationaux.

1 Raviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948–2001. *Lancet*. 2002;359:775–80. doi:10.1016/S0140-6736(02)07880-7

Il conviendrait de collecter de meilleures données sur les liens entre la tuberculose et les actions socio-économiques, afin de fournir aux décideurs et aux parlementaires les preuves nécessaires pour changer la politique et allouer des ressources à la protection sociale. La lutte contre la tuberculose nécessitera des changements systémiques majeurs en matière de capacité réglementaire (pour garantir l'utilisation rationnelle des médicaments et la lutte contre les infections, entre autres), de financement des soins de santé (grâce à des régimes d'assurance maladie améliorés) et de renforcement de la capacité des systèmes de soins de santé à garantir la CSU.

ENCADRÉ 5.6 :
JAPON : ÉTENDRE LES SOINS
ANTITUBERCULEUX COMME
VOIE VERS LA CSU

En 1961, le Japon est parvenu à la CSU. Dans les années 1950, la tuberculose était la plus grande cause de mortalité. On la surnommait même la « maladie nationale ». La tuberculose était si répandue que plus de 20 % des dépenses médicales totales étaient allouées à la tuberculose.

En 1951, la loi nationale sur la prévention de la tuberculose fut promulguée, après quoi le ministère de la Santé et du Bien-être social lança une campagne massive contre la tuberculose grâce au renforcement des systèmes de santé publique, ce qui entraîna une baisse de 25 % du nombre de personnes atteintes de tuberculose en 1958.¹ Des soins antituberculeux furent rapidement développés en :

- impliquant collectivement le gouvernement national, le secteur privé, la communauté et les individus ;
- créant un budget dédié à la tuberculose au sein des programmes nationaux d'assurance maladie, qui a été utilisé pour étendre la couverture des soins et des services antituberculeux ;
- favorisant la participation des autorités locales à la campagne nationale de lutte contre la tuberculose.²

L'infrastructure, les systèmes et les processus mis en place au cours de la campagne antituberculeuse du Japon ont permis au pays de parvenir à la CSU.

1 Jimba M, Fujimura MS, Ong KIC. How can we avoid making universal health coverage a white elephant? *Lancet*. 2019;393(10189):2394. doi:10.1016/S0140-6736(19)30213-2

2 Takemi K. Proposal for a T-shaped approach to health system strengthening. *Health Syst Reform*. 2016;2(2):8-10. doi:10.1080/23288604.2015.1123339





6.NOUVEAUX OUTILS



RÉSUMÉ

Bien que nous puissions accélérer les progrès, nous ne pouvons pas réellement mettre fin à l'épidémie de tuberculose avec les outils dont nous disposons aujourd'hui. Il est urgent d'augmenter les investissements dans de nouveaux diagnostics, schémas thérapeutiques et vaccins, ainsi que dans la recherche scientifique fondamentale. Il est également essentiel de faire progresser la recherche opérationnelle pour tester l'utilité pratique des thérapies et des interventions approuvées, éliminer les obstacles à l'accès au fur et à mesure que de nouveaux outils sont approuvés, et introduire et élargir l'accès à de nouveaux outils de la manière la plus efficace et efficiente possible.

Au cours des cinq dernières années, des progrès très enthousiasmants ont été réalisés dans le développement de nouveaux outils, notamment les résultats positifs de deux essais cliniques d'efficacité de vaccin de phase IIb publiés en 2018 ; l'émergence de nouveaux tests et technologies de tuberculose moléculaire rapide qui sont très prometteurs pour les tests de résistance aux médicaments ; et un nouveau médicament approuvé par la Food and Drug Administration des États-Unis (FDA) pour le traitement de la TB-UR.

Pour s'appuyer sur ces progrès et continuer de faire progresser la R&D en matière de vaccins, de médicaments et de diagnostics améliorés, les gouvernements du monde se sont engagés à augmenter le financement de la R&D sur la tuberculose, passant d'environ 700 millions de dollars américains par an à plus de 2 milliards de dollars américains par an. En plus de ce soutien financier, l'investissement mondial dans la recherche scientifique fondamentale doit également augmenter pour atteindre environ 400 millions de dollars américains par an afin de comprendre les approches les plus prometteuses de la R&D de nouveaux outils.

Si l'on retardait cet investissement d'un an, on estime que 4,8 millions de personnes supplémentaires développeraient la tuberculose et que 670 000 personnes supplémentaires mourraient de la maladie, ce qui entraînerait une augmentation de 5,1 milliards de dollars américains des coûts de traitement de la tuberculose à elle seule.

Pour combler le déficit de financement de la R&D et créer un environnement propice à la recherche, il sera nécessaire d'assurer un plaidoyer concerté, avec une plus grande implication des chercheurs sur la tuberculose, des survivants de la tuberculose et des communautés affectées travaillant ensemble pour tenir les gouvernements responsables de la réalisation de leurs engagements. La participation des communautés touchées par la tuberculose à toutes les étapes du processus de recherche, y compris dans la recherche qui identifie et aide à surmonter les obstacles sociaux, juridiques, politiques et économiques dans la manière de développer et de donner accès à de nouveaux outils, est vitale pour assurer la réussite finale de toute initiative de recherche.

MESURES PRIORITAIRES

La réalisation des actions suivantes nécessitera un effort de collaboration de la part des gouvernements nationaux, des instituts de recherche publics et privés, des sociétés biopharmaceutiques, des secteurs philanthropiques et financiers, de la société civile et des communautés affectées. Le plaidoyer restera essentiel pour garantir la responsabilité de ces actions.

1. Consacrer plus de 2 milliards de dollars américains par an à la R&D sur la tuberculose pour combler le déficit de financement annuel de plus de 1,3 milliard de dollars américains de la R&D sur la tuberculose. De nouveaux financements devraient être utilisés pour accroître le soutien aux institutions de recherche, les partenariats et les collaborations, y compris les partenariats de développement de projet (PDP), le BRICS TB Research Network, et les mécanismes et incitations de financement innovants. Le tableau 6.1 résume les besoins de financement de la R&D en matière de tuberculose pour les médicaments, les diagnostics, les vaccins et la recherche scientifique fondamentale.

TABLEAU 6.1 : SYNTHÈSE DES BESOINS DE FINANCEMENT POUR LA R&D EN MATIÈRE DE TUBERCULOSE (EN MILLIONS DE DOLLARS AMÉRICAINS)*

Outil	Besoin de financement total 2018-2022
Médicaments	6 800
Diagnostics	916
Vaccins	3 067
Recherche scientifique fondamentale	2 000
Total	12 783
Besoin de financement annuel :	2 557

* Ne comprend pas le financement du déploiement

2. Accélérer le développement et l'utilisation de nouveaux outils. Les priorités en matière de R&D incluent les éléments suivants :

⊕ Diagnostics :

- Mettre au point des tests sans crachat rapides et abordables pour le diagnostic ou le triage.
- Mettre au point un TSM précis pour les médicaments essentiels.
- Améliorer les outils de détection de l'infection tuberculeuse et de dépistage du risque de progression vers une maladie active.

⊕ Médicaments :

- Augmenter le nombre de nouveaux candidats avec de nouveaux mécanismes d'action dans le pipeline clinique.
- Faire progresser le développement de nouveaux schémas thérapeutiques qui seront supérieurs aux schémas actuels.
- Mettre l'accent sur les stratégies de raccourcissement du traitement pour la tuberculose et l'infection tuberculeuse.

⊕ Vaccins :

- Accélérer le développement à un stade avancé des vaccins candidats, y compris l'évaluation à un stade avancé du vaccin candidat M72/AS01E, et travailler avec les pays pour préparer le succès de l'homologation et du déploiement.
- Accélérer le développement de vaccins candidats de nouvelle génération pour garantir des vaccins hautement efficaces pour toutes les populations touchées.

- Évaluer de nouveaux concepts de vaccin contre la tuberculose et étudier les mécanismes et les corrélats de la protection induite par le vaccin.
3. Investir 400 millions de dollars américains dans la recherche scientifique fondamentale afin de mieux comprendre les approches les plus prometteuses pour découvrir de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins antituberculeux.
 - ✦ investissant et en soutenant les talents des chercheurs en matière de tuberculose ;
 - ✦ soutenant la recherche opérationnelle afin de comprendre comment mettre en œuvre de manière optimale de nouveaux outils dans des contextes nationaux et locaux spécifiques.
 4. Créer un environnement propice à la R&D en matière de tuberculose en :
 - ✦ élaborant, finançant et mettant en œuvre des stratégies nationales de R&D en matière de tuberculose ;
 - ✦ accroissant la capacité des centres de recherche à mener des essais cliniques dans les pays à prévalence élevée de tuberculose et de tuberculose multirésistante ;
 - ✦ rationalisant et harmonisant les processus réglementaires du développement clinique à la soumission réglementaire et à l'approbation régionale, et en renforçant la capacité
 5. Optimiser l'accès à de nouveaux outils grâce à des stratégies d'accès complètes élaborées pour les nouveaux médicaments, diagnostics et vaccins, avec l'aide de la recherche opérationnelle qui identifie et permet de surmonter les barrières sociales, politiques, juridiques et économiques à l'accès.
 6. Plaider de façon efficace ; renforcer les systèmes communautaires, la maîtrise de la recherche et l'implication significative des communautés touchées par la tuberculose dans la recherche ; et inclure des avocats et des membres des communautés affectées par la tuberculose dans les structures de prise de décision et les forums scientifiques.

FAIRE AVANCER LE PROGRAMME DE RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE

En matière d'investissement dans la R&D sur la tuberculose, nous ne pouvons pas nous permettre un quelconque statu quo. Sans nouveaux médicaments, diagnostics et vaccins efficaces, nous n'atteindrons pas les fortes réductions de l'incidence et de la mortalité dont nous avons besoin, et des millions de personnes supplémentaires mourront de la maladie. Les gouvernements des pays doivent soutenir la R&D sur la tuberculose en élaborant et en finançant des plans nationaux de recherche sur la tuberculose ou en intégrant la tuberculose dans les programmes nationaux de recherche en santé. Les efforts de R&D doivent être axés sur les besoins, fondés sur des preuves et guidés par les principes fondamentaux d'accessibilité financière, d'efficacité, d'équité et de collaboration.

La section suivante présente les priorités en matière d'investissements essentiels dans les nouveaux outils de lutte contre la tuberculose, les impacts prévus des nouveaux investissements et les éléments clés des progrès accomplis en matière de R&D au cours des cinq dernières années.

Cadres stratégiques pour la R&D de nouveaux outils en matière de tuberculose

TABLEAU 6.2 : CADRE STRATÉGIQUE POUR LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS 2018-2022

Projet :

Mettre au point des médicaments et des schémas thérapeutiques plus courts et plus efficaces pour tous les groupes d'âge et populations touchés par la tuberculose

Objectifs :

Introduction d'un nouveau schéma caractérisé par une durée plus courte (2 à 4 mois), qui contient trois ou quatre nouveaux médicaments sans résistance préexistante pour traiter à la fois la DS-TB et la DR-TB. Introduction de régimes de plus courte durée pour prévenir la tuberculose.

Objectif	Jalon	Activités principales	Financement requis 2018-2022 (Millions de dollars américains)
Continuer d'alimenter le processus grâce à la découverte fondamentale de médicaments contre la tuberculose	Nouveaux candidats cliniques entrant en phase I	Accélérer le criblage et l'optimisation de nouvelles entités chimiques ; valider les biomarqueurs ; développer des modèles animaux plus prédictifs de l'efficacité clinique ; identifier de nouveaux médicaments cibles	1 400
Entretien de la capacité de site d'essai	Augmenter le nombre de sites respectant les bonnes pratiques cliniques/bonnes pratiques de laboratoire (BPC/BPL) disponibles pour les essais de médicaments antituberculeux	Identifier, assurer et fournir une formation sur les sites conformes aux BPC/BPL	400
Élaborer un schéma plus court pour la DS-TB	Finaliser la phase III d'un schéma thérapeutique de 2 à 4 mois pour la DS-TB et, si possible, un schéma universel pour toutes les tuberculoses actives	Mener des essais : études pK, Phase I, Phase II (EBA, SSCC, études d'interaction médicamenteuse) et phase III pour faire progresser de deux à trois nouveaux schémas thérapeutiques plus courts	2 000
Élaborer un schéma thérapeutique sûr, plus efficace et plus court pour la TB-MR	Finaliser la phase III d'un schéma thérapeutique plus court pour la TB-MR	Mener des essais : études pK, Phase I, Phase II et Phase III pour faire progresser de deux à trois nouveaux schémas thérapeutiques plus courts	800
Améliorer le traitement des enfants des enfants parallèlement aux efforts visant à faire progresser le traitement des adultes	Formulation complète et tests cliniques chez l'enfant en conjonction avec toute nouvelle progression de schéma thérapeutique chez l'adulte	Inclure les enfants dans les essais le plus tôt possible pour les nouveaux schémas thérapeutiques ; mettre au point des schémas thérapeutiques sûrs, fiables et faciles à mettre en place pour toutes les formes de tuberculose chez les enfants dès le début du processus de développement ; mener des études sur les interactions médicamenteuses lorsque les exigences réglementaires nécessitent de telles études chez les enfants	200

Objectif	Jalon	Activités principales	Financement requis 2018-2022 (Millions de dollars américains)
Élaboration d'un schéma thérapeutique plus sûr et à haute efficacité contre l'infection tuberculeuse	Finaliser la phase III d'un schéma thérapeutique plus efficace et plus sûr contre l'infection tuberculeuse	Mener les essais de Phase III des nouveaux schémas thérapeutiques contre l'infection tuberculeuse dans le but de réduire la durée du traitement	120
Veiller à l'adoption de nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques contre la tuberculose au niveau national	Les patients accèdent à des médicaments et à des schémas thérapeutiques nouvellement approuvés, en particulier dans les pays à forte charge	Inclure de nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques aux politiques et directives nationales ; mettre en œuvre des mécanismes pour accélérer les processus réglementaires dans les pays ; impliquer les principales parties prenantes ; organiser une formation approfondie des prestataires de santé	700
Faire participer la communauté et la société civile à l'ensemble du processus de développement et d'accès aux médicaments	La communauté et la société civile sont représentées dans tous les processus décisionnels et forums au cours du processus de découverte et de développement de médicaments	Inclure des représentants de la communauté et de la société civile dans les comités consultatifs, la conception des protocoles et des études, les réseaux scientifiques et autres forums liés au développement de médicaments antituberculeux	90
FINANCEMENT TOTAL REQUIS			5 710

TABLEAU 6.3 : NOUVEAU CADRE STRATÉGIQUE POUR LES DIAGNOSTICS 2018-2022

Projet :

Réaliser un diagnostic précoce et universel de toutes les personnes atteintes de toutes les formes de tuberculose afin de favoriser les progrès vers l'élimination de la tuberculose, en mettant à disposition des solutions de diagnostic appropriées et abordables dans le bon environnement, et en s'assurant que les résultats du diagnostic sont liés au traitement, et fournir la base d'une surveillance continue de la résistance médicamenteuse

Objectifs :

Mettre au point de nouveaux outils de diagnostic et de solutions d'accompagnement pour :

1. Améliorer la détection des cas de tuberculose grâce à des tests précis, permettant une utilisation centrée sur le patient à tous les niveaux du système de santé, pour toutes les populations, y compris les enfants et les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, y compris les groupes vulnérables, les migrants et les groupes mal desservis, et développer des stratégies de diagnostic innovantes qui assurent une meilleure sensibilisation des personnes atteintes de tuberculose.
2. Permettre un traitement rapide et efficace pour réduire la mortalité et la transmission continue, et prévenir la résistance aux antimicrobiens en détectant rapidement et simplement la résistance aux médicaments existants et futurs.
3. Développer de nouveaux tests pour permettre un TSM rapide et une surveillance de traitement/test de guérison pour détecter plus précocement un traitement insuffisant.
4. Identifier de manière fiable les individus à risque de progression d'une infection tuberculeuse latente à une tuberculose active afin d'introduire un traitement préventif ciblé et de réduire la transmission.

Objectif	Jalon	Activités principales	Financement requis 2018-2022 (Millions de dollars américains)
Assurer la disponibilité des connaissances critiques pour permettre le développement de nouveaux outils et nouvelles solutions de diagnostic	Mettre en œuvre la science axée sur la découverte et renforcer/améliorer la capacité de cette découverte à identifier et valider de nouveaux marqueurs	Soutenir les consortiums sur la découverte de biomarqueurs en utilisant différentes plateformes et approches ciblant : <ol style="list-style-type: none"> a. la détection de la tuberculose active au point de soin b. l'identification et la caractérisation des mutations c. la progression vers une maladie active d. la surveillance du traitement e. la validation de biomarqueurs prometteurs f. la maintenance d'une base de données de biomarqueurs 	194,5
	Assurer un accès accru aux matériaux de référence cliniques qui sont essentiels pour le développement et la validation de nouveaux diagnostics de la tuberculose	Participer à la collecte d'échantillons, à la maintenance et à l'expansion des référentiels, à la gestion des données et à l'assurance qualité/au contrôle qualité pour les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. banque d'échantillons b. banque de souches c. banque d'échantillons pédiatriques d. banque d'échantillons de tuberculose extrapulmonaire e. banque d'échantillons pour la surveillance du traitement f. référentiel de données d'images radiographiques du thorax 	32

Objectif	Jalon	Activités principales	Financement requis 2018–2022 (Millions de dollars américains)
	Faciliter l'évaluation des variantes génétiques de M. tuberculosis et leur pertinence clinique pour éclairer le développement de tests moléculaires pour la détection de la DR-TB	<p>Élaborer et maintenir un référentiel centralisé de données génomiques mondiales et cliniquement pertinentes ; assurer un examen de qualité et de normalisation.</p> <p>a. Élaborer une base de données contenant la séquence et les métadonnées associées du complexe M. tuberculosis et utiliser les données pour valider les mutations associées à la résistance aux médicaments antituberculeux.</p> <p>b. Soutenir la contribution des données de séquençage pertinentes par un grand nombre de groupes pour garantir la diversité géographique.</p> <p>c. Maintenir la base de données pour soutenir les efforts.</p>	31,5
	Accroître l'efficacité du processus de développement précoce et soutenir les décisions avant les essais à grande échelle	Mener des études pour les études d'évaluation/ de démonstration prévues au titre de l'objectif 3, afin d'évaluer l'impact potentiel et de contribuer à la planification la plus efficace de ces études	25
	Entreprandre des recherches et des consultations pour soutenir la mise au point de solutions de cybersanté	Définir la charte du patient/les critères éthiques et parvenir à un consensus sur les identifiants de patients	1,5
Total Objectif 1 – Comblent les lacunes en matière de connaissances			284,5
Mettre au point un portefeuille de nouveaux outils de diagnostic associé à un ensemble de solutions d'accompagnement pour garantir que les résultats se traduisent concrètement dans le traitement des patients	Élaborer des tests et des solutions pour le diagnostic de la tuberculose active au point de soins chez toutes les populations de patients, y compris les enfants et les personnes vivant avec le VIH	<p>Contribuer à la mise au point de tests, à la validation technique et clinique lorsque l'on met au point :</p> <p>a. des tests et solutions de remplacement des frottis</p> <p>b. des tests et solutions basés sur des biomarqueurs sans crachat</p> <p>c. des tests et solutions de référence au triage</p>	142,5
Mettre au point des tests et des solutions pour la détection de la résistance aux médicaments		<p>Contribuer à la mise au point de tests, à la validation technique et clinique lorsque l'on met au point :</p> <p>a. un TSM nouvelle génération aux niveaux périphériques</p> <p>b. un TSM pour les médicaments nouveaux et réutilisés et pour les nouveaux schémas thérapeutiques, y compris les tests de CMI, le cas échéant</p> <p>c. un séquençage nouvelle génération (NGS) directement à partir des crachats</p>	60,5
	Élaborer des tests et solutions pour prédire le risque de progression de la maladie	Approuver et réviser les profils de produits cibles (TPP). Assurer la mise au point de tests et la validation technique et clinique au cours de la mise au point, y compris la validation et la qualification des biomarqueurs d'activation immunitaire	33

			Financement requis 2018–2022 (Millions de dollars américains)
Objectif	Jalon	Activités principales	
	Mettre au point des tests pour soutenir les approches syndromiques, afin de différencier les agents pathogènes et de réduire le recours excessif au traitement antibiotique	Valider et qualifier les biomarqueurs appropriés pour les tests syndromiques pour les patients présentant des symptômes respiratoires lors de la première visite aux services de soins de santé primaires, afin de contribuer à distinguer les différents agents pathogènes, et ainsi fournir une réponse cliniquement exploitable	29
	Mettre au point des tests et solutions de surveillance du traitement/test de guérison	Élaborer un TPP. Assurer la mise au point de tests et la validation technique et clinique au cours de la mise au point, y compris les candidats moléculaires, et valider et qualifier les biomarqueurs pertinents	9
	Élaborer des solutions de cybersanté et de connectivité pour faciliter l'accès des patients aux tests énumérés ci-dessus	Approuver et réviser les TPP. Intégrer la connectivité aux technologies de diagnostic, et développer des applications de cybersanté et des plateformes d'agrégation	8
Total Objectif 2 – Mise au point d'un portefeuille de nouveaux tests et de nouvelles solutions			282
Évaluer le portefeuille de nouveaux outils et nouvelles solutions de diagnostic, y compris de nouvelles stratégies de détection, ainsi que des approches alternatives pour la recherche de cas, l'utilisation optimisée et les mécanismes de prestation innovants ; démontrer les avantages pour les patients et prévoir l'impact probable sur l'ensemble du système de santé	Effectuer une évaluation dans les essais cliniques et des études de démonstration pour les nouveaux tests et solutions identifiés ci-dessus, ainsi que pour les approches syndromiques	Réaliser les activités suivantes : a. Tests d'évaluation pour la tuberculose active et la TSM (TB-MR/TB-UR) b. Études de démonstration des tests de tuberculose et TSM c. Études de démonstration de tests ciblant la tuberculose pédiatrique d. Études de démonstration de tests ciblant la tuberculose extrapulmonaire e. Évaluation et démonstration d'approches syndromiques f. Études de démonstration de solutions et de plateforme de cybersanté pour les diagnostics connectés	94,5
	Prédire l'impact sur les patients de l'utilisation de diagnostics améliorés sur le taux de détection de la tuberculose, la transmission et la mortalité	a. Développer la modélisation mathématique b. Mener des études d'impact et de rentabilité pour évaluer les nouvelles technologies et les stratégies/approches innovantes	70
	Réaliser une analyse du marché et estimer le potentiel de nouveaux diagnostics	Mettre à jour et étendre les évaluations de marché existantes	2
Total Objectif 3 – Évaluation, démonstration et impact			166,5

Objectif	Jalon	Activités principales	Financement requis 2018–2022 (Millions de dollars américains)
Veiller à ce que de nouveaux outils et solutions de diagnostic entièrement validés soient largement disponibles et utilisés de manière appropriée dans les pays endémiques	Déployer de nouveaux outils et de nouvelles solutions	Fournir des dispositifs et des consommables pour le déploiement d'au moins une nouvelle technologie pour soutenir la détection de la tuberculose active dans 90 % des nouveaux cas et la résistance aux médicaments dans 100 % des cas dans les groupes à haut risque	2 300
	Renforcer la capacité des laboratoires pour une mise à l'échelle appropriée des nouveaux outils	<ul style="list-style-type: none"> a. Formation (coordination, développement d'outils, sessions, formation de superviseurs, transfert d'échantillons) b. Assurance qualité et mesures d'accompagnement c. Assistance continue d. Aide à la formation pour les aspects de gestion de l'offre 	228
	Assurer un diagnostic centré sur le patient et la décentralisation des tests	<ul style="list-style-type: none"> a. Système de référence diagnostique (transport des échantillons, remise des résultats aux patients/à la clinique, suivi avec les patients) b. Solutions de santé mobile ou cybersanté/transmission des résultats c. Systèmes d'incitation pour les patients, visant à offrir un dédommagement pour le temps nécessaire au diagnostic 	77
	Intégrer les services de laboratoire pour TB/VIH (test de la tuberculose dans des centres de dépistage dédiés au VIH), ainsi que le dépistage des comorbidités telles que l'hépatite	Mener des projets de démonstration et des recherches opérationnelles sur la façon dont le test de charge virale pourrait être utilisé comme prédicteur pour dépister la tuberculose	24
	Assurer l'intégration du secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> a. Incitations pour le secteur privé à utiliser des outils approuvés b. Renforcement des laboratoires et assurance qualité externe des outils utilisés dans le secteur privé c. Mise à l'échelle de modèles tels que IPAQT et JEET 	23
	Poursuivre le régime des changements de politique nationale et des processus de réglementation dans le pays	<ul style="list-style-type: none"> a. Harmoniser les processus réglementaires dans les pays problématiques : Chine, Fédération de Russie, Brésil dans une certaine mesure b. Soutenir le changement et l'adoption de politiques nationales (études de rentabilité et de validation locales) 	33

Objectif	Jalon	Activités principales	Financement requis 2018–2022 (Millions de dollars américains)
	Sensibiliser les parties prenantes (PNLT, ministères de la Santé, agences techniques, d'approvisionnement et de financement, représentants des communautés de patients)	Coordonner l'effort avec les groupes de défense ; organiser des ateliers avec les PNLT, les ministères de la Santé, les agences techniques, d'approvisionnement et de financement, et les représentants des patients	10
	Mener des recherches opérationnelles sur la meilleure façon de fournir des services de diagnostic dans des contextes programmatiques de routine afin de garantir une approche centrée sur le patient et d'estimer les coûts et les ressources utilisés par les PNLT	Mener des études couvrant différentes catégories et différents scénarios de test, ainsi que différents contextes, c.-à-d. charge de MR faible/élevée, charge de VIH faible/élevée, différentes géographies, test d'infection tuberculeuse et test de traitement des groupes cibles, stratégies de recherche des contacts	30
	Renforcer la fabrication ainsi que d'autres interventions sur le marché pour faire baisser les prix	Investir dans la commercialisation et la mise à l'échelle réussie	75
	Introduire un TSM pour les nouveaux médicaments et un TSM pour d'autres médicaments du groupe C dans les pays	Introduire des stratégies et des protocoles de test appropriés, et une assurance qualité externe pour les tests phénotypiques et la détection moléculaire, y compris un TSM pour les nouveaux médicaments, la révision de la concentration critique si nécessaire, et la collecte des connaissances nécessaires pour concevoir et mettre en œuvre le séquençage ciblé de nouvelle génération	34
	Accroître la capacité de séquençage dans les pays à partir de 2022	Renforcer les capacités pour mettre en place le NGS au niveau des laboratoires de référence et assurer formation et soutien en matière d'analyse des données. Établir un mécanisme permettant d'utiliser la capacité du laboratoire de référence supranational comme principal moteur pour assurer cette formation et ce soutien à long terme	20
Total Objectif 4 – Disponibilité et utilisation appropriée des nouveaux tests (déploiement inclus)			2 854
Sans déploiement			73
FINANCEMENT TOTAL REQUIS			3 587 (avec déploiement) 806 (sans déploiement)

TABLEAU 6.4 : CADRE STRATÉGIQUE POUR LES NOUVEAUX VACCINS 2018-2022

Projet :

Mettre au point de nouveaux vaccins plus efficaces pour prévenir la tuberculose en toute sécurité, dans tous les groupes d'âge et dans toutes les populations

Objectifs :

Mettre au point de nouveaux outils de diagnostic et de solutions d'accompagnement pour :

1. Prévenir la tuberculose et interrompre la transmission grâce au développement de nouveaux vaccins permettant de prévenir l'infection, la progression, la réactivation et/ou la réinfection
2. Intégrer et envisager des stratégies d'accès tout au long du processus de mise au point d'un vaccin contre la tuberculose
3. Renforcer davantage l'engagement communautaire dans la R&D sur les vaccins antituberculeux

Objectif	Jalon	Activités principales	Financement requis 2018-2022 (Millions de dollars américains)
Continuer à faire progresser le portefeuille clinique de vaccins candidats contre la tuberculose	Faire progresser les candidats et les concepts candidats par des essais cliniques, en utilisant la gestion de portefeuille et les critères communs de passage d'étapes	Lancer un essai de Phase III pour le vaccin candidat M72/AS01E	1 250
		Continuer à soutenir les vaccins candidats tout le long du processus clinique et lancer de nouveaux essais de Phase I/IIa/IIb sur les vaccins candidats répondant aux critères	
	Explorer et mettre en œuvre de nouvelles conceptions d'essais cliniques de Phase II pour identifier les vaccins les plus prometteurs le plus tôt possible dans le processus de développement, et optimiser l'utilisation des ressources	Mener des essais en utilisant la prévention des infections et la prévention des modèles d'étude de récidence	75
	Assurer une capacité suffisante pour soutenir les essais cliniques à grande échelle	Augmenter la fabrication pour soutenir les essais cliniques à grande échelle (Phase IIb/III)	500
		Augmenter la capacité des essais cliniques et des laboratoires dans différentes régions pour mener des essais cliniques conformes aux normes de BPC	
Mener des études pour évaluer la prévalence et l'incidence des critères d'évaluation des essais de vaccins antituberculeux pertinents chez les populations devant participer aux essais d'efficacité clinique	Effectuer des études sur l'incidence et la prévalence des infections tuberculeuses ; incidence des études sur les maladies ; et études sur la prévalence transversale de la maladie dans plusieurs régions	25	
Total Objectif 1 – Portefeuille clinique			1 850

Objectif	Jalon	Activités principales	Financement requis 2018–2022 (Millions de dollars américains)
Améliorer les connaissances grâce à la médecine expérimentale	Développer et tester un modèle de défi humain pour accélérer la R&D en matière de vaccin antituberculeux	Soutenir un consortium pour faire avancer le modèle d'étude d'épreuve humaine tout le long du développement et de la phase préclinique, et initier la phase clinique	40
	Mener des études sur l'homme en parallèle d'études d'épreuve sur des primates non humains (PNH) afin d'en apprendre davantage sur les réponses immunitaires de protection	Mener des études d'épreuve sur les PNH pour déterminer les corrélats de l'immunité de protection	150
		Comparer les résultats des études sur les PNH avec ceux des essais d'efficacité sur les humains (et rétrograder pour la vérification du modèle)	
	Tester les principales hypothèses	Mener plusieurs études médicales expérimentales pour tester différentes hypothèses	100
Total Objectif 2 – Médecine expérimentale			290
Insistance croissante sur les recherches préliminaires et la recherche axée sur la découverte	Identifier les corrélations immunitaires de protection et de maladie Identifier des cibles en matière de nouveau vaccin	Identifier les mécanismes immunitaires et les corrélations grâce à une analyse préclinique complète de la réaction de l'hôte	60
		Intégrer la découverte de biomarqueurs à toutes les études de Phase IIb et Phase III	100
		Explorer les différents mécanismes d'immunité de protection (p. ex., la muqueuse, les cibles cellulaires alternatives, l'immunité innée et l'immunité humorale)	40
	Étudier de nouvelles approches pour parvenir à une réaction efficace	Mener des études sur les cellules immunitaires non conventionnelles Mener des études sur l'immunité humorale Améliorer la formulation et la livraison des antigènes grâce au développement d'adjuvants et de vecteurs (remarque : robustes et évolutifs) Assurer une livraison plus optimale, par exemple en explorant des voies non conventionnelles de livraison du vaccin	100
Total Objectif 3 – Recherche en stade précoce et recherche axée sur la découverte			300

Objectif	Jalon	Activités principales	Financement requis 2018–2022 (Millions de dollars américains)
Amélioration des modèles animaux	Développer et optimiser des modèles animaux adaptés à l'usage pour également permettre l'évaluation de l'efficacité vaccinale chez des sujets primo-immunisés et/ou infectés de façon latente ou dans des conditions de co-infection ou de comorbidité, dans le but de trouver des signaux de prévention de l'infection et/ou de récurrence de la maladie ou de blocage de la transmission naturelle	Améliorer l'infrastructure et la diversité du portefeuille de modalités pour la phase préclinique et la sélection prioritaire des candidats ; qualifier et vérifier les modèles en les comparant aux signaux cliniques	150
Total Objectif 4 – Modèles animaux			150
Amélioration des lectures précliniques et cliniques	Standardiser les réactifs, harmoniser les dosages et comparer les signaux pertinents par des concrétisations en amont et en aval/vérification croisée pré-clinique et clinique	Recueillir les commentaires des parties prenantes et parvenir à un consensus sur la voie à suivre	1
		Continuer d'élargir les programmes pour fournir des réactifs aux laboratoires et aux installations de recherche	30
		Élaborer les analyses nécessaires sur la base du consensus des parties prenantes	40
Total Objectif 5 – Réactifs et tests			71
Jeter les bases des campagnes de vaccination pour adolescents et adultes	Mener des recherches stratégiques sur l'accès et la mise en œuvre	Étudier le coût des marchandises, le rapport coût-efficacité en matière de tuberculose, la proposition de valeur complète, l'évaluation économique de santé, l'état de préparation des vaccins et le paysage vaccinal	12
Objectif Total 6 – Mener des recherches sur l'accès stratégique			12
Impliquer les communautés dans la R&D sur les vaccins antituberculeux	Renforcer l'engagement communautaire dans la recherche	Veiller à ce que les essais cliniques disposent de plans de conseil/ d'engagement communautaire et impliquer les représentants de la communauté dans la conception, la conduite et la diffusion de la recherche	90
		Les développeurs de vaccins impliquent activement les parties prenantes de la communauté dans le processus de R&D, de la recherche initiale aux essais cliniques et à l'homologation	
Total Objectif 7 – Engagement communautaire			90
FINANCEMENT TOTAL REQUIS			2 763

Progrès dans la R&D de nouveaux outils

Des progrès considérables ont été accomplis dans le développement de nouveaux outils depuis la publication du dernier Plan mondial en 2015. Ces avancées ont été rendues possibles principalement grâce au financement soutenu de la recherche aux universités, aux organisations à but non lucratif et aux laboratoires soutenus par le gouvernement, ainsi qu'aux contributions du secteur privé aux pipelines de recherche. Les étapes clés et les progrès des nouveaux outils sont résumés ci-dessous.

ENCADRÉ 6.1 :

LE NOUVEAU SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE 1HP RACCOURCIT LA THÉRAPIE PRÉVENTIVE DE LA TUBERCULOSE À UN MOIS

Aucun scénario d'élimination de la tuberculose n'est réaliste sans une avancée majeure dans la prévention de la tuberculose. Pourtant, à l'exception notable de l'Afrique du Sud, la prévention de la tuberculose a été un aspect constamment négligé des soins antituberculeux dans les pays à forte charge. Il faut cesser de négliger la prévention de la tuberculose comme stratégie fondamentale.

En plus des progrès intéressants réalisés dans le développement de vaccins antituberculeux, la recherche sur la prévention de la tuberculose a conduit au développement récent de schémas thérapeutiques efficaces qui sont de plus courte durée et plus faciles à suivre pour les personnes vivant avec une infection tuberculeuse. Le schéma théra-

peutique de prévention le plus court disponible aujourd'hui est 1HP, une dose quotidienne de rifapentine et d'isoniazide prise pendant quatre semaines. Un essai clinique de phase III impliquant 3 000 participants âgés de plus de 13 ans, tous vivant avec le VIH, a révélé que 1HP fonctionnait aussi bien que neuf mois d'isoniazide, traitement qui servait depuis longtemps de norme pour le traitement préventif de la tuberculose.¹ L'un des principaux défis à relever pour élargir l'accès à des schémas thérapeutiques antituberculeux plus courts consiste à garantir la disponibilité et l'accessibilité économique équitables de la rifapentine dans tous les pays.

1 Swindells S, Ramchandani R, Gupta A, et al. One month of rifapentine plus isoniazid to prevent HIV-related tuberculosis. *N Engl J Med*. 2019;380:1001-11. doi:10.1056/NEJMoa1806808

Nouveaux vaccins

- ✦ La recherche sur les vaccins antituberculeux est à son stade le plus prometteur depuis des décennies. En août 2019, au moins 14 candidats étaient en phase d'essais cliniques, dont 7 en phase IIb ou III ; de nombreux autres candidats sont à des stades précliniques et antérieurs de développement.¹
- ✦ Les résultats d'un essai d'efficacité de phase IIb du vaccin candidat M72/AS01E ont démontré pour la première fois qu'un vaccin peut protéger les adolescents et les adultes atteints d'une infection tuberculeuse latente contre le développement d'une tuberculose active.

- ✦ Les résultats du premier essai clinique de phase IIb sur le vaccin antituberculeux utilisant une conception d'essai de prévention de l'infection ont indiqué que la revaccination par le BCG peut protéger les populations à haut risque non infectées contre l'infection tuberculeuse.
- ✦ Les nouveaux vaccins candidats CMV-TB et BCG intraveineux et muqueux ont démontré une protection sans précédent chez les modèles de PNH.
- ✦ L'élucidation des rôles de l'immunité innée formée et de l'immunité muqueuse a amélioré notre compréhension des réponses immunitaires protectrices de l'hôte (la façon dont les vaccins peuvent induire une protection).

1 Rapport mondial sur la tuberculose 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

- ✦ Des lignes directrices sur les bonnes pratiques participatives pour les essais de vaccins antituberculeux ont été lancées en 2017 et un réseau actif de responsables de l'engagement communautaire sur les sites d'essais cliniques a été développé.

Nouveaux médicaments

- ✦ En 2016, l'OMS a publié de nouvelles directives pour un traitement standardisé et plus court de la TB-MR.²
- ✦ Au moins huit nouvelles entités chimiques ont intégré les stades de développement préclinique et clinique avancé.
- ✦ Des dizaines de nouvelles cibles de médicaments essentiels ont été identifiées et sont à l'étude.
- ✦ Un nouveau médicament, le prêtomanide, a été approuvé par la FDA des États-Unis pour une utilisation en association avec la bédaquiline et le linézolide pour la TB-MR et la TB-UR non tolérantes au traitement ou non sensibles au traitement.
- ✦ Les résultats prometteurs d'un essai de phase III ont indiqué qu'un traitement d'un mois à base de rifapentine et d'isoniazide n'était pas inférieur à un traitement de neuf mois à base d'isoniazide pour le traitement de l'infection tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH.

2 Lignes directrices de l'OMS pour le traitement de la tuberculose pharmacorésistante. Mise à jour 2016. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250125/1/9789241549639-eng.pdf>

Nouveaux diagnostics

- ✦ D'ici 2020, on estime que l'on aura suffisamment avancé sur 18 produits diagnostiques pour pouvoir les soumettre à l'OMS.
- ✦ En 2019, pour la première fois, l'OMS a publié une liste modèle de diagnostics in

vitro essentiels. Cette évolution historique signale l'importance vitale de la création d'un lien entre l'utilisation des médicaments et les tests de diagnostic pour faire avancer le calendrier de la CSU.

- ✦ Le test SILVAMP TB LAM de Fujifilm s'est révélé prometteur, après une étude d'évaluation

ENCADRÉ 6.2 :

LE POTENTIEL DE FUJILAM EN TANT QUE TEST DE DIAGNOSTIC AUX POINTS DE SOIN

Le SILVAMP TB LAM de Fujifilm, ou FujilAM, est le premier d'une nouvelle génération de tests de LAM permettant de détecter la tuberculose. Les tests sont effectués à l'aide d'un échantillon d'urine, facile à prélever auprès de personnes de tous âges. Le lipoarabinomannane, ou LAM, est une molécule produite par les bactéries de tuberculose, qui leur permet de coloniser l'organisme en désactivant les globules blancs produits par le système immunitaire. FujilAM n'est pas le seul test de diagnostic qui détecte la présence du LAM, mais il a été démontré qu'il est nettement meilleur pour détecter le LAM que le test de LAM précédemment recommandé par l'OMS pour diagnostiquer la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Dans une étude comparative publiée en 2019, FujilAM était efficace à 70 % pour détecter le LAM, alors que le test de LAM précédemment recommandé ne l'était qu'à 42 %, par rapport à une norme de référence utilisant le test Xpert MTB/RIF basé sur les crachats.¹ Les résultats sont disponibles en moins d'une heure et le test peut être utilisé par des professionnels de santé disposant d'une formation minimale. Aucun instrument complexe n'est impliqué.

Des tests supplémentaires sont nécessaires pour évaluer le potentiel de FujilAM en tant que test de diagnostic aux points de soin pour la tuberculose. Le plus grand atout potentiel du test serait d'être utilisé chez les personnes ayant des difficultés à produire des crachats, en particulier les enfants, les patients hospitalisés dans les établissements de santé et les personnes vivant avec le VIH qui sont plus gravement malades. L'introduction, dans un futur proche, d'un test de LAM qui soit tout aussi sensible que les tests basés sur les crachats actuellement disponibles, constituerait une véritable transformation dans le diagnostic de la tuberculose.

1 Broger T, Sossen B, du Toit E., et al. Novel lipoarabinomannan point-of-care tuberculosis test for people with HIV: a diagnostic accuracy study. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(8):852–61. doi:10.1016/S1473-3099(19)300001-5

encourageante de la précision diagnostique. Ce test est l'un des nombreux tests TB LAM de nouvelle génération qui sont développés pour une utilisation plus large dans la population générale, indépendamment du statut VIH, et pour une utilisation chez les enfants. La recherche dans ce domaine a évolué et il est de plus en plus reconnu que le LAM est détectable chez tous les patients tuberculeux, ce qui permet potentiellement à tous un véritable test de diagnostic au point de soin (POC).

- ✦ La société indienne Molbio Diagnostics a mis au point une machine appelée Truenat™, qui utilise la technologie d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour identifier la tuberculose, ainsi que pour détecter la résis-

tance à la rifampicine, le médicament contre la tuberculose le plus couramment utilisé. Le TAAN à base de cartouches est largement utilisé en Inde et a transformé le diagnostic de la tuberculose en réduisant le délai de résultat de quelques mois à quelques heures, permettant aux patients de commencer le traitement sans délai.

- ✦ NGS fait référence aux technologies de séquençage qui peuvent traiter rapidement des millions de séquences d'ADN en parallèle pour décoder le génome d'une personne ou d'une bactérie afin de trouver des mutations génétiques associées à la résistance aux médicaments. Cela signifie qu'un profil complet de résistance aux médicaments peut être efficacement identifié afin de permettre un

ENCADRÉ 6.3 :

L'ESSAI DU VACCIN M72 FAIT AVANCER LA RECHERCHE SUR LES VACCINS

Il n'existe actuellement aucun vaccin antituberculeux qui soit approuvé pour une utilisation chez les adultes vivant avec une infection tuberculeuse. Toutefois, lors d'un essai clinique de phase IIb, le vaccin M72/AS01E, plus communément appelé M72, a protégé 50 % des 3 573 adultes déjà infectés par *M. tuberculosis*. Dans ce cas, la protection signifie que le vaccin a empêché les adultes vivant avec la tuberculose de développer une tuberculose active. La modélisation montre qu'un vaccin offrant ce niveau de protection peut potentiellement éviter des dizaines de millions de nouveaux cas de tuberculose et empêcher des millions de décès. Une évaluation plus approfondie est nécessaire pour définir l'impact potentiel avec plus de précision. Les résultats des essais ont montré qu'il est possible de développer un nouveau vaccin qui améliore la capacité de l'organisme à contrôler l'infection tuberculeuse et empêche les individus de contracter une tuberculose active.¹ Compte tenu du grand nombre de personnes vivant avec une infection tuberculeuse, un tel vaccin pourrait constituer un avantage généralisé en matière de santé publique et transformer radicalement la prévention de la tuberculose.

L'essai clinique de phase IIb du M72 a été mené au Kenya, en Afrique du Sud et en Zambie auprès d'adultes séronégatifs. L'étude a été parrainée par GSK et menée

en partenariat avec Aeras/IAVI, avec un financement de la Fondation Bill & Melinda Gates, du Department for International Development (DFID) au Royaume-Uni, de la Direction générale de la coopération internationale aux Pays-Bas et de l'Agence australienne pour le développement international. Des investissements supplémentaires sont nécessaires pour faire progresser le vaccin M72 vers l'homologation et la mise en œuvre par le biais de recherches et d'essais supplémentaires.

Les résultats de l'essai de phase IIb du M72 marquent un tournant décisif dans le développement de nouveaux vaccins plus efficaces pour prévenir la tuberculose et l'évaluation à un stade avancé de ce vaccin candidat doit être soutenue. Cependant, il est probable que l'éradication de l'épidémie de tuberculose nécessite plus d'un vaccin, car la protection vaccinale variera probablement selon les âges, les populations (par exemple, les populations avec ou sans co-infections, la génétique de l'hôte) et les stades d'infection. Nous devons continuer d'améliorer l'efficacité des vaccins et explorer d'autres voies d'administration. Par conséquent, il est impératif de continuer à investir dans le développement d'autres candidats dans le domaine clinique, un stade pré-clinique solide et la recherche à un stade précoce sur des approches innovantes de développement de vaccins.

1 Tuberculosis research funding trends 2005–2017. New York: Treatment Action Group; 2018. <https://bit.ly/2zPSWSK>

ENCADRÉ 6.4 :

LA STRATÉGIE MONDIALE DE L'OMS EN MATIÈRE DE RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT SUR LA TUBERCULOSE

Au moment de l'impression de la présente mise à jour du Plan mondial, l'OMS était en train de donner suite à l'appel de la 71e Assemblée mondiale de la Santé à élaborer une nouvelle stratégie mondiale pour la recherche et le développement en matière de tuberculose. La stratégie se veut être un document d'orientation global comprenant un ensemble de recommandations fondées sur des données probantes. Son objectif principal est de fournir à tous les États membres de l'ONU un cadre d'interventions visant à éliminer les obstacles à la recherche et à l'innovation en matière de tuberculose. La stratégie cible principalement les ministères de la santé, des sciences et technologies, des finances et de l'éducation. Dans l'esprit des efforts accélérés pour mettre fin à la tuberculose, la stratégie plaide également en faveur d'une réponse unifiée et alignée au sein de laquelle les principaux partenaires nationaux et internationaux, et les communautés touchées par la tuberculose, entreprennent les investissements et les partenariats nécessaires pour accélérer l'innovation.

LA STRATÉGIE COMPREND QUATRE OBJECTIFS :

1. Créer un environnement propice à la recherche et à l'innovation en matière de tuberculose.
2. Accroître les investissements financiers dans la recherche et l'innovation en matière de tuberculose.
3. Promouvoir et améliorer les approches de partage des données.
4. Assurer un accès équitable aux retombées positives de la recherche et de l'innovation.

Cette mise à jour du Plan mondial complète la nouvelle Stratégie mondiale de recherche et développement sur la tuberculose en fournissant un cadre qui identifie des domaines prioritaires spécifiques pour la R&D en matière de tuberculose, y compris des projets de recherche « prêts à l'emploi » qui peuvent être lancés avec les fonds disponibles, ainsi qu'un cadre permettant aux pays de combler le déficit actuel de 1,3 milliard de dollars américains en matière de R&D.

diagnostic précis et la gestion de la DR-TB. Au cours des trois dernières années, le NGS a été utilisé avec succès pour la surveillance de la pharmacorésistance de la tuberculose et, en 2018, l'OMS a publié un guide technique sur l'utilisation des technologies de NGS pour la détection de la DR-TB.³

3 Guide technique sur les technologies de séquençage de nouvelle génération pour la détection des mutations associées à la résistance aux médicaments dans le complexe *Mycobacterium tuberculosis*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018. https://www.who.int/tb/publications/2018/WHO_technical_guide_nextgen_sequencing/en/

Projets de recherche « prêts-à-l'emploi » prioritaires

Les groupes de travail de Stop TB Partnership sur les nouveaux vaccins antituberculeux, les nouveaux diagnostics de la tuberculose et les nouveaux médicaments antituberculeux (ensemble, les groupes de travail sur les nouveaux outils) ont identifié les projets de recherche « prêts-à-l'emploi » suivants que les commanditaires de recherche peuvent soutenir. Ces projets sont mis en avant car ils amélioreraient considérablement l'état de la R&D sur la tuberculose et pourraient être lancés rapidement.

FIGURE 6.1 : PROJETS DE RECHERCHE COMMERCIALE : DIAGNOSTICS

TITRE : SÉQUENÇAGE NOUVELLE GÉNÉRATION (NGS) DÉCENTRALISÉ POUR UN TEST DE SENSIBILITÉ AUX MÉDICAMENTS (TSM) ABORDABLE, ÉVOLUTIF ET RAPIDE

JUSTIFICATION : Le NGS fait référence aux technologies de séquençage qui peuvent rapidement traiter des millions de séquences d'ADN en parallèle, pour décoder le génome d'une personne ou une bactérie et trouver des mutations génétiques associées à la résistance aux médicaments ; ce qui signifie qu'un profil complet de résistance aux médicaments peut être efficacement identifié, permettant ainsi d'effectuer un diagnostic précis et de gérer la tuberculose résistante aux médicaments. C'est une technique déjà bien établie pour éclairer les décisions de traitement personnalisé en oncologie.

LE PROJET : Solutions décentralisées basées sur le NGS en dessous du niveau de référence, c'est-à-dire rapprocher les flux de travail NGS du patient. Cela impliquera le développement à un stade avancé de produits/plateformes ou flux de travail décentralisés, ainsi que la validation et l'évaluation clinique.

CHERCHEURS : Une approche d'équipe qui intègre le milieu universitaire et l'industrie.

COÛT ESTIMÉ :
25 millions de dollars américains

TITRE : UN TEST QUI PRÉVOIT LA PROGRESSION DE L'INFECTION À LA MALADIE TUBERCULOSE (TEST DE TUBERCULOSE NAISSANTE)

JUSTIFICATION : Un test idéal de progression de la tuberculose différencierait les différents stades de l'infection à la tuberculose active et pourrait détecter la présence ou l'absence de la tuberculose naissante (définie comme la phase asymptomatique prolongée de la maladie précoce au cours de laquelle la pathologie évolue, avant la présentation clinique de la maladie active). Les tests diagnostiques actuellement disponibles dans le commerce ; le test cutané à la tuberculine et les tests de libération d'IFN- γ , sont insuffisants dans leur capacité à prédire quelles personnes infectées évolueront vers la maladie, car ils détectent une réponse immunitaire de mémoire.

LE PROJET : Un grand essai clinique utilisant un test aligné sur le TPP de l'OMS pour la tuberculose naissante dans une population à risque, où les participants à l'essai sont stratifiés pour le traitement en fonction du score du test de tuberculose naissante.

CHERCHEURS : Experts en essais cliniques.

COÛT ESTIMÉ :
40 millions de dollars américains

TITRE : UN TEST BASÉ SUR UN BIOMARQUEUR

JUSTIFICATION : Un test plus délicat au point de soin non basé sur les crachats, afin de remplacer la microscopie des frottis pour détecter la tuberculose pulmonaire, qui est facile à réaliser et présente des exigences opérationnelles limitées.

LE PROJET : Développer un test basé sur des biomarqueurs de nouvelle génération pour une utilisation plus large dans la population générale indépendamment de son statut VIH, et pour une utilisation chez les enfants.

CHERCHEURS : Développeurs de produits, universitaires et experts en essais cliniques.

COÛT ESTIMÉ :
10 millions de dollars américains

FIGURE 6.2 : PROJETS DE RECHERCHE COMMERCIALE : MÉDICAMENT

TITRE : SUIVI ET PHARMACOVIGILANCE POUR L'INTRODUCTION DE NOUVEAUX MÉDICAMENTS CONTRE LA TUBERCULOSE

JUSTIFICATION : S'assurer que nous pouvons traiter correctement les patients et détecter l'émergence d'une résistance aux nouveaux médicaments antituberculeux, et que des approches pour le développement d'un TSM normalisé, en laboratoire et en POC, puissent être mises en œuvre. Celles-ci sont essentielles pour concevoir correctement les essais cliniques et créer des systèmes de surveillance au niveau national.

CHERCHEURS : Experts d'entreprises commanditaires ou PDP à but non lucratif travaillant avec des experts en diagnostic et des laboratoires hospitaliers, afin de développer des données de TSM pour des médicaments uniques et des combinaisons de médicaments.

COÛT ESTIMÉ :
50 millions de dollars américains

LE PROJET : Soutenir la R&D de tests à base de liquide sur agar, ou de nouvelles technologies, pour évaluer rapidement les concentrations plasmatiques efficaces de médicaments et développer des données pour la surveillance de la résistance dans les pays touchés.

TITRE : TEST PRÉCLINIQUE DE NOUVELLES COMBINAISONS DE MÉDICAMENTS POUR DÉTERMINER LA SYNERGIE OPTIMALE DANS LE DÉVELOPPEMENT D'UN NOUVEAU SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE

JUSTIFICATION : Avec le nombre croissant de nouveaux composés candidats, l'identification des dosages et des combinaisons optimales pour le développement d'un schéma thérapeutique nécessitera une évaluation minutieuse de l'efficacité des tests précliniques avant les évaluations chez l'homme.

CHERCHEURS : Un consortium de scientifiques possédant une expertise en matière de dépistage de drogues dans des éprouvettes et des modèles animaux d'infection, travaillant avec des organismes de réglementation pour définir des combinaisons utiles.

COÛT ESTIMÉ :
60 millions de dollars américains

LE PROJET : Créer une collaboration entre les développeurs de médicaments pour partager des informations et organiser des évaluations en laboratoire sur la base de données d'essais antérieures, afin de comparer les effets des combinaisons.

TITRE : ÉVALUATION DE NOUVEAUX SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES VISANT À RACCOURCIR LA THÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA DS-TB ET DE LA DR-TB

JUSTIFICATION : Un réseau coordonné de sites d'essais cliniques à travers le monde devrait être mis en place pour une conduite systématique de tests vérifiant l'efficacité des phases II/III dans les nouveaux schémas thérapeutiques avec des durées de traitement plus courtes. Cela soutiendrait des traitements combinés prometteurs évalués de manière systématique sans chevauchement des efforts.

CHERCHEURS : Médecins, travailleurs de la santé, statisticiens, centres de données, laboratoires hospitaliers et agences de réglementation travaillant dans un cadre coopératif pour faire progresser les nouveaux médicaments.

COÛT ESTIMÉ :
200 millions de dollars américains

LE PROJET : Un réseau de chercheurs cliniques avec des sites d'essais à travers le monde travaillant de manière concertée pour tester de nouvelles idées de traitement.

FIGURE 6.3 : PROJETS DE RECHERCHE COMMERCIALE : VACCINS

TITRE : DÉVELOPPER ET AMÉLIORER DES MODÈLES PRÉCLINIQUES QUI REFLÈTENT LE SPECTRE COMPLET DE L'INFECTION MTB

JUSTIFICATION : L'utilisation de modèles animaux dans l'évaluation préclinique de vaccins candidats potentiels est une étape nécessaire et importante pour déterminer si un vaccin candidat peut être efficace chez l'homme, avant de commencer les essais cliniques humains. Cependant, bien que les modèles animaux les plus couramment utilisés pour la tuberculose simulent le contrôle de l'infection une fois établis, ils ne parviennent pas à modéliser de nombreux aspects de l'infection humaine. Des modèles animaux plus raffinés et « adaptés à l'usage » qui reflètent mieux l'infection par le Mtb et la progression vers la maladie chez l'homme sont nécessaires pour soutenir et accélérer le développement de vaccins précliniques et à un stade précoce, et faire avancer les candidats les plus prometteurs vers les essais sur l'homme.

CHERCHEURS : Une approche multi-équipes avec des chercheurs qui ont la capacité de fusionner différents talents et compétences.

COÛT ESTIMÉ :
100 millions de dollars américains

LE PROJET : Développer des modèles animaux qui prédisent mieux l'effet du vaccin chez l'homme et développer les outils nécessaires pour permettre à la fois l'évaluation de nouveaux vaccins et l'identification de corrélats de protection.

TITRE : DÉVELOPPER DES MODÈLES D'ÉPREUVES D'ESSAI HUMAIN CONTRÔLÉS POUR L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DES VACCINS CONTRE LA TUBERCULOSE

JUSTIFICATION : Les modèles d'épreuves d'essai humain contrôlés, qui impliquent d'infecter intentionnellement des volontaires adultes en bonne santé avec des souches affaiblies d'un agent pathogène pour évaluer la capacité d'un vaccin à se protéger contre celui-ci, ont été essentiels pour accélérer le développement de vaccins pour d'autres maladies infectieuses majeures, telles que le paludisme, le VRS et la grippe, car ils permettent des tests humains précoces à petite échelle de la capacité de protection d'un vaccin avant de commencer des essais cliniques longs, coûteux et à grande échelle. Un modèle d'épreuve d'essai humain contrôlé pour la tuberculose serait un ajout précieux à la boîte à outils pour établir les conditions d'une épreuve infectieuse sûre sur les humains pour une évaluation de l'efficacité du vaccin de substitution.

CHERCHEURS : Approche d'équipe multidisciplinaire pour inclure les vaccinologues, les experts cliniques en tuberculose, la bactériologie moléculaire et l'immunologie humaine.

COÛT ESTIMÉ :
40 millions de dollars américains

LE PROJET : Développer les outils pour les tests d'épreuve d'essai humain contrôlé, y compris des souches rapporteuses mycobactériennes sûres et des protocoles médicaux expérimentaux d'épreuve d'essai infectieux, un suivi et une lecture de réplication/persistence bactérienne dans le contexte de la vaccination humaine expérimentale.

TITRE : ÉTABLIR LE CADRE ÉPIDÉMIOLOGIQUE POUR SE PRÉPARER AU DÉVELOPPEMENT DE VACCINS CONTRE LA TUBERCULOSE EN STADE AVANCÉ

JUSTIFICATION : L'évaluation d'un vaccin à un stade avancé nécessite des populations dans lesquelles la transmission et la maladie Mtb se produisent à une fréquence qui permettrait la conception d'essais d'efficacité rentables. Pour bien concevoir et dimensionner les essais d'efficacité, des estimations précises de l'infection tuberculeuse, ainsi que de l'incidence et de la prévalence de la maladie dans les populations cibles, sont nécessaires. La réalisation de ces études épidémiologiques contribue également à améliorer la capacité des sites, et à préparer les sites et le personnel à la conduite d'essais d'efficacité ultérieurs conformément aux bonnes pratiques cliniques et aux normes réglementaires.

CHERCHEURS : Un consortium de chercheurs possédant une expertise épidémiologique et un soutien au niveau national, travaillant en collaboration avec les sponsors des essais de vaccins et le personnel des opérations cliniques.

COÛT ESTIMÉ :
25 millions de dollars américains

LE PROJET : Mener des études d'une incidence transversale et de prévalence de l'infection par la tuberculose, ainsi que le VIH et la tuberculose, dans 40 sites cliniques en Asie du Sud-Est, en Europe de l'Est, en Amérique du Sud et en Afrique subsaharienne, pour garantir la capacité de conception et de réalisation d'essais d'efficacité du vaccin contre la tuberculose.

Recherche scientifique fondamentale

M. tuberculosis est l'agent pathogène responsable de la tuberculose. Les mécanismes par lesquels *M. tuberculosis* provoque une infection humaine sont encore mal connus.⁴ Afin de comprendre les approches les plus prometteuses pour découvrir de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins contre la tuberculose, les chercheurs gagneraient beaucoup à mieux comprendre le bacille de la tuberculose, la façon dont il interagit avec un corps vivant et la façon dont le corps mobilise une réponse immunitaire protectrice.

Parmi les domaines les plus urgents de la recherche scientifique fondamentale figurent la compréhension de la façon dont l'infection tuberculeuse évolue vers la maladie, la façon de prédire le risque et les stades de progression de la maladie en fonction des biomarqueurs,⁵ et la façon de savoir plus facilement et de manière plus fiable quand une personne a été guérie par le traitement. Pour faire progresser la recherche scientifique fondamentale en matière de tuberculose, il faut également soutenir de nouvelles infrastructures, notamment des banques de tissus biologiques (biobanques), c'est-à-dire des installations physiques de stockage, ainsi que des moyens de collecte, de traitement et de distribution des échantillons utilisés pour la recherche scientifique.

Le Plan mondial estime que 400 millions de dollars américains sont nécessaires chaque année pour faire progresser de manière significative la recherche scientifique fondamentale sur la tuberculose, ce qui s'ajoute aux plus de 2 milliards de dollars américains nécessaires chaque année pour faire avancer les pipelines de R&D sur la tuberculose. La recherche scientifique fondamentale est généralement menée par des établissements universitaires, l'industrie et des partenariats public-privé, qui dépendent en grande partie de financements publics. Les fonds consacrés à la science fondamentale favoriseront l'innovation, feront progresser nos connaissances sur la tuberculose et amélioreront notre capacité à développer de nouveaux outils pour la prévenir, la diagnostiquer et la traiter. De plus, un financement adéquat de la recherche aura l'avantage supplémentaire d'attirer et de retenir une nouvelle génération de scientifiques dans le domaine de la recherche sur la tuberculose.

4 Grundner C. Pour lutter contre la tuberculose, financer la recherche fondamentale. PLoS Biol. 2018;16(9):e3000037. doi:10.1371/journal.pbio.3000037

5 Un biomarqueur est une substance mesurable à l'intérieur du corps qui indique de manière fiable la présence d'une infection tuberculeuse et/ou d'une maladie tuberculeuse. Le LAM, défini plus haut dans le chapitre, est un exemple de biomarqueur TB.

Pédiatrie et populations clés

Faire progresser un programme de recherche conçu pour répondre aux besoins spécifiques des enfants est essentiel pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose pédiatrique. Les efforts de recherche dirigés contre la tuberculose chez l'enfant se sont principalement concentrés sur la manière d'appliquer les outils existants pour diagnostiquer, traiter et prévenir la tuberculose pédiatrique. Cependant, les enfants ont des besoins différents de ceux des adultes. Par exemple, les enfants ont du mal à produire des crachats, ce qui en fait de mauvais candidats au test de diagnostic rapide Xpert MTB/RIF, qui teste les crachats. Le groupe de travail de Stop TB Partnership sur la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent, ainsi que le groupe d'action sur le traitement, ont établi une liste détaillée

des priorités de recherche pour la tuberculose chez l'enfant.⁶ Les investissements prioritaires en R&D comprennent les points suivants :

PRÉVENTION : identifier de nouveaux schémas préventifs plus courts et plus simples ; mettre au point un nouveau vaccin pour les nourrissons, les enfants et les adolescents qui améliore le vaccin BCG actuel.

DIAGNOSTIC : mettre au point de nouveaux tests qui ne soient pas invasifs et puissent être utilisés au point de soin.

TRAITEMENT : évaluer l'innocuité et l'efficacité des nouveaux médicaments antituberculeux chez les enfants et les adolescents afin de déterminer la posologie optimale ; identifier des schémas thérapeutiques plus courts et plus simples que ceux actuellement disponibles ; et s'assurer que les schémas thérapeutiques antituberculeux sont disponibles dans des formulations adaptées aux enfants.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre certaines des caractéristiques basiques de la tuberculose qui touche les nourrissons, les enfants et les adolescents, notamment la réponse immunitaire à l'infection et les biomarqueurs associés (les changements réguliers qui se produisent dans le corps, qui peuvent être mesurés de façon fiable et qui indiquent une infection tuberculeuse et une tuberculose) qui peuvent éclairer la mise au point de nouveaux outils.

Il est également important d'inclure dans la R&D de nouveaux outils d'autres populations clés, telles que les personnes vivant avec le VIH, les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes atteintes de diabète ou risquant de le contracter et les personnes immunodéprimées, ainsi que les populations à risque telles que les agents de santé, les mineurs, les contacts au sein du foyer, les détenus et autres. (Les populations clés sont traitées plus en détail au chapitre 3.)

6 Treatment Action Group, Stop TB Partnership Child & Adolescent TB Working Group. Research priorities for paediatric tuberculosis. New York: Treatment Action Group; 2018. http://www.treatmentactiongroup.org/sites/default/files/Paediatric_TB_ResearchPriorities_10_8_18_Web.pdf

CRÉER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA RECHERCHE

Accroître le soutien aux institutions de recherche, aux partenariats et aux collaborations

Il est essentiel que les institutions de recherche soient soutenues pour faire progresser l'innovation en matière de tuberculose. Vous trouverez ci-dessous des exemples d'institutions et d'initiatives qui sont essentielles pour accélérer la R&D de nouveaux outils en matière de tuberculose. Chaque entité réalise son travail grâce à une collaboration multisectorielle.

PDP : les partenariats de développement de projet (PDP) restent essentiels pour faire avancer la R&D et développer de nouveaux outils en matière de tuberculose. Les PDP, qui désignent un type

de partenariat public-privé, sont des organisations à but non lucratif qui collaborent avec des fabricants du secteur privé, des gouvernements, des ONG et des universités, et mettent générale-

ment en commun des ressources et une expertise technique pour développer et commercialiser de nouveaux outils. Les PDP sont particulièrement importants pour développer de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose car les incitations traditionnelles du marché ne sont pas assez puissantes pour stimuler l'innovation en matière de lutte contre la tuberculose.

Les principales entités de recherche sur la tuberculose qui opèrent à travers un modèle de PDP sont la TB Alliance (axée sur l'avancement du pipeline de recherche de nouveaux médicaments contre la tuberculose), FIND (axé sur les nouveaux diagnostics innovants), IAVI et la Tuberculosis Vaccine Initiative (TBVI) (toutes deux axées sur les vaccins). Bien qu'il ne soit pas un PDP, le Critical Path Institute est un partenariat public-privé qui vise à accélérer le rythme et à réduire les coûts de développement de nouveaux produits médicaux, notamment grâce à des collaborations telles que TB-PACTS, une plateforme de données qui conserve les données des essais cliniques sur la tuberculose, les standardise et les met à la disposition du public de chercheurs qualifiés.⁷

CONSORTIUMS DE RECHERCHE : le TB Trials Consortium (TBTC) est une collaboration de chercheurs des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, des services de santé publique dans d'autres pays et de divers centres médicaux. Les partenaires du TBTC mènent des recherches cliniques, en laboratoire et épidémiologiques concernant le diagnostic, la prise en charge clinique, et la prévention des infections et des maladies tuberculeuses. Le AIDS Clinical Trials Group (ACTG) soutient le plus grand réseau de chercheurs effectuant des essais cliniques dans le monde, y compris des sites de recherche dans des contextes à ressources limitées. Les recherches menées par les partenaires de l'ACTG comprennent d'importantes études sur l'utilisation des outils antituberculeux chez les personnes vivant avec le VIH.

RÉSEAU DE RECHERCHE SUR LA TUBERCULOSE DES BRICS :

Les pays BRICS sont devenus des acteurs clés de l'innovation en matière de tuberculose dans le monde. Entre 2007 et 2016, l'augmentation annuelle moyenne des publications de recherche sur la tuberculose des pays BRICS a été quasiment deux fois plus importante que l'augmentation annuelle des publications de recherche sur la tuberculose dans tous les pays. En 2016, 31 % de toutes les publications de recherche sur la tuberculose avaient pour premier auteur une personne d'un pays BRICS.⁸ Le réseau de recherche sur la tuberculose des BRICS a été créé pour développer davantage la base de la R&D sur la tuberculose en cours au Brésil, en Fédération de Russie, en Inde, en Chine et en Afrique du Sud, et pour accélérer la meilleure utilisation des interventions existantes et nouvelles dans les soins et la prévention de la tuberculose. La collaboration internationale s'appuie sur de nouvelles initiatives nationales de recherche sur la tuberculose, notamment le TB Research Consortium de l'Inde, la stratégie nationale de recherche sur la tuberculose du Brésil et les nouvelles activités de lutte contre la tuberculose menées par les partenariats stratégiques pour l'innovation en matière de santé en Afrique du Sud. Dans les cinq pays BRICS, qui à eux seuls enregistrent 38 % des décès dus à la tuberculose dans le monde, le réseau de recherche sur la tuberculose des BRICS devra jouer un rôle croissant dans la découverte et la diffusion de nouveaux outils contre la tuberculose, à la fois individuellement et en tant que collaborateurs internationaux.

THE MEDICINES PATENT POOL (MPP): le MPP est une organisation de santé publique soutenue par les Nations Unies créée pour améliorer l'accès à des médicaments abordables et de qualité garantie au sein des LMIC, grâce à des licences axées sur la santé publique qui couvrent les médicaments contre le VIH, le VHC, la tuberculose et d'autres médicaments brevetés essentiels. Le MPP est une voie potentielle pour l'octroi

⁷ TB-Platform for Aggregation of Clinical TB Studies [Website]. Dublin: Critical Path Institute. <https://criticalpath.org/programs/dcc/projects/tuberculosis/tb-platform-for-aggregation-of-clinical-tb-studies-tb-pacts/>

⁸ Global investments in tuberculosis research and development: past, present and future. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017. https://www.who.int/tb/publications/2017/Global_Investments_in_Tuberculosis_Research_Investment/en/

de licences de santé publique aux médicaments antituberculeux existants et nouveaux. Les nouvelles licences, qui couvrent tout brevet valide et toute demande de brevet en cours, sont non exclusives, mondiales et libres de droits, peuvent faire l'objet d'une sous-licence, et permettent d'accéder aux données et résultats des études précliniques et cliniques (phase I et phase IIa).

THE LIFE PRIZE : The Life Prize est un concept de R&D collaborative qui, lorsqu'il est appliqué à l'innovation en matière de tuberculose, est conçu pour accélérer l'introduction de nouvelles options de traitement de la tuberculose. Le but ultime de The Life Prize est d'identifier un nouveau schéma thérapeutique contre la tuberculose pouvant être utilisé pour traiter toutes les formes de tuberculose, y compris la DR-TB, en un mois ou moins. Le concept de The Life Prize prévoit l'octroi de licences pour des molécules prometteuses de fabricants commerciaux et d'autres institutions de recherche, et la mise à disposition de ce pool de molécules aux institutions de recherche qui les testeront dans des combinaisons de traitements. The Life Prize envisage également de créer une nouvelle façon de récompenser les investissements en matière de R&D sur la tuberculose en proposant trois types de financement et d'incitations financières :

- Financement par le biais de prix pour les institutions de recherche qui intègrent aux

essais cliniques de nouveaux médicaments candidats répondant à des critères prédéfinis

- Financement par le biais de subventions pour financer les essais cliniques de nouveaux schémas thérapeutiques susceptibles de traiter toutes les formes de tuberculose
- Financement pour l'octroi de licences équitables de propriété intellectuelle et de données cliniques afin de permettre une recherche ouverte et collaborative

Ainsi, le concept de The Life Prize envisage de réduire les risques et les coûts substantiels auxquels sont confrontés les instituts de recherche avec l'approche traditionnelle de la R&D. Pour promouvoir l'accès, le modèle conceptuel fournit également un moyen de séparer le coût de l'investissement en R&D du prix et du volume des ventes de médicaments, afin de faciliter un accès équitable et abordable. Dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose, les États membres des Nations Unies ont décrit The Life Prize comme une plateforme de recherche à travers laquelle la collaboration en matière de recherche sur la tuberculose peut être renforcée.

Augmenter la capacité à mener des essais cliniques sur site

Les nouveaux outils les plus prometteurs pour mettre fin à la tuberculose au sein des LMIC seront ceux dont l'efficacité a été démontrée dans ces environnements. Ceci nécessite de tester de nouveaux outils dans les environnements où ils seront le plus largement utilisés. Le défi, cependant, est que les LMIC disposent d'une capacité limitée à mener le nombre d'essais cliniques nécessaires, en particulier lorsque de nouveaux vaccins, médicaments et diagnostics entrent dans des essais plus vastes, et à un stade avancé.

Les obstacles comprennent généralement un manque de capacités financières et humaines, des obstacles en matière d'éthique et de système réglementaire, le manque d'environnements de recherche, notamment le manque d'infrastructure de recherche physique, des obstacles opérationnels et des exigences concurrentes.⁹

Pour relever ces défis, les commanditaires de recherches doivent s'efforcer de promouvoir la recherche menée par les chercheurs locaux dans les LMIC, tandis que les gouvernements des LMIC devraient investir dans le renforcement des capacités de recherche nationales. Une collaboration internationale plus étroite est essentielle pour soutenir et créer de nouveaux systèmes de conduite d'essais cliniques dans les LMIC.¹⁰ Le partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques (EDCTP),

par exemple, soutient les partenariats entre les institutions européennes et africaines et les chercheurs, en collaboration avec l'industrie pharmaceutique et les organisations adoptant des vues similaires, afin d'accélérer le développement clinique d'interventions nouvelles ou améliorées pour prévenir ou traiter le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies infectieuses liées à la pauvreté.

Les communautés au sein desquelles les essais cliniques seront menés doivent être pleinement impliquées, comme indiqué dans les Lignes directrices sur les bonnes pratiques participatives pour les essais de médicaments antituberculeux et les Lignes directrices sur les bonnes pratiques participatives pour la recherche sur les vaccins antituberculeux de 2017.^{11,12}

9 Alemayhu C, Mitchell G, Nikles J. Barriers for conducting clinical trials in developing countries: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2018;17:37. doi:10.1186/s12939-018-0748-6

10 Alemayhu C, Mitchell G, Nikles J. Barriers for conducting clinical trials in developing countries: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2018;17:37. doi:10.1186/s12939-018-0748-6

11 Good Participatory Practice: guidelines for TB vaccine research. Rockville: AERAS; 2017. <https://bit.ly/3cu9MDX>

12 Good Participatory Practice: guidelines for TB drug trials. Dublin: Critical Path Institute; 2012. <https://www.cptrinitiative.org/downloads/resources/GPP-TB%20Oct1%202012%20FINAL.pdf>

Assurer un environnement réglementaire et politique efficace et prévisible

Un obstacle fréquent à l'accès à de nouveaux outils tient au manque de transparence dans le processus d'enregistrement national. Dans le cas des médicaments, par exemple, il n'existe souvent pas de forum d'interaction ou de discussion entre le demandeur d'homologation du médicament, les autorités réglementaires et les communautés en matière de processus d'enregistrement. L'absence actuelle d'harmonisation de la réglementation a entraîné un échelonnement des procédures d'approbation des nouveaux outils, validés au compte-gouttes et pays par pays, entraînant des retards fatals.

Les gouvernements des pays devraient renforcer leur capacité à évaluer de nouveaux outils qui ont déjà été testés dans d'autres pays, permettant ainsi l'importation de ceux qui se révèlent sûrs et efficaces. Les orientations publiées par l'OMS peuvent soutenir et accélérer l'élaboration et l'adoption de politiques nationales, en particulier dans les pays sans processus régle-

mentaires rapides. Une autre solution potentielle consiste à accélérer la recherche sur la tuberculose en rationalisant et en harmonisant les processus réglementaires du développement clinique à la soumission réglementaire et à l'approbation régionale.

Maintenir une communauté compétente de chercheurs sur la tuberculose

Pour assurer le succès à long terme de la R&D sur la tuberculose, il faut favoriser le domaine de la recherche sur la tuberculose en encourageant et en renforçant la capacité des chercheurs à concentrer leurs efforts sur l'innovation en matière de tuberculose, de la recherche scientifique fondamentale à la recherche translationnelle et aux essais cliniques. Des efforts spécifiques devraient être réalisés pour soutenir et accroître la recherche dans les pays à prévalence élevée de tuberculose. L'eAtlas de l'UNESCO pour la recherche et le développement expérimental (<http://on.unesco.org/RD-map>) fournit une visualisation du nombre total de chercheurs par pays, démontrant les disparités en termes de nombre de chercheurs entre les pays à revenu élevé, les pays à revenu intermédiaire et les pays à faible revenu.

La formation de la prochaine génération de jeunes chercheurs est une priorité absolue ; un besoin qui a été traditionnellement comblé par des mécanismes tels que les bourses Wellcome Trust, le soutien des Instituts nationaux de la santé (NIH) au niveau pré- et post-doctoral, et le financement de l'Union européenne. Cependant, comme l'indique clairement l'eAtlas de l'UNESCO, ces initiatives à elles seules ne devraient pas suffire à combler ce vide. Les bailleurs de fonds gouvernementaux et non gouvernementaux doivent reconnaître ce besoin, et fournir un soutien pour former et maintenir la prochaine génération de chercheurs. Cela devrait inclure un soutien proactif aux carrières et des activités de développement de carrière, offrant des opportunités explicites de réseautage et de présentation de la recherche dans des forums de recherche locaux, régionaux et mondiaux.

Des partenariats comme le TDR, un effort conjoint de l'UNICEF, du PNUD, de la Banque mondiale et de l'OMS, fournissent un modèle de soutien à la formation des chercheurs qui travaillent à améliorer les soins antituberculeux au niveau des systèmes dans les LMIC. Grâce à l'Initiative structurée de recherche opérationnelle et de formation (SORT IT) ; un partenariat mondial de recherche opérationnelle dirigé par le TDR en collaboration avec l'Union et Médecins Sans Frontières (MSF), les chercheurs sont formés pour mener des recherches opérationnelles sur les défis prioritaires de leur pays, construire

durablement une capacité de recherche opérationnelle et prendre des décisions fondées sur des données probantes pour améliorer les performances des programmes de lutte contre la tuberculose.¹³ Les participants effectuent des travaux en classe, élaborent un protocole de recherche et une demande d'examen éthique, reçoivent une formation en gestion et analyse des données, conçoivent un plan d'analyse des données, rédigent et soumettent un article à une revue à comité de lecture et, dans certains cas, élaborent une note d'orientation ou une présentation à l'attention des décideurs et autres parties prenantes.¹⁴

Un autre projet, ADVANCE, soutenu par l'USAID, est une initiative de recherche multi-partenaires qui augmente la participation des chercheurs africains et indiens à toutes les étapes de la R&D sur les vaccins anti-VIH.¹⁵ De nouvelles initiatives du type SORT IT et ADVANCE, appliquées à la recherche scientifique fondamentale et à la recherche clinique sur la tuberculose, contribueraient à garantir la capacité d'innovation à long terme dans tous les domaines de la recherche sur la tuberculose.

13 SORT IT [Site Web]. Genève : Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/tdr/capacity/strengthening/sort/en/>

14 Viney K, Bissell K, Hill P. Building operational research capacity in Papua New Guinea and the Pacific Islands. PHA. 2019;9(S1):S3. doi:10.5888/pha.19.0039

15 Accelerating the development of vaccines and new technologies to combat the AIDS epidemic (ADVANCE). Washington, DC: USAID; 2016. <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/USAID-ADVANCE-Brief2-508.pdf>

Investir dans de nouveaux outils

Besoins de financement de la R&D sur la tuberculose

Les institutions de recherche publiques et les développeurs commerciaux investissent trop peu dans la R&D sur la tuberculose, ce qui ralentit l'avancement des nouveaux outils nécessaires pour mettre fin à la tuberculose. Dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose, les États membres des Nations Unies ont reconnu le « manque de financement suffisant et durable » pour la recherche et l'innovation en matière de tuberculose. En réponse, ils se sont engagés à « mobiliser un financement suffisant et durable, dans le but de porter les investissements globaux à 2 milliards de dollars américains afin de combler le déficit annuel estimé à 1,3 milliard de dollars américains pour la recherche sur la tuberculose ».¹⁶

Le tableau 6.5 indique les besoins annuels de financement pour la R&D de nouveaux médica-

ments, diagnostics et vaccins contre la tuberculose entre 2018 et 2022, et inclut les montants de « rattrapage » calculés sur les déficits de financement de 2016 et 2017. Le financement total prévu pour 2018-2022 est de 6,8 milliards de dollars américains pour le développement de nouveaux médicaments, 916 millions de dollars américains pour les nouveaux diagnostics et 3,1 milliards de dollars américains pour les nouveaux vaccins, pour un total de 10,8 milliards de dollars américains pour la période de cinq ans, soit 2,16 milliards de dollars américains par an. Ces chiffres n'incluent pas les ressources nécessaires pour déployer de nouveaux outils, ni celles pour la recherche scientifique fondamentale ou la recherche opérationnelle nécessaires pour identifier les moyens les plus efficaces de mise en œuvre de nouveaux outils dans divers contextes nationaux.¹⁷

16 Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose. Unis pour éliminer la tuberculose : à urgence mondiale, action mondiale. Résolution A/RES/73/3 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018. <https://www.who.int/tb/unhimonTBDclaration.pdf>

17 Un traitement plus complet des récentes tendances du financement de la R&D sur la tuberculose, y compris l'analyse du financement de la recherche fondamentale, de la recherche opérationnelle et de la recherche sur la tuberculose pédiatrique, se trouve dans les rapports annuels sur les tendances du financement de la recherche sur la tuberculose produits par le Treatment Action Group et le Stop TB Partnership.

TABLEAU 6.5 : BESOINS ANNUELS DE FINANCEMENT POUR LA R&D EN MATIÈRE DE TUBERCULOSE (MILLIONS DE DOLLARS AMÉRICAINS)*

Outil	Total nécessaire 2018–2022	Annualisé (financement annuel)	Écart 2016/2017	Besoin de financement total 2018–2022 + écart
Médicaments	5 710	1 142	1 090	6 800
Diagnostics	806	161	110	916
Vaccins	2 763	553	304	3 067
Total	9 279	1 856	1 504	10 783
Besoin de financement annuel :				2 157

* Ne comprend pas le financement du déploiement

Un cadre de « partage équitable » pour combler le déficit de financement de la R&D pour la tuberculose

Le déficit de financement de la R&D en matière de tuberculose pourrait être rapidement comblé si les pays ayant la plus grande capacité d'investissement et les pays ayant le plus important bénéfice à tirer parti des nouveaux outils de lutte contre la tuberculose consacraient seulement une petite fraction de leurs dépenses intérieures brutes totales de R&D (DIRD) à la tuberculose. En 2017, seuls trois des 32 pays ayant déclaré plus de 100 000 dollars américains consacrés au financement de la R&D pour la tuberculose ; l'Afrique du Sud, la Nouvelle-Zélande et les Philippines, ont couvert leur part du financement de la R&D en matière de tuberculose, représentant 0,1% de leurs DIRD globales.¹⁸ Si 62 pays ; ceux qui composent le G20, plus les pays que l'OMS classe comme présentant une prévalence élevée de tuberculose, ainsi qu'un groupe des pays les plus riches au monde qui ne sont inclus à aucun des autres groupes, consacraient au moins 0,1 % de leurs DIRD à la R&D pour la tuberculose, ils combleraient le déficit de financement annuel de la R&D pour la tuberculose.¹⁹ Ces objectifs de financement équitable sont considérés comme une valeur minimum de ce que les pays devraient investir dans la R&D pour la tuberculose. Le cadre de DIRD est l'une des propositions de l'engagement de la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose de combler le déficit de financement de la R&D pour la tuberculose, « en veillant à ce que tous les pays contribuent de manière appropriée à la R&D ».

Approches de financement innovantes

Conformément à leur engagement, les États membres de l'ONU doivent mobiliser un financement suffisant et durable pour la recherche et l'innovation en matière de tuberculose, en engageant des mécanismes de financement innovants comme l'un des moyens de mobiliser de nouvelles ressources. Le développement de nouvelles sources de financement innovantes est essentiel pour diversifier la base de financement de la R&D pour la tuberculose, car le financement actuellement disponible dépend fortement d'un petit nombre de pays et d'organismes de financement.²⁰

En 2017, Unitaid est devenu le troisième bailleur de fonds multilatéral mondial de R&D pour la tuberculose et le cinquième bailleur de fonds au monde.²¹ Unitaid finance le développement à un stade avancé et s'attaque aux barrières du marché afin d'accélérer l'introduction de nouveaux outils. La principale source de financement d'Unitaid provient d'un mécanisme de financement innovant : une petite taxe appliquée à l'achat des billets d'avion dans 10 pays.²² Les États membres de l'ONU ont également reconnu The Life Prize comme un concept de financement innovant et prometteur pour la R&D en matière de tuberculose.

L'Accelerator for Impact (a4i) de Stop TB Partnership est un fonds d'investissement à impact mixte de financement public destiné à soutenir la prochaine génération d'innovations axées sur les personnes en matière de tuberculose et de santé mondiale.

18 Tendances relatives au financement de la recherche pour la tuberculose 2005-2017. New York : Treatment Action Group ; 2018. <https://bit.ly/2AwvIkz>

19 Investing in R&D to end TB: a global priority. New York: Treatment Action Group; 2017. <https://bit.ly/2XYpLVn>

20 Tuberculosis research funding trends 2005–2017. New York: Treatment Action Group; 2018. <https://bit.ly/3eKk2JB>

21 Ibid

22 Cameroon, Chile, Congo, France, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritius, Niger, Republic of Korea.

LES PRINCIPAUX AXES D'INTERVENTION DU FONDS SONT LES SUIVANTS :

- 1** Faire pivoter le modèle de soins pour le rendre plus numérisé, virtuel et à la demande, afin de faire en sorte qu'il soit aussi pratique que possible pour les utilisateurs d'accéder et de bénéficier de soins de qualité et abordables ;
- 2** Catalyser le déploiement rapide de nouvelles innovations en matière de tuberculose et de santé mondiale ; et
- 3** Débloquer de nouveaux financements et capitaux d'investisseurs publics et privés.

Les mécanismes de financement innovants recèlent un important potentiel inexploité pour faire avancer la R&D en matière de tuberculose. Il appartient désormais aux gouvernements

nationaux, aux institutions multilatérales et aux secteurs philanthropique, privé et financier de s'associer et de proposer de nouvelles solutions qui exploitent ce potentiel.

Le coût de l'inaction : quel est l'impact du manque de financement de la R&D ?

Une façon de conceptualiser l'importance de l'investissement initial dans de nouveaux outils est d'estimer le coût de l'inaction.²³ En d'autres termes, quelles seront les conséquences négatives si le monde ne parvient pas à combler le déficit de financement de la R&D en matière de tuberculose ?

Même en utilisant des hypothèses prudentes (voir ci-dessous), le coût estimé de l'inaction serait énorme (figure 6.4).

23 This inaction is defined as the cost of future TB treatment and lost productivity that would accrue if the world achieved the 2020 milestones of the End TB Strategy by 2022, but failed to make the necessary investments in new tools between 2020 and 2025.

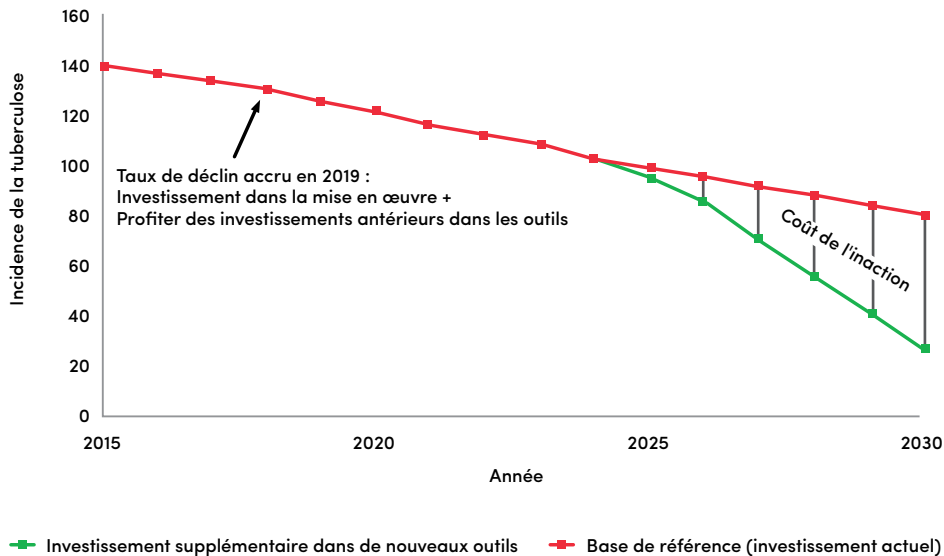
D'ICI 2030, UN RETARD DE CINQ ANS DANS LES INVESTISSEMENTS EN MATIÈRE DE R&D DANS DE NOUVEAUX OUTILS ENTRAÎNERAIT :

- 1** 13,9 millions de personnes supplémentaires contractant la tuberculose
- 2** 2 millions de décès supplémentaires dus à la tuberculose
- 3** 49,8 millions d'années d'EVCI perdues à cause de la tuberculose (75,1 millions sans actualisation)
- 4** 14,2 milliards de dollars américains de coûts supplémentaires pour les traitements anti-tuberculeux à eux seuls (21,6 milliards de dollars américains sans actualisation)
- 5** 172 milliards de dollars américains de perte de productivité (259 milliards de dollars américains sans actualisation).²⁴

24 Each disability-adjusted life year (DALY) is valued at per-capita GNI in this scenario.

Ainsi, le coût total de l'inaction en matière de R&D est estimé à plus de 185 milliards de dollars américains en coûts de traitement supplémentaires et en perte de productivité. Ces coûts devraient encore augmenter après 2030. Même un retard d'un an seulement dans les investissements après 2020 entraînerait un coût gigantesque : 4,8 millions de personnes malades supplémentaires ; 670 000 décès supplémentaires liés à la tuberculose ; 5,1 milliards de dollars américains de coûts supplémentaires de traitement de la tuberculose (7,5 milliards de dollars américains sans actualisation); 17,3 millions d'années d'EVCI supplémentaires perdues à cause de la tuberculose (25,2 millions sans actualisation) ; et 60 milliards de dollars américains supplémentaires (87 milliards de dollars américains sans actualisation) en perte de productivité.

FIGURE 6.4 : PROJECTION DU NOMBRE DE PERSONNES DÉVELOPPANT LA TUBERCULOSE AVEC DE NOUVEAUX OUTILS PAR RAPPORT À SANS NOUVEAUX OUTILS



LE COÛT DE L'INACTION A ÉTÉ CALCULÉ SUR LA BASE DES HYPOTHÈSES SUIVANTES :

- 1** Les baisses annuelles en pourcentage de l'incidence et de la mortalité de la tuberculose, atteintes pour parvenir aux jalons de 2020 d'ici 2022 sans nouveaux outils, se poursuivraient jusqu'en 2030.
- 2** Cinq ans après l'investissement supplémentaire dans de nouveaux outils (en 2020), la baisse de l'incidence et de la mortalité s'intensifierait régulièrement et dans une mesure suffisante pour atteindre les jalons 2030. L'impact des nouveaux outils ne se réaliserait donc que lentement au fil du temps, avec un impact plus important en 2030 qu'en 2025.
- 3** Le coût du traitement antituberculeux n'augmenterait pas au-dessus des niveaux de 2018.
- 4** Un taux d'actualisation annuel de 5 % a été appliqué à tous les coûts et EVCI, réduisant ainsi la valeur des économies futures en termes de coûts et de productivité (bien que les coûts et résultats non actualisés soient également présentés).
- 5** On a supposé que les pertes des services de santé dues à la tuberculose allaient évoluer avec la mortalité due à la tuberculose, et une conversion standardisée a été réalisée, correspondant à 35 années de vie perdues (AVP) suite à un décès par tuberculose et à 0,35 année de vie avec incapacité (AVI) par cas de tuberculose (les ratios estimés par l'Étude mondiale sur la charge de morbidité 2017).²⁵

25 GBD results tool [Data tool]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Plaidoyer pour de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose

Accélérer le rythme de l'innovation en matière de tuberculose va nécessiter un plaidoyer plus efficace et plus coordonné. En utilisant le Plan mondial et la Stratégie mondiale de recherche et d'innovation pour la tuberculose de l'OMS, les défenseurs, y compris les chercheurs travaillant sur la tuberculose, la société civile, les communautés touchées et les survivants, peuvent se rassembler pour plaider en faveur de davantage de ressources et de meilleures politiques nécessaires pour combler le déficit de financement de 1,3 milliard de dollars américains en matière de R&D pour la tuberculose, créer un environnement propice au développement de nouveaux outils, et garantir un accès équitable aux fruits de la recherche et de l'innovation sur la tuberculose.

Le plaidoyer est essentiel pour justifier le bien-fondé de cet argument auprès des gouvernements afin qu'ils s'impliquent plus fortement dans la recherche intrinsèquement risquée et qu'ils orientent les ressources vers les efforts qui ont le plus grand potentiel à mettre fin à l'épidémie dans les pays à prévalence élevée ; à répondre aux besoins des patients et des communautés touchées par la tuberculose ; et à créer des voies

claires et fiables permettant la généralisation de nouveaux outils. Les ministères et les législatures nationales restent les principaux publics cibles du plaidoyer ; les mesures suivantes aideront à favoriser une coalition de plaidoyer en faveur de la recherche sur la tuberculose qui soit mieux préparée à communiquer avec ces entités.

Renforcer les connaissances en matière de recherche au sein des communautés et chez les défenseurs des droits

Tout comme il est essentiel d'offrir un soutien à la prochaine génération de chercheurs, il est important de soutenir les défenseurs de la recherche qui peuvent travailler avec la communauté de chercheurs pour mobiliser des fonds de R&D et aider à créer un environnement propice à l'innovation en matière de tuberculose. Dans le cadre de ce processus, il est essentiel de renforcer les connaissances en matière de recherche des survivants de la tuberculose et des communautés touchées, ainsi que des défenseurs de la santé mondiale. Le renforcement du plaidoyer pour de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose nécessite un partage plus systématique des connaissances, ainsi qu'une coordination entre les communautés de recherche et de plaidoyer en matière de tuberculose. Des opportunités et du matériel de formation au renforcement des connaissances en matière de recherche doivent être fournis à la société civile et aux communautés affectées afin qu'elles soient informées, éduquées et impliquées tout au long du processus de recherche. Les nouvelles études de recherche doivent être régulièrement partagées avec les défenseurs qui peuvent aider à traduire les résultats et les recommandations en messages de plaidoyer, mais également partager des études importantes avec les décideurs et les médias. Les bailleurs de fonds du plaidoyer devraient envisager l'octroi de subventions supplémentaires qui soutiennent la communication stratégique et la formation en plaidoyer pour les chercheurs sur la tuberculose, ainsi que la formation en culture scientifique pour les défenseurs et les survivants de la tuberculose.

Renforcer le rôle de la communauté de chercheurs dans le plaidoyer

Les scientifiques peuvent parler de manière crédible non seulement des nouveaux résultats de la recherche, mais aussi des obstacles et des opportunités auxquels ils sont confrontés

dans l'innovation en matière de tuberculose. Les scientifiques au sein des communautés de pratique devraient travailler ensemble de manière plus proactive, en profitant de forums tels que les groupes de travail sur les nouveaux outils Stop TB Partnership et la structure des membres de L'Union, par exemple, afin de plaider pour le financement de la recherche et pour le changement de politique nécessaire pour créer des environnements propices à la recherche. Avec de plus grands cadres de chercheurs sur la tuberculose qui connaissent bien le plaidoyer, les organisations de plaidoyer peuvent trouver plus d'occasions d'inscrire des chercheurs dans des campagnes de plaidoyer et de sensibilisation auprès des décideurs.

Impliquer les survivants de la tuberculose en tant que partenaires dans le plaidoyer

Le plaidoyer communautaire est devenu un moyen important d'augmenter les investissements dans la recherche scientifique et l'accès à de nouveaux outils, et de faire progresser la promotion des droits de l'homme dans la riposte à la tuberculose, en particulier pour les populations les plus vulnérables, mal desservies et à risque.

Les défenseurs au sein de la communauté jouent un rôle essentiel dans la recherche. Ils sont particulièrement bien placés pour documenter, surveiller et analyser l'intersectionnalité entre les déterminants sociaux de la santé et les réponses efficaces à la tuberculose. Leur implication accrue découle des exigences de la communauté en matière d'autodétermination et de participation significative à la riposte à la tuberculose.

La recherche participative communautaire (CBPR) est un modèle d'implication des défenseurs communautaires dans la recherche. Ce modèle est fondé sur les principes de l'implication communautaire collaborative et équitable dans la recherche et la propriété partagée des questions, processus et produits de la recherche.

Les réseaux communautaires mondiaux (par exemple, Global Coalition of TB Activists,

TBpeople) et les réseaux communautaires régionaux (par exemple, ACT Asia-Pacific!, ACT!, DRAF TB, TBEC, We Are TB) ont doublé depuis 2016. Leur plaidoyer a contribué à garantir les objectifs et les engagements de la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose, y compris les engagements à mobiliser un financement suffisant et durable pour la R&D et à fournir dès que possible des vaccins nouveaux, sûrs, efficaces, équitables, abordables et disponibles ; des diagnostics aux POC et adaptés aux enfants ; des TSM ; et des schémas thérapeutiques plus sûrs, plus courts et plus nombreux pour les adultes, les adolescents et les enfants pour toutes les formes de tuberculose et d'infection. TBpeople s'associe à Stop TB Partnership et à l'Université McGill pour exiger l'innovation en matière de tuberculose, tout en repensant les approches des soins antituberculeux pour tous.

Mobiliser les parlementaires

Les parlementaires (en particulier ceux qui siègent aux commissions compétentes char-

gées de la budgétisation, de la santé, de la réglementation, de la recherche scientifique et technologique, voire de la défense nationale) doivent être mieux informés de la nécessité de nouveaux outils contre la tuberculose et des engagements que leurs gouvernements ont pris pour soutenir la recherche sur la tuberculose par le biais de la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose. Le Global TB Caucus fournit aux communautés de recherche et de plaidoyer en matière de tuberculose un point d'entrée pour l'engagement parlementaire dans plus de 130 pays.

Élargir les efforts de plaidoyer au-delà des ministères de la Santé

Les ministères extérieurs à la santé, y compris les finances, la science et la technologie, les comités du travail et de réglementation, sont essentiels pour créer un espace budgétaire et définir les lois et règlements qui créent un environnement propice à la recherche. Par conséquent, ces acteurs devraient être régulièrement impliqués par les défenseurs.

Appliquer les bonnes pratiques à l'implication communautaire tout au long du processus de R&D

Une implication significative des communautés touchées par la tuberculose est essentielle pour garantir l'accès aux nouveaux outils de lutte contre la tuberculose. Les institutions de recherche devraient appliquer les bonnes pratiques pour impliquer les communautés touchées par la tuberculose dans toutes les activités de recherche, ainsi que dans les organes de décision et les forums. Les Directives éthiques internationales pour la recherche en santé impliquant des êtres humains établissent des principes universels pour impliquer les communautés dans les activités de recherche, recommandant que :

« Les chercheurs, les sponsors, les autorités sanitaires et les institutions concernées doivent impliquer les participants potentiels et les communautés dans un processus participatif significatif qui les fait participer de manière précoce et durable dans la conception, le développement, la mise en œuvre, la conception du processus de

*consentement éclairé et le suivi de la recherche, et dans la diffusion de ses résultats ».*²⁶

²⁶ International ethical guidelines for health-related research involving humans. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences; 2016. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

En ce qui concerne spécifiquement la tuberculose, les institutions de recherche doivent consulter les Lignes directrices sur les bonnes pratiques participatives pour la recherche sur les vaccins antituberculeux et les Lignes directrices sur les bonnes pratiques participatives pour les essais de médicaments antituberculeux, qui aident à faciliter une implication efficace des communautés touchées et des parties prenantes à toutes les étapes du processus de recherche.^{27,28}

La participation des communautés à la recherche répond également à une directive clé du *Guide éthique de l'OMS pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la tuberculose*: « Les membres de la communauté doivent avoir la possibilité de participer à la recherche au-delà de leur rôle en tant que participants potentiels aux essais. Cette participation devrait s'étendre à chaque étape du processus de recherche, depuis la conception et la réalisation des études jusqu'à la diffusion des résultats »²⁹

Les participants de la communauté doivent provenir de la zone géographique où la recherche est menée. Ils peuvent constituer une sous-population parmi les participants recrutés et peuvent inclure des groupes au sein de la société plus large qui ont un intérêt dans les résultats de la recherche. Dans le contexte des zones géographiques, il y a les communautés de personnes touchées par la tuberculose, y compris les personnes atteintes de tuberculose, les survivants de la tuberculose et les représentants des principales populations touchées par la tuberculose, telles que les citoyens pauvres, les sans-papiers, les personnes vivant avec le VIH, les consommateurs de drogues et les détenus. Ces groupes doivent être impliqués et leurs capacités renforcées de façon prioritaire dans tous les aspects des activités de recherche, en veillant à ce que cette implication soit fondée sur les droits de l'homme, sensible au genre et centrée sur les personnes.

27 Good Participatory Practice: guidelines for TB vaccine research. Rockville: AERAS; 2017. http://www.aeras.org/img/uploads/attachments/1015/good_participatory_practice_for_tb_vaccine_research.pdf

28 Good Participatory Practice: guidelines for TB drug trials. Dublin: Critical Path Institute; 2012. <https://www.cptrinitiative.org/downloads/resources/GPP-TB%20Oct1%202012%20FINAL.pdf>

29 Ethics guidance for the implementation of the End TB Strategy. Geneva: World Health Organization; 2017. <https://www.who.int/tb/publications/2017/ethics-guidance/en/>

Les communautés doivent être consultées au début du processus de recherche, avant même qu'une étude ne soit lancée, pour éclairer la conception de la recherche. L'implication communautaire doit ensuite se poursuivre grâce à des modes de communication établis entre les chercheurs et les membres de la communauté.

Il existe plusieurs modèles établis d'implication communautaire efficace dans la recherche sur la tuberculose. L'un des modèles les plus courants implique la création de conseils consultatifs communautaires (CAB, de l'anglais Community Advisory Board) par les réseaux et institutions de recherche. Les CAB s'efforcent de faire en sorte que les voix, les besoins et les priorités de la communauté se reflètent à chaque étape du processus de recherche, de la conception d'études et de la réalisation d'essais à la diffusion des résultats et à la transformation des résultats en changement de politique.³⁰

Impliquer les communautés dans tous les aspects de la R&D crée également de nouveaux groupes de défenseurs informés qui peuvent communiquer efficacement les avantages de la R&D pour la tuberculose aux gouvernements, aux autorités réglementaires, aux bailleurs de fonds et à d'autres institutions. Les personnes touchées par la tuberculose, en particulier les survivants de la tuberculose, doivent être impliquées en tant qu'experts dans ce domaine.

Les communautés touchées par la tuberculose peuvent jouer un rôle clé dans le suivi des résultats de la recherche, contribuant à garantir que les avantages du progrès scientifique sont accessibles à tous, sans stigmatisation ni discrimination, quelle que soit la façon dont ils s'identifient individuellement ou le lieu où ils vivent. Les communautés touchées par la tuberculose peuvent également promouvoir une recherche améliorée sur les succès et les avantages de la prestation de services, de la défense des droits et du suivi de la tuberculose au niveau communautaire.

30 DeLuca A, Lessem E, Wegener D, et al. The evolving role of tuberculosis advocacy. *Lancet Respir Med.* 2014;2(4):258–9. doi:10.1016/S2213-2600(14)70035-9

DÉPLOIEMENT ET OPTIMISATION DE L'ACCÈS AUX NOUVEAUX OUTILS DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

La moindre perte de temps entre l'obtention d'un permis pour un nouvel outil et son acheminement vers des personnes dans le besoin entraîne des souffrances et des pertes de vie inutiles. Grâce à une bonne planification et à une approche stratégique fondée sur des données factuelles pour l'accès et l'optimisation de l'utilisation, les pays peuvent tirer le meilleur parti et bénéficier de l'utilisation de nouveaux outils. La section suivante présente les activités que les gouvernements nationaux doivent entreprendre pour élargir l'accès et comprendre les moyens les plus efficaces de déployer de nouveaux outils au sein du système de santé.

Application des principes d'accès à la livraison de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose

La Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels défendent le droit des personnes à bénéficier des avantages du progrès scientifique et de ses applications. Conformément à ces droits, l'accessibilité des nouveaux outils de lutte contre la tuberculose doit être envisagée dès le début du processus de R&D.

L'accessibilité des nouveaux outils est intimement liée à la façon dont la R&D est financée et menée, y compris les stratégies d'incitation, les politiques des commanditaires de recherche, la gouvernance des institutions de recherche, et les valeurs, normes et standards qui guident la R&D. Comme l'indique la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose, la R&D sur la tuberculose doit être « fondée sur les besoins, basée sur des données factuelles et guidée par les principes d'abordabilité, d'efficacité, d'efficacité et d'équité ». ³¹ Ces principes doivent guider la R&D dès le début du processus.

Bien que des progrès importants aient été réalisés, la R&D sur la tuberculose est sous-financée

depuis longtemps. Étant donné l'importance de la tuberculose pour la santé publique en tant que maladie transmissible par voie aérienne responsable de plus de décès que tout autre agent infectieux unique, pour laquelle la discrimination est à la fois une cause et une conséquence de la maladie, et pour laquelle un grand nombre de personnes dans les populations pauvres et marginalisées sont principalement affectées, les États ont l'obligation de promouvoir le développement de nouveaux diagnostics, schémas thérapeutiques et vaccins, y compris par le biais d'une solide coopération internationale, et de garantir l'accès pour tous. ³²

³¹ Political Declaration of the High-Level Meeting of the United Nations General Assembly on the Fight Against Tuberculosis. Unis pour éliminer la tuberculose : à urgence mondiale, action mondiale. Résolution A/RES/73/3 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018. New York: United Nations General Assembly; 2018. <https://www.who.int/tb/unhimonTBDDeclaration.pdf>

³² 26 World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. The right to health: Factsheet No. 31. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2008. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a défini le droit à la santé comme incluant la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des biens et services liés à la santé, lorsque :

- ✦ la disponibilité nécessite la mise à disposition de biens et services de santé en quantité suffisante ;
- ✦ l'accessibilité implique quatre éléments, qui nécessitent tous de prêter attention à leur impact sur les populations clés : la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'abordabilité et l'accès à l'information ;
- ✦ l'acceptabilité exige que tous les établissements, biens et services de santé soient respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriés, sensibles aux exigences du sexe et du cycle de vie, mais également conçus pour respecter la confi-

dentialité tout en améliorant l'état de santé des personnes ;

- ✦ la qualité exige que les biens et services soient scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.³³

33 General comment no. 14, The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Geneva: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIFivfP-MJ2c7ey6PAz2qaojTzDjmCOy%2B9t%2BsAtGDNzdEqA6SuP2rQw%2F6sVBGTpvTSCbiOr4XVFTqhQY65auTFbQRPWNDxL>

Il est essentiel que toutes les parties prenantes impliquées dans la promotion et la réalisation de la R&D en matière de tuberculose conçoivent et mettent en œuvre leurs activités de manière à respecter, protéger et garantir ces principes fondés sur les droits à chaque étape du processus de R&D, y compris la livraison de nouveaux outils.

ENCADRÉ 6.5 :

VEILLER À CE QUE LES PAYS SOIENT PRÊTS À METTRE À DISPOSITION DE NOUVEAUX VACCINS ANTITUBERCULEUX POUR ADOLESCENTS ET ADULTES

Les nouveaux vaccins antituberculeux mis au point pour les adolescents et les adultes devraient très probablement être les outils qui auront l'impact le plus important sur l'épidémie mondiale. Mais l'accès à ces vaccins reste un défi majeur. À défaut d'une planification et d'investissements adéquats, la mise en œuvre des nouvelles campagnes et des nouveaux programmes qui seraient nécessaires pour déployer un nouveau vaccin antituberculeux pourrait prendre des décennies. Quant aux défis liés à la vaccination généralisée des adolescents et des adultes, ils restent complexes.

L'évaluation et la correction des lacunes dans les programmes et les systèmes qui pourraient entraver le déploiement d'un nouveau vaccin nécessitent une recherche opérationnelle complète « d'accès stratégique ». Les différents aspects de cette recherche comprennent l'évaluation du coût des marchandises, des critères de prix, de la rentabilité des TPP, de l'état de préparation des vaccins par pays et du paysage vaccinal. Il sera également important de comprendre l'adéquation programmatique pour la préqualification (PSPQ) au début du processus de

développement, afin que les produits sous licence soient susceptibles d'être préapprouvés pour l'achat par des institutions multilatérales comme Gavi et l'UNICEF.

Il sera également important d'identifier et de plaider pour des approches programmatiques qui pourraient atteindre au mieux les adolescents et les adultes, telles que l'administration potentielle d'un vaccin contre la tuberculose via la même plate-forme que celle utilisée pour l'administration du vaccin contre le papillomavirus humain aux jeunes adolescents, et conformément à une vision axée sur tout le cycle de la vie pour l'avenir des programmes de vaccination.

L'accès mondial aux nouveaux vaccins antituberculeux doit intégrer les données probantes, la technologie, les stratégies, le financement et la politique, les utilisateurs finaux, les communautés, les médecins et les PNLT participant activement au processus. Ces activités contribueront à assurer l'alignement et la transition en douceur des nouveaux vaccins, de la R&D vers les marchés mondiaux, afin de générer un bénéfice maximum pour les individus et d'optimiser l'impact sur l'épidémie.

Élargir l'utilisation de la recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle implique un large éventail d'activités de recherche qui est utilisé pour étudier les stratégies, les interventions, les outils et les connaissances qui peuvent améliorer les performances des systèmes et programmes de santé.³⁴ Malgré des améliorations au cours des dernières années, d'importantes lacunes de mise en œuvre subsistent dans la prestation de soins antituberculeux de qualité garantie et centrés sur la personne. Le renforcement des capacités nationales en matière de recherche opérationnelle est essentiel pour combler ces lacunes et atteindre l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement de la tuberculose. La recherche opérationnelle est également nécessaire pour comprendre comment introduire et développer au mieux de nouveaux outils au sein de diverses populations, et comment combiner au mieux les soins médicaux avec le soutien des services sociaux, afin d'obtenir les meilleurs résultats de traitement et de mieux répondre aux facteurs sous-jacents qui exposent les personnes et les communautés au risque de tuberculose.³⁵

Les commanditaires de recherches doivent allouer un financement spécifique à la recherche opérationnelle, en l'orientant en priorité vers des initiatives

qui constitueront la base factuelle pour combler les lacunes de mise en œuvre dans les LMIC.

Pour être durable, la capacité de recherche opérationnelle doit être intégrée plus systématiquement aux PNLT, les ressources étant allouées dans les budgets annuels.

34 Zachariah R, Harries AD, Ishikawa N, et al. Operational research in low-income countries: what, why, and how? *Lancet Infect Dis* 2009;9(11):711–7. doi:10.1016/S1473-3099(09)70229-4

35 Global strategy for TB research and innovation. Geneva: World Health Organization; in press.

LES PRIORITÉS CLÉS DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE INCLUENT :

PRIORITÉ CLÉ 1

comprendre la façon dont les outils de lutte contre la tuberculose sont utilisés dans les contextes locaux, éclairant ainsi la planification à un stade précoce de l'introduction de nouveaux outils afin de réduire les délais entre l'homologation et l'utilisation effective ;

PRIORITÉ CLÉ 2

comprendre comment effectuer le dépistage actif le plus efficacement possible, une approche par laquelle les systèmes de santé atteignent de manière proactive les personnes à risque de tuberculose et veillent à ce que les personnes bénéficient d'un dépistage, d'un diagnostic, ainsi que de soins et d'un soutien appropriés ;

PRIORITÉ CLÉ 3

améliorer l'accès au traitement, aux soins et au soutien psychosocial, notamment en évaluant, en surveillant et en surmontant les barrières sociales, juridiques, politiques et économiques à l'accès, pour les cas de DS-TB et DR-TB ;

PRIORITÉ CLÉ 4

comprendre de quelle façon les secteurs public et privé peuvent se coordonner et collaborer pour améliorer tous les aspects de l'accès et de la prestation des soins et du soutien antituberculeux ;

PRIORITÉ CLÉ 5

optimiser le contrôle des infections tuberculeuses afin de réduire la transmission ;

PRIORITÉ CLÉ 6

améliorer les méthodes de surveillance, de suivi et d'évaluation de la maladie des programmes de lutte contre la tuberculose ;³⁶

PRIORITÉ CLÉ 7

comprendre le rôle que les communautés touchées par la tuberculose et les survivants de la tuberculose peuvent jouer tout au long de la cascade de soins antituberculeux et au-delà, y compris dans la prestation de services antituberculeux.

36 Global investments in tuberculosis research and development: past, present and future. Geneva: World Health Organization; 2017. <https://bit.ly/3eOLwOu>

Santé numérique et médecine de précision

Les solutions de santé numériques ont le potentiel d'améliorer le soutien au traitement et la qualité des soins antituberculeux, tout en réduisant les coûts et en garantissant la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité pour tous des services et soins antituberculeux de qualité garantie. L'accès à Internet et aux smartphones est encore relativement limité dans de nombreuses régions où la prévalence de tuberculose est élevée, mais les téléphones mobiles avec fonction SMS sont courants.³⁷ De nouveaux outils numériques peuvent aider à améliorer l'observance et le soutien du traitement antituberculeux d'une manière qui est moins contraignante pour les personnes atteintes de tuberculose, et impliquer les communautés affectées dans la surveillance de la riposte à la tuberculose.

Au niveau des systèmes, de nouveaux outils numériques, tels que la plate-forme indienne Nikshay, peuvent aider à améliorer les systèmes d'enregistrement et de tenue des dossiers des patients, les commandes de tests de laboratoire, la surveillance épidémiologique et le transfert des soins aux patients d'un prestataire de santé à un autre, entre autres fonctions. D'autres applications numériques peuvent aider à améliorer la prévision des médicaments et fournir une éducation en ligne aux professionnels de la santé, aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés touchées par la tuberculose.³⁸

Le potentiel d'amélioration des soins antituberculeux grâce à la technologie numérique, lorsque cette dernière est utilisée dans le contexte de soins et de soutien complets, est encore largement inexploité. Cependant, l'outil numérique Onelmpact de Stop TB Partnership facilite la surveillance à base communautaire (SBC) en invitant les personnes touchées par la tuberculose à signaler les obstacles qu'elles rencontrent en termes d'accès à des soins et services de soutien en matière de tuberculose qui sont à la fois de qualité et opportuns, afin de renforcer le système d'évaluation et de surveillance, ainsi que la réponse aux besoins des populations. Pour promouvoir l'intensification

des outils numériques pour les soins antituberculeux, l'OMS a récemment travaillé à la collecte de données probantes à partir de projets pilotes sur la santé numérique, à l'élaboration de TPP pour des outils numériques, et à la fourniture de recommandations sur la meilleure façon de mettre en œuvre et de payer des outils de santé numériques visant à éliminer la tuberculose.^{39,40}

La médecine de précision peut également aider à améliorer à la fois le traitement clinique et les soins aux individus, ainsi que la réponse de santé publique à la tuberculose. De nouvelles avancées dans le séquençage et l'interprétation du génome entier ont le potentiel de remplacer à terme le TSM traditionnel, qui ne teste qu'un nombre limité de mutations de résistance et nécessite plusieurs semaines pour produire des résultats. L'interprétation peut être facilitée par des systèmes d'aide à la décision clinique ; des systèmes informatiques qui aident les cliniciens de plusieurs façons, afin de fournir des soins optimisés aux individus en fonction de leurs besoins spécifiques.⁴¹

L'intelligence artificielle (IA) n'est pas nouvelle, mais elle a gagné du terrain dans les soins de santé au cours de la dernière décennie, en

37 Yoeli E, Rathauer J, Bhanot S, et al. Digital health support in treatment for tuberculosis. *N Eng J Med*. 2019;381:986–87. doi:10.1056/NEJMc1806550

38 La santé numérique dans la riposte à la tuberculose: intensifier la riposte à la tuberculose grâce aux technologies de l'information et de la communication. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2015. <http://www9.who.int/tb/publications/eHealth-tb/en/>

39 Digital health in TB care and control [Website]. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/en/>

40 Handbook for the use of digital technologies to support tuberculosis medication adherence. Geneva: World Health Organization; 2018. https://www.who.int/tb/publications/2018/TB_medication_adherence_handbook_2018/en/

41 Temesgen Z, Cirillo D, Raviglione M. Precision medicine and public health interventions: tuberculosis as a model? *Lancet Pub Health*. 2019;4(8):e374. doi:10.1016/S2468-2667(19)30130-6

partie grâce aux progrès en termes de réseaux neuronaux d'apprentissage en profondeur. Les réseaux de neurones sont utilisés avec beaucoup de succès pour la reconnaissance vocale et sont de plus en plus utilisés dans le domaine des soins de santé pour différentes applications dans la reconnaissance d'images. L'IA pour la reconnaissance d'images à un certain nombre d'applications potentielles en matière de tuberculose, en particulier pour la lecture des radiographies pulmonaires et dans d'autres domaines où la lecture est effectuée par l'homme. TB REACH a soutenu un nombre important des premières études utilisant l'IA pour lire les radiographies pulmonaires. Les développements récents incluent une étude publiée examinant plusieurs applications de lecture d'apprentissage en profondeur sur plusieurs sites.⁴² Cette étude a montré que trois applications d'apprentissage en profondeur ont surpassé les lecteurs humains expérimentés. L'utilisation de l'IA pour lire les radiographies thoraciques présente de nombreux avantages, notamment la possibilité de nor-

maliser la notation, les économies sur les coûts des tests GeneXpert et une détection améliorée lors de l'utilisation des radiographies thoraciques comme test de triage. L'utilisation de l'IA pour lire les radiographies pulmonaires peut être particulièrement utile dans les endroits où il y a un manque de lecteurs humains formés et des débits de dépistage élevés.

L'IA peut également aider à classer d'autres données, y compris des sons. Des applications supplémentaires de l'IA qui pourraient aider à lutter contre la tuberculose sont en cours de développement, notamment des moniteurs de toux électriques à distance, la lecture automatisée des examens microscopiques et l'utilisation de l'IA pour identifier les « zones sensibles » des campagnes de dépistage de la tuberculose ou pour aider les agents de santé à reconnaître les personnes bénéficiant d'un traitement antituberculeux qui peuvent avoir besoin d'une attention et d'un soutien spécialisés. La grande quantité de données générées par les programmes de lutte contre la tuberculose aidera au développement de nouvelles applications et utilisations de l'IA dans la riposte à la tuberculose.

42 Qin ZZ, Sander MS, Rai B, et al. Using artificial intelligence to read chest radiographs for tuberculosis detection: a multi-site evaluation of the diagnostic accuracy of three deep learning systems. Scientific Reports. 2019;9:15000. doi:10.1038/s41598-019-51503-3

TABLEAU 6.6 : SYNTHÈSE DES PROFILS DE PRODUITS CIBLES POUR LES OUTILS NUMÉRIQUES EN MATIÈRE DE TUBERCULOSE¹

Fonction	TPP : brève description
Prise en charge des patients	1. Technologie d'observation vidéo du traitement (VOT) via des dispositifs mobiles
	2. Portail de cybersanté pour les patients tuberculeux
Suivi et surveillance	3. Tableaux de bord graphiques pour la tuberculose
	4. Notification électronique de la tuberculose
	5. ePV pour la tuberculose
Systèmes d'information de laboratoire	6. Connectivité du dispositif de diagnostic de la tuberculose
Apprentissage en ligne	7. Plateforme d'information des patients sur la tuberculose et le sevrage tabagique
	8. Formation en ligne pour les professionnels de la santé sur la tuberculose et le sevrage tabagique
	9. Systèmes d'aide à la décision clinique pour la tuberculose et les soins liés au tabac

1 Profils de produits cibles et produits de santé numérique prioritaires pour la tuberculose [site Web en anglais]. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/target-product-profiles/en/>

Alors que les applications des outils de santé numériques continuent de se développer, que l'accès aux technologies de l'information et des communications continue de croître dans les LMIC et que l'IA devient plus performante, la recherche opérationnelle continuera d'être essentielle afin de comprendre comment appliquer au mieux les outils numériques pour soutenir les personnes atteintes de tuberculose et améliorer la qualité des soins. On craint toujours que la technologie numérique ait le potentiel de remplacer le contact humain, voire d'être détournée pour des utilisations qui outrepassent les objectifs d'amélioration du soutien et de la qualité des soins en violant les droits des personnes à la vie privée et à l'autonomie. Par conséquent, il restera essentiel de rechercher les contributions des personnes atteintes de tuberculose et des survivants de la tuberculose via la conception d'applications de santé numériques. Le respect des normes éthiques restera également essentiel dans le cadre de la réflexion sur les questions de confidentialité, de surveillance, de responsabilité, de confiance du public, de gouvernance et de gestion des données dans l'application des outils de santé numériques.

ENCADRÉ 6.6 :

PROJETS DE DAT (TECHNOLOGIE NUMÉRIQUE DE SUIVI DU TRAITEMENT) DE TB REACH

Dans Wave 6, TB REACH, avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, a financé 13 projets axés sur l'utilisation des technologies numériques de suivi du traitement (DAT) pour améliorer le soutien aux traitements et renforcer les résultats de ces derniers. Ces projets sont mis en œuvre dans 12 pays, soutenant diverses populations et différents environnements, et utilisant divers outils de DAT tels que 99DOTS, evriMED, SureAdhere (technologie d'observation vidéo ou VOT, de l'anglais Video Observed Technology) et d'autres technologies développées localement. Les 13 projets de DAT de TB REACH offrent une occasion unique de comprendre l'utilisation et la mise en œuvre des DAT dans le traitement de la tuberculose à travers différents paramètres et contextes. Les leçons tirées de ces projets contribueront à combler l'absence mondiale de données probantes dans la compréhension de l'impact de ces outils sur les résultats du traitement, ainsi que les défis et opportunités liés à leur utilisation chez les personnes atteintes de tuberculose, les prestataires de soins de santé et les programmes antituberculeux.

De plus amples informations sont disponibles ici :

<http://www.stoptb.org/global/awards/tbreach/wave-6DAT.asp>





7.LES BESOINS EN RESSOURCES



RÉSUMÉ

Des investissements accrus dans la tuberculose restent nécessaires de toute urgence. En remplissant leurs engagements de l'UN HLM sur la tuberculose à investir au moins 13 milliards de dollars par an dans la prévention et les soins de la tuberculose, et à augmenter le financement de la R&D sur la tuberculose à hauteur de plus de 2 milliards de dollars par an, les gouvernements peuvent mettre le monde sur la bonne voie pour éliminer la tuberculose.

EN FINANÇANT LE SCÉNARIO D'INVESTISSEMENT DU PLAN MONDIAL (2018-2022) :

- 1** Les pays atteindront les objectifs de traitement de l'UN HLM fixés pour 2022.
- 2** Les jalons 2020 de la stratégie « Éliminer la tuberculose » seront atteints un an plus tard, en 2021.
- 3** Le monde sera sur la bonne voie pour atteindre les jalons de 2025.
- 4** De nouveaux outils issus de la R&D se profileront pour la bataille d'éradication finale de la tuberculose d'ici 2030.

Financement de la prévention et des soins de la tuberculose: le retour sur investissement (RSI) dans la prévention et les soins de la tuberculose est de 44 dollars américains pour chaque dollar dépensé. La satisfaction de l'ensemble des besoins en ressources pour les soins et la prévention de la tuberculose pour 2018-2022 permettra à 40 millions de personnes de recevoir un traitement contre la tuberculose, dont 3,5 millions d'enfants et 1,5 million de personnes atteintes de DR-TB, et à plus de 30 millions de personnes de recevoir un traitement préventif contre la tuberculose. Ceci permettra une réduction d'1,5 million du nombre de décès dus à la tuberculose et un gain de 48 millions d'années d'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI).

Financement de la R&D TB de nouveaux outils : le fait de disposer de nouveaux outils est essentiel pour mettre fin à la tuberculose. Le fait de répondre pleinement aux besoins en ressources en matière de R&D en lien avec la tuberculose

conduira au développement de nouveaux diagnostics, de nouveaux médicaments et de vaccins efficaces nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose. Un retard de 5 ans dans l'augmentation du financement de la R&D sur la tuberculose (le coût de l'inaction) entraînerait la mort d'environ 2 millions de personnes supplémentaires et le développement de la tuberculose chez 13,9 millions de personnes supplémentaires. (Voir le chapitre 6 pour une discussion plus détaillée sur le coût de l'inaction.)

Alors que l'essentiel de ces investissements devraient provenir de ressources nationales et de donateurs internationaux, la mobilisation de sources de financement alternatives ; financement du secteur privé, financement mixte, rachats de prêts, assurance maladie sociale, philanthropie de particuliers fortunés, obligations à impact social, microprélèvements ou taxes et fiducies de donateurs, pourrait accélérer considérablement le rythme de l'intensification.

MESURES PRIORITAIRES

Les mesures prioritaires suivantes doivent être prises pour combler le déficit de financement en matière de prévention et de soins de la tuberculose.

Gouvernements :

- ✦ Les chefs d'État et de gouvernement de tous les pays à prévalence élevée de tuberculose doivent mobiliser une augmentation du financement national pour la lutte contre la tuberculose.
- ✦ Les BRICS et les pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure, devraient accroître leurs ressources nationales de lutte contre la tuberculose afin de répondre pleinement aux besoins de financement accrus nécessaires pour atteindre les objectifs de traitement de l'UN HLM.
- ✦ Après la reconstitution complète du Fonds mondial, les gouvernements doivent utiliser tous les outils disponibles pour maximiser les fonds pour la lutte contre la tuberculose provenant du Fonds mondial afin d'atteindre les objectifs ambitieux de l'UN HLM, notamment le décaissement complet des allocations nationales, l'expansion du financement catalytique et la priorité accordée à l'optimisation de portefeuille.
- ✦ Les pays doivent envisager de financer une partie de l'expansion des services antituberculeux en réalisant des économies dans les budgets alloués à la tuberculose existants : en décentralisant les soins antituberculeux, en réduisant fortement le nombre de personnes atteintes de tuberculose hospitalisées et en réduisant les délais d'hospitalisation. Rechercher des moyens d'améliorer l'efficacité de la mise en œuvre des programmes de lutte contre la tuberculose sans réduire la qualité.
- ✦ Des financements extérieurs supplémentaires doivent être mobilisés et mis à la disposition des pays à faible revenu et de certains pays à

revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui disposent d'un espace budgétaire limité pour augmenter leur budget intérieur.

- ✦ Les gouvernements devraient élaborer des cas d'investissement pour la tuberculose au niveau des pays en utilisant la modélisation et les projections de coûts pour éclairer les plans stratégiques nationaux, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et l'allocation des ressources.
- ✦ Les PNLT et les partenaires doivent exploiter tout le potentiel des régimes d'assurance maladie sociale, des financements innovants et des financements d'impact pour la tuberculose.

Partenaires de développement :

- ✦ La Banque mondiale et les autres banques de développement doivent veiller à ce que tous les instruments disponibles pour les prêts et les subventions aux pays à prévalence élevée de tuberculose soient pris en compte lors des négociations sur les accords de crédit, afin de mettre à disposition des fonds pour la tuberculose, y compris des mécanismes de financement mixtes et des rachats de prêts.
- ✦ Les partenaires et les défenseurs devraient collaborer avec les pays d'importance stratégique à revenu intermédiaire et à prévalence élevée pour doubler ou tripler leurs budgets nationaux de lutte contre la tuberculose.

Pour combler le déficit de financement de la R&D en matière de tuberculose, il convient de prendre les mesures d'urgence suivantes :

- ⊕ La communauté internationale doit reconnaître que le financement de la R&D en matière de tuberculose est une responsabilité partagée. Les pays devraient contribuer au minimum à hauteur de 0,1 % de leur DIRD à la tuberculose.
- ⊕ Les pays BRICS, qui abritent la moitié de la population mondiale atteinte de tuberculose et disposent d'une forte capacité en R&D, devraient augmenter considérablement leur financement pour la R&D sur la tuberculose.
- ⊕ Accroître le soutien à la R&D sur la tuberculose grâce à des mécanismes de financement communs tels que le Partenariat pour les essais cliniques des pays européens et en développement et le Fonds mondial pour les technologies innovantes en santé.
- ⊕ Des mécanismes de financement innovants, des financements du secteur privé et des mécanismes de financement de démarrage doivent être engagés pour promouvoir et financer le développement de nouveaux outils.

Exigences d'investissement pour atteindre les objectifs de l'UN HLM

Une augmentation significative des ressources tant pour les interventions actuelles que pour le développement de nouveaux outils est nécessaire pour atteindre les objectifs que les gouvernements se sont engagés à atteindre lors de l'UN HLM sur la tuberculose. Le retour sur investissement sera spectaculaire, tant sur le plan humain qu'économique.

Entre 2018 et 2022, un total de 77,8 milliards de dollars américains est nécessaire, selon la répartition suivante :

- ✦ Un total de 65 milliards de dollars américains est nécessaire pour assurer la prévention et les soins de la tuberculose.
- ✦ Un total de 12,8 milliards de dollars américains est nécessaire pour la R&D de nouveaux outils et la recherche scientifique fondamentale, répartis comme suit :
 - au moins 10,8 milliards de dollars américains nécessaires pour la R&D de nouveaux

diagnostics de la tuberculose, de nouveaux médicaments et d'au moins un vaccin, à hauteur de 2,16 milliards de dollars américains par an en moyenne ; et

- un total de 2 milliards de dollars américains nécessaires pour la recherche scientifique fondamentale liée à la tuberculose, soit en moyenne 400 millions de dollars américains par an.

Les détails du financement de la prévention et des soins de la tuberculose sont présentés ci-dessous. Les détails du financement de la recherche sont présentés au chapitre 6.

FIGURE 7.1 : BESOINS EN RESSOURCES POUR LA PRÉVENTION ET LES SOINS DE LA TB AU NIVEAU MONDIAL (MILLIARDS DE DOLLARS US)

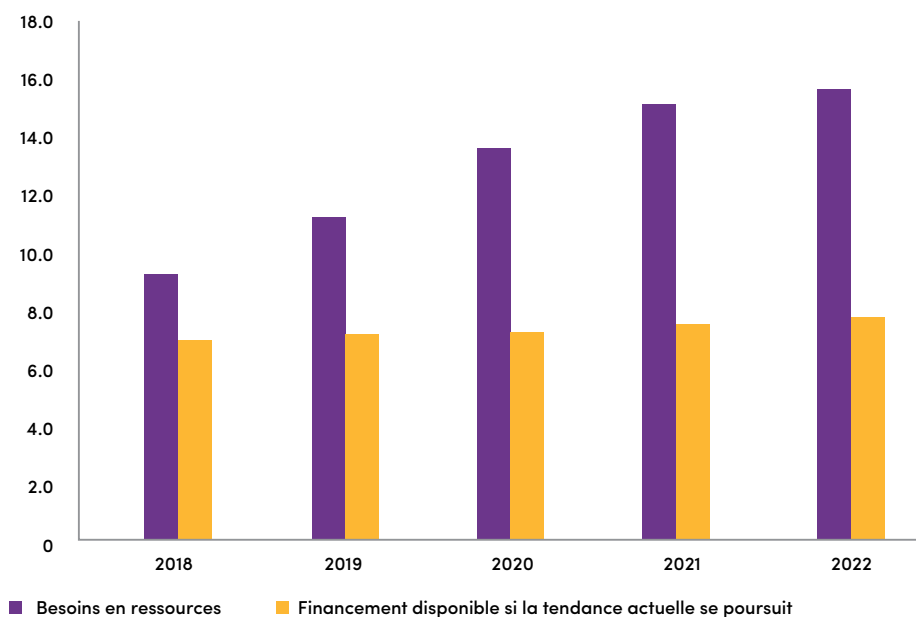


TABLEAU 7.1 : BESOINS EN RESSOURCES POUR LA PRÉVENTION ET LES SOINS EN MATIÈRE DE TUBERCULOSE (MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS)

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
TOTAL MONDIAL						
Total (mondial, y compris les pays de l'OCDE)	9,24	11,18	13,64	15,15	15,61	64,82
Total (mondial, à l'exclusion des pays de l'OCDE)	8,54	10,48	12,97	14,51	15,00	61,50
RÉPARTITION PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	0,87	1,13	1,60	1,85	1,95	7,38
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	3,20	4,35	5,88	6,86	7,19	27,48
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	4,51	5,05	5,55	5,86	5,92	26,90
Revenu élevé	0,66	0,65	0,61	0,58	0,55	3,05
PAYS ADMISSIBLES AU FONDS MONDIAL, PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	0,87	1,13	1,60	1,85	1,95	7,38
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	3,20	4,35	5,87	6,85	7,19	27,46
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	1,57	1,82	1,96	2,00	2,04	9,39
Total	5,64	7,30	9,43	10,70	11,17	44,24
CONTEXTES DE PAYS DANS LE PLAN MONDIAL						
Prévalence de TB-MR élevée	2,53	2,74	2,97	3,16	3,21	14,60
Prévalence de TB/VIH élevée, CDAA	0,86	1,09	1,37	1,50	1,56	6,38
Prévalence de TB/VIH élevée, non CDAA	0,84	1,20	1,90	2,23	2,33	8,49
Prévalence modérée, COE	0,31	0,42	0,62	0,73	0,77	2,84
Prévalence élevée, secteur privé	1,15	1,66	2,32	2,80	3,01	10,94
Prévalence modérée, revenu intermédiaire	0,89	1,03	1,12	1,16	1,15	5,34
Inde	0,88	1,14	1,31	1,45	1,50	6,27
Chine	1,02	1,13	1,25	1,33	1,31	6,04
Prévalence faible, revenu élevé	0,77	0,79	0,79	0,79	0,76	3,91
CONTEXTES DE PAYS DANS LE PLAN MONDIAL						
EMR	0,28	0,43	0,75	0,97	1,06	3,49
AFR	1,97	2,65	3,79	4,35	4,55	17,30
AMR	0,71	0,82	0,88	0,91	0,91	4,23
EUR	2,85	3,05	3,27	3,44	3,48	16,10
WPR	1,86	2,09	2,39	2,58	2,58	11,50
SEAR	1,56	2,14	2,56	2,89	3,04	12,20
BRICS (BRA, CHN, IND, RUS, ZAF)						
Total	3,96	4,60	5,18	5,60	5,71	25,05

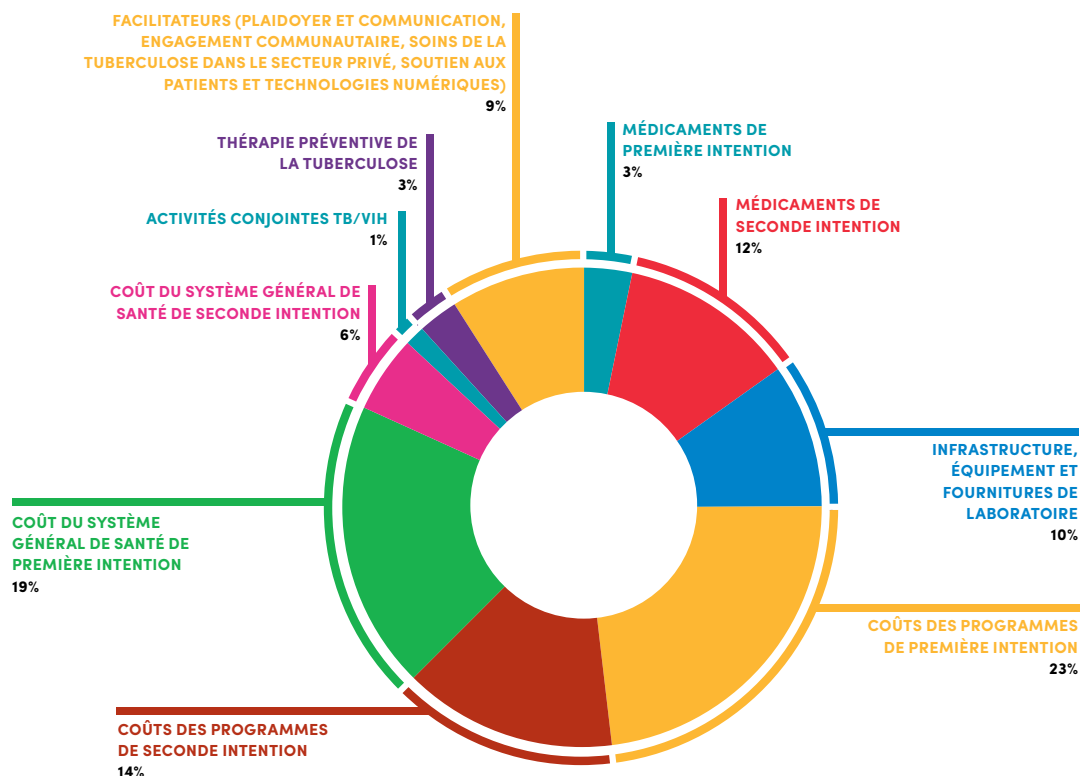
Le graphique (figure 7.1) montre les besoins en ressources au niveau mondial pour la prévention et les soins de la tuberculose, le financement disponible si la tendance actuelle de financement se poursuit sans autre augmentation, et le déficit de financement qui en résulte.

Le tableau 7.1 montre les besoins annuels en ressources (2018–2022) pour la prévention et les soins de la tuberculose afin d'atteindre les objectifs de traitement de l'UN HLM pour 2022 et de mettre le monde sur la bonne voie pour éliminer la tubercu-

lose. Les besoins en ressources sont indiqués pour le monde dans son ensemble, ainsi que pour différents groupes de pays. Les besoins mondiaux en ressources sont répartis comme suit : 61 milliards de dollars américains sont nécessaires dans les pays non membres de l'OCDE, tandis que 44 milliards de dollars américains sont nécessaires dans les pays éligibles au financement du Fonds mondial sur la période 2018–2022. Les besoins en ressources pour chaque pays sont disponibles ici

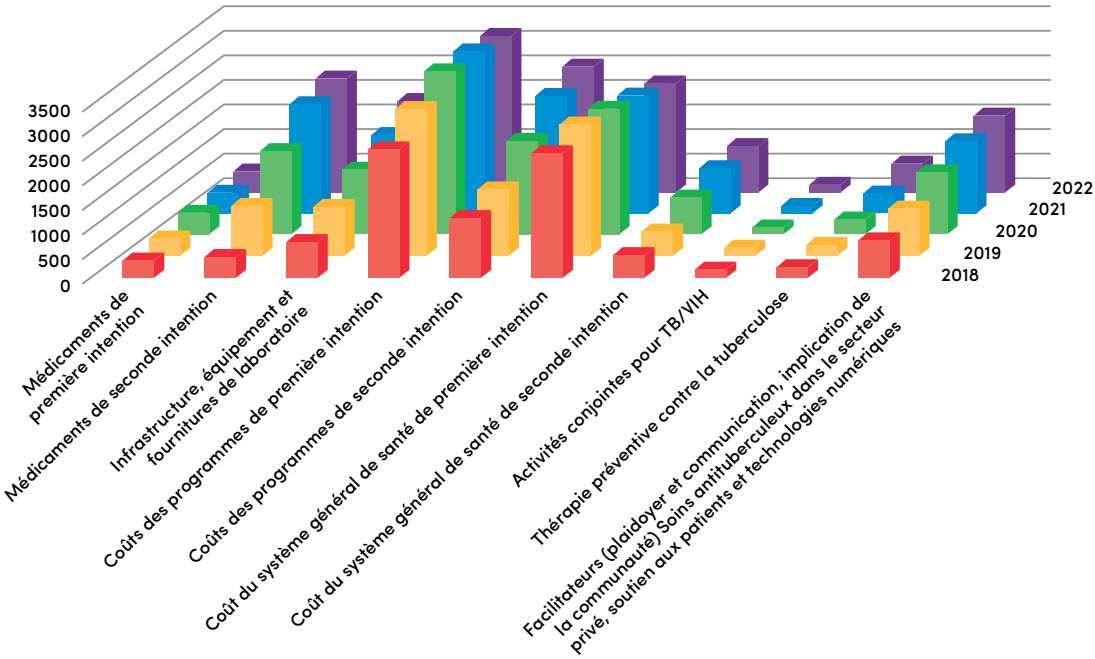
(<http://stoptb.org/resources/countrytargets/>).

FIGURE 7.2 : CATÉGORIES DE COÛTS DES BESOINS DE FINANCEMENT POUR LA PRÉVENTION ET LES SOINS DE LA TUBERCULOSE, 2018-2022



Le graphique (figure 7.2) montre la ventilation des besoins totaux de financement pour la prévention et les soins de la tuberculose pour 2018–2022 par catégorie de coûts, et le graphique (figure 7.3) montre les catégories de coûts par année.

FIGURE 7.3 : CATÉGORIES DE COÛTS DES BESOINS DE FINANCEMENT POUR 2018-2022, EN MILLIONS DE DOLLARS AMÉRICAINS



Les coûts des programmes de première intention comprennent la gestion et la supervision, les ressources humaines des programmes de lutte contre la tuberculose, la formation, l'élaboration de politiques, les réunions, l'achat de matériel/véhicules de bureau, la construction de bâtiments pour les PNL, la surveillance de routine, le plaidoyer et les communications, les activités de PPM, l'engagement communautaire, la recherche active de cas, le contrôle des infections, et la gestion de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments antituberculeux.

Les coûts des programmes de deuxième intention comprennent la gestion des services de DR-TB, la rénovation des pavillons réservés à la TB-MR, les activités liées au Comité Feu Vert, la perte de suivi et recherche de contacts, et les soins palliatifs.

Les catégories de coûts du système de santé général (de première et de deuxième intentions) comprennent les consultations ambulatoires à

l'hôpital, les coûts d'hospitalisation et de soins ambulatoires, ainsi que les coûts de distribution liés aux produits antituberculeux. Souvent, ces coûts ne sont pas inclus dans les budgets des PNL, mais sont couverts par les budgets du système de santé.

La collaboration TB/VIH comprend les organes de coordination TB/VIH, la formation et la planification conjointes, le dépistage du VIH pour les personnes atteintes de tuberculose, ainsi que l'information et l'éducation conjointes TB/VIH.

La catégorie de coût Traitement préventif de la tuberculose comprend les médicaments pour toutes les personnes sous traitement préventif, mais les tests de dépistage de l'infection tuberculeuse ne concernent qu'une partie des contacts de plus de 5 ans d'âge. On suppose que les anciens schémas thérapeutiques à base d'isoniazide seront progressivement remplacés par de nouveaux schémas thérapeutiques à base de rifampine. Les coûts de la recherche

des contacts et de l'exclusion de la tuberculose active avant de commencer un traitement préventif ne sont pas inclus ici, car ces activités sont déjà incluses dans les coûts des programmes de première intention et la collaboration TB/VIH. De même, les coûts des ressources humaines pour le traitement préventif de la tuberculose sont inclus dans les coûts des programmes de première et de deuxième intentions.

La catégorie de coûts des facilitateurs comprend les activités qui fournissent un environnement propice à une intensification rapide de la prévention et des soins de la tuberculose. Ces facilitateurs incluent le plaidoyer et les communications, le renforcement et l'engagement des systèmes communautaires, les soins antituberculeux du secteur privé, le soutien et la protection des patients, et les technologies numériques. Bien que plusieurs pays incluent certaines de ces activités dans la catégorie des coûts de programme,

elles ne sont pas suffisamment budgétisées. Par conséquent, la proportion du budget pour ces facilitateurs était basée sur des exemples de bonnes pratiques de pays appliqués à d'autres pays ou à des pays dans des contextes similaires (par exemple, les soins antituberculeux du secteur privé étaient appliqués uniquement aux pays disposant d'un grand nombre de soins antituberculeux du secteur privé).

Les besoins annuels estimés en ressources augmentent entre 2018 et 2022 en raison de l'augmentation du nombre de personnes à diagnostiquer et à traiter, et parce que plusieurs catégories de coûts unitaires devraient augmenter comme décrit à l'annexe 1. Les laboratoires constituent la catégorie de coût unitaire qui connaît la croissance la plus rapide en raison des changements prévus dans les technologies de diagnostic et du plus grand nombre prévu de personnes devant subir un test de tuberculose.

Approche de calcul des coûts et limitations

Les besoins en ressources ont été estimés à partir de la base de données financière de l'OMS sur la tuberculose, qui comprend les budgets communiqués par plus de 100 pays, et les coûts du système de santé estimés indépendamment par l'OMS. À partir de ces données, les coûts unitaires ont été calculés par catégories de coûts, ajustés pour les tendances futures sur la base de l'opinion d'experts, et appliqués aux objectifs d'intensification du traitement du modèle TIME. Les coûts unitaires ont été imputés pour les pays qui n'ont pas soumis de rapport à l'OMS, en utilisant des algorithmes d'apprentissage dans le cadre de l'exercice de modélisation. La méthodologie détaillée pour estimer les besoins en ressources pour atteindre les objectifs de l'UN HLM est présentée à l'annexe 1.

L'approche de calcul des coûts est soumise à certaines limitations. La manière dont les différentes catégories de coûts sont regroupées et déclarées par l'OMS est une contrainte qui ne permet pas de répartir les catégories de coûts d'autres manières. En outre, les coûts pour la période 2018-2022 ne tiennent pas compte de l'introduction de nouveaux diagnostics ou médicaments futurs qui ne sont actuellement pas disponibles.

Le Plan mondial recommande une collecte plus fiable des données financières des PNLT, des comptes nationaux de la santé et des partenaires de développement internationaux, ainsi qu'un investissement accru dans le suivi et l'amélioration des coûts unitaires, des coûts des nouvelles interventions et des investissements nationaux. En outre, les différentes catégories de coûts doivent être ventilées au moment de la collecte des données, pour une meilleure compréhension des implications financières.

Les gouvernements devraient procéder à une modélisation au niveau des pays de l'épidémie de tuberculose et élaborer des projections détaillées des coûts pour éclairer les plans stratégiques nationaux et les cas d'investissement pour éliminer la tuberculose. Les PNLT et les défenseurs en matière de tuberculose peuvent utiliser ces plans stratégiques nationaux et ces dossiers d'investissement pour plaider en faveur d'un financement accru pour la tuberculose, aligné sur les processus budgétaires nationaux, ainsi qu'un renforcement de l'engagement des donateurs.

Quels seront les résultats du Plan mondial ?

Des patients traités, des vies sauvées et des progrès vers l'élimination de la tuberculose

La satisfaction de l'ensemble des besoins en ressources pour les soins et la prévention de la tuberculose pour 2018-2022 conduira à :

- ⊕ 40 millions de personnes traitées pour la tuberculose, dont
 - 3,5 millions d'enfants
 - 1,5 million de personnes atteintes de DR-TB
- ⊕ plus de 30 millions de personnes sous traitement préventif contre la tuberculose
- ⊕ réduction d'1,5 million du nombre de décès dus à la tuberculose
- ⊕ un gain de 48 millions d'années d'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) (voir l'annexe 1 pour plus de détails sur les années d'EVCI gagnées)


De nouveaux diagnostics et médicaments et un vaccin à temps pour éliminer la tuberculose

Le fait de répondre pleinement aux besoins en ressources en matière de développement de nouveaux diagnostics, de nouveaux médicaments et de vaccins efficaces nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose.

Le fait de reporter de cinq ans une augmentation du financement de la R&D sur la tuberculose aura pour conséquence environ :

- ⊕ 2 millions de personnes supplémentaires mourant de la tuberculose
- ⊕ 13,9 millions de personnes supplémentaires développant la tuberculose
- ⊕ 49,8 millions d'années d'EVCI perdues à cause de la tuberculose (75,1 millions sans actualisation)
- ⊕ 14,2 milliards de dollars américains de coûts supplémentaires pour les traitements anti-tuberculeux seuls (21,6 milliards de dollars américains sans actualisation)
- ⊕ 172 milliards de dollars américains de perte de productivité (259 milliards de dollars américains sans actualisation).

(Voir le chapitre 6 pour une discussion supplémentaire sur le coût de l'inaction.)

 → **\$44**

Retour sur investissement (RSI)

Lorsqu'un programme de lutte contre la tuberculose offre aux personnes une prévention et un traitement efficaces, évitant la mort et l'invalidité, il bénéficie d'avantages économiques supplémentaires. Premièrement, il est possible que la prévention de la tuberculose réduise les dépenses des ménages en soins de santé. Deuxièmement, lorsque la tuberculose est évitée (ou traitée efficacement), les membres du ménage peuvent continuer ou reprendre un travail productif.

Une analyse du retour sur investissement a été réalisée pour le Plan mondial 2018–2022, en s'ap-

puyant sur la méthodologie de la Commission Lancet sur l'investissement dans la santé¹, mais en l'adaptant aux nouvelles directives pour l'analyse avantages-coûts suivant les travaux réalisés avec le Fonds mondial, pour estimer le retour sur investissement du nouveau cycle de reconstitution 2020–2022. La méthodologie utilisée est décrite dans l'annexe 1.

Le tableau 7.2 résume l'avantage économique net et le retour sur investissement pour chaque

¹ Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet Commissions. 2013;382(9908):1898–955. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2962105-4>

TABLEAU 7.2 : RSI ET BÉNÉFICES ÉCONOMIQUES NETS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN MONDIAL 2018–2022

RSI (par dollar américain investi) par rapport au BAU	Bénéfice net, 2018–2022 (en millions de dollars américains)	RSI, 2018–2022, pour chaque dollar américain investi
Mondial	711 000	43,7
PAR GROUPE DE PAYS		
Prévalence de TB-MR élevée	18 000	8,2
Prévalence de TB/VIH élevée, CDAA	86 000	48,3
Prévalence de TB/VIH élevée, hors CDAA	62 000	16,5
Prévalence modérée, COE	3 000	2,9
Prévalence élevée, secteur privé	177 000	40,4
Prévalence modérée, revenu intermédiaire	33 000	55,4
Inde	204 000	184,4
Chine	66 000	58,7
Prévalence faible, revenu élevé	2 000	632,4
RÉPARTITION PAR NIVEAU DE REVENU		
Revenu faible	39 000	12,7
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	308 000	36,0
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	269 000	96,1
Revenu élevé	95 000	57,8

dollar américain investi dans les activités du Plan mondial par groupe de pays et statut de revenu.

Le retour sur investissement est de 43,7 dollars américains pour chaque dollar dépensé en prévention et soins de la tuberculose, comme proposé dans le Plan mondial 2018-2022. Le

bénéfice économique net de l'investissement est estimé à 711 milliards de dollars américains.

Un RSI de 1:44 fait de la prévention de la tuberculose et de l'intensification des soins dans le cadre du Plan mondial 2018-2022 l'un des meilleurs investissements dans le cadre des ODD.

ENCADRÉ 7.1 :

L'INVESTISSEMENT DANS LES SOINS ANTITUBERCULEUX DONNE DES RÉSULTATS À LONG TERME POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les investissements en matière de tuberculose renforcent les systèmes de santé à long terme, augmentant leur capacité à lutter contre d'autres maladies et épidémies. Le renforcement des systèmes de santé peut être réalisé de plusieurs manières.

Tout d'abord, en investissant dans un diagnostic précoce et efficace de la tuberculose, on renforce les capacités durables de diagnostic, de laboratoire et de dépistage des cas dans le système de santé. Les symptômes de la tuberculose ne sont pas spécifiques et apparaissent dans de multiples maladies. Par conséquent, des outils comme le microscope et la radiographie ont de multiples utilisations au-delà de la tuberculose. Les efforts visant à améliorer la détection précoce des cas de tuberculose peuvent donc avoir un impact positif sur la détection précoce d'autres maladies, en particulier celles affectant les poumons.

Les réseaux de laboratoires antituberculeux sont connus pour établir des processus de normalisation et d'assurance qualité qui peuvent avoir un impact positif sur la qualité des laboratoires de santé publique dans tous les domaines. Le Plan mondial appelle à l'intégration des laboratoires et des diagnostics de tuberculose aux systèmes de santé, ainsi qu'à un meilleur accès grâce au transport des échantillons. Il envisage des programmes antituberculeux bien intégrés comme moyen de renforcer les systèmes de santé, pour le diagnostic précoce des maladies.

Deuxièmement, les investissements qui renforcent les recherches de contacts pour la tuberculose créeront un système auquel on pourra faire appel de manière fiable lors d'épidémies de maladies infectieuses, comme par

exemple pour

Ebola, qui exigent une mobilisation rapide des établissements de santé et des communautés pour mener des recherches approfondies de contacts.

Troisièmement, la lutte contre la tuberculose suppose d'investir dans les pratiques de lutte contre les infections aéroportées. Ces investissements renforcent la capacité des systèmes de santé à réagir rapidement à d'autres flambées d'infections aéroportées, comme la grippe et les syndromes respiratoires.

Quatrièmement, étant donné que le traitement de la tuberculose nécessite une longue interaction avec les patients et les communautés, les investissements dans la tuberculose peuvent renforcer l'engagement global avec ces communautés au profit d'autres programmes de santé.

Cinquièmement, le traitement de la tuberculose exige des systèmes de chaîne d'approvisionnement en médicaments qui soient solides et fiables. De nouvelles améliorations et une meilleure intégration de ces systèmes aux systèmes de santé plus larges des pays profitent directement aux systèmes de santé qui cherchent à améliorer les chaînes d'approvisionnement pour d'autres maladies.

Enfin, les coûts, outre ceux qui sont liés aux produits de base ou les coûts directs, représentent une grande partie des coûts. Ces derniers impliquent le renforcement des laboratoires, l'amélioration des composantes du système de santé et le développement des ressources humaines ; chacun de ces éléments pouvant potentiellement avoir un impact positif et durable sur la solidité globale des systèmes de santé.¹

1 Harries A, Jensen P, Zachariah R, et al. How health systems in sub-Saharan Africa can benefit from tuberculosis and other infectious disease programmes. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13(10):1194-9.

Sources de financement du Plan mondial

La nature de « biens publics mondiaux »² de la plupart des investissements dans la tuberculose en fait une priorité pour un financement à large bénéfice sociétal. De fait, l'investissement dans la tuberculose donne l'un des meilleurs retours sur investissement parmi toutes les cibles des ODD.³ Le Copenhagen Consensus Center estime que chaque dollar investi dans la tuberculose rapporte 43 dollars américains en bénéfices économiques. Le scénario d'investissement du Plan mondial donne un retour sur investissement similaire, de 44 dollars américains par dollar investi, comme décrit ci-dessus. Lors de sa réunion de janvier 2019, le Conseil de Stop TB Partnership a lancé un appel à l'action.⁴

2 Les « biens publics mondiaux » sont définis comme les biens qui sont à la fois « non concurrents » (c'est-à-dire que n'importe qui peut consommer le bien sans affecter l'utilité dérivée de sa consommation) et « non exclusifs » (c'est-à-dire qu'une fois que le bien est produit, on ne peut empêcher personne d'y accéder). The World Bank Group A to Z. Washington, DC: World Bank; 2015. https://elibrary.worldbank.org/doi/10.1596/978-1-4648-0484-7_global_public_goods

3 Post-2015 Consensus: what are the smartest targets for the post-2015 development agenda? Tewksbury: Copenhagen Consensus Center; 2015. <https://www.copenhagenconsensus.com/post-2015-consensus>

4 Le Conseil de Stop TB Partnership appelle à une augmentation spectaculaire des financements en faveur de la lutte contre la tuberculose. Genève : Stop TB Partnership ; 2019. http://www.stopTB.org/news/stories/2019/nst19_005.asp

RECONNAISSANT LA NÉCESSITÉ D'AUGMENTER LES RESSOURCES ET DE COMBLER LE GRAVE ÉCART DE FINANCEMENT, POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE L'UN HLM SUR LA TUBERCULOSE POUR 2022, LE CONSEIL A APPELÉ :

- 1 à la reconstitution complète du Fonds mondial et à l'utilisation de tous les outils disponibles pour optimiser les fonds pour la lutte contre la tuberculose provenant du Fonds mondial afin d'atteindre les objectifs ambitieux de l'UN HLM ; ceci inclut notamment le décaissement complet des allocations nationales, l'expansion du financement catalytique, la priorité accordée à l'optimisation de portefeuille, etc.;
- 2 les chefs de gouvernement de tous les pays à prévalence élevée de tuberculose à augmenter le financement national en matière de tuberculose, et Stop TB Partnership et ses partenaires à s'engager avec les pays d'importance stratégique à revenu intermédiaire et à prévalence élevée pour doubler ou tripler leurs budgets nationaux de lutte contre la tuberculose ;
- 3 la Banque mondiale et les autres banques de développement à veiller à ce que tous les instruments disponibles pour les prêts et les dons aux pays à prévalence élevée de tuberculose soient pris en compte lors des négociations sur les accords de crédit, y compris les mécanismes de financement mixtes, afin de mettre des fonds à disposition pour la lutte contre la tuberculose ;
- 4 Stop TB Partnership à travailler avec des partenaires afin d'exploiter pleinement le potentiel des régimes d'assurance maladie sociale, des financements innovants et des financements d'impact pour la tuberculose ;
- 5 à la reconnaissance par la communauté mondiale du fait que le financement de la R&D en matière de tuberculose est une responsabilité partagée ; en tant que tel, le Conseil approuve la proposition d'élaborer des objectifs spécifiques de R&D en matière de tuberculose pour chaque pays, reconnaissant que différents pays pourraient choisir de soutenir des initiatives de recherche locales ou régionales ;
- 6 Stop TB Partnership à former une « équipe de travail sur le financement de la tuberculose » afin de travailler sur les options traditionnelles et innovantes disponibles pour augmenter le financement en matière de tuberculose, en particulier dans le contexte de la CSU, afin d'identifier les opportunités et de fournir des orientations stratégiques au Conseil et au Secrétariat pour la mobilisation de ressources pour la réponse mondiale à la tuberculose.

Il existe trois grandes sources de financement pour la mise en œuvre et la recherche : le financement national, le financement externe et le financement innovant.

Financement intérieur

Dans les pays à revenu élevé, les pays BRICS et les pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure, la quasitotalité des investissements dans le domaine de la tuberculose devraient provenir de ressources intérieures. La Fédération de Russie et d'autres pays d'Europe orientale pourraient être en mesure de financer une part importante de l'expansion des services antituberculeux grâce à des économies de coûts dans les budgets historiques de lutte contre la tuberculose en poursuivant la tendance actuelle des soins antituberculeux centrés sur la personne, en réduisant le nombre de patients hospitalisés et en réduisant les temps d'hospitalisation. D'autres pays à revenu intermédiaire et à prévalence élevée pourraient rationaliser leurs activités de lutte contre la tuberculose en intégrant plus efficacement les soins antituberculeux au sein des services de santé généraux. Cependant, un changement de paradigme axé sur l'élimination de la tuberculose ne sera possible que si les pays sont prêts à y consacrer des lignes budgétaires spéciales, comme l'Afrique du Sud l'a fait. L'Inde a récemment quadruplé son budget national pour la lutte contre la tuberculose, sous l'impulsion d'un engagement politique de haut niveau et du projet impulsé par le Premier ministre de mettre fin à la tuberculose dans le pays d'ici 2025, cinq ans avant l'objectif mondial. Des augmentations aussi spectaculaires (doublement, triplement ou quadruplement) des budgets nationaux de lutte contre la tuberculose sont nécessaires dans plusieurs pays à revenu intermédiaire et à prévalence élevée de tuberculose.

Les réalités économiques sont très différentes dans les pays à faible revenu. La plupart des pays à prévalence élevée de ce sous-ensemble restent fortement tributaires du finan-

cement extérieur pour leurs programmes de lutte contre la tuberculose. De plus, une grande partie des budgets de la tuberculose n'est actuellement pas financée. Ces pays auront besoin d'un soutien financier accru, y compris de subventions et de prêts à taux concessionnels de banques de développement.

Afin de déterminer la bonne combinaison de sources de financement pour financer les efforts décrits dans le Plan mondial, la situation de chaque pays doit être prise en compte. Les circonstances varient considérablement. Il est important de suivre les augmentations du financement national grâce à de meilleurs systèmes de communication des informations financières des pays, en particulier par le biais des comptes nationaux de la santé lorsqu'ils existent. Les mécanismes de coordination intergouvernementale, tels que l'Union africaine, devraient également jouer un rôle dans le plaidoyer et le suivi de l'augmentation du financement national pour la tuberculose.

Accroître l'efficacité des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose

Les choix auxquels sont confrontés les décideurs politiques et les responsables de la mise en œuvre des programmes sont décourageants en raison de la charge de morbidité toujours élevée, des ressources limitées et de la nécessité de comparer les technologies émergentes avec des approches moins chères (mais plus anciennes et moins efficaces).

Ce défi nécessite un glissement vers l'efficacité allocative, c'est-à-dire la maximisation des résultats de santé en utilisant la combinaison d'interventions de santé la plus rentable, fournie aux populations cibles dans les domaines les plus prioritaires via une prestation de services rationalisée. L'approvisionnement en médicaments et en diagnostics est un domaine dans lequel les budgets nationaux peuvent devenir plus efficaces en achetant des produits de qualité garantie à bon prix auprès du GDF de Stop TB Partnership. La Déclaration

politique des Nations Unies sur la tuberculose encourage donc tous les pays à utiliser le GDF.

Le Plan mondial exhorte les pays à utiliser des approches analytiques qui intègrent des données sur le coût et l'efficacité des interventions dans des applications réelles, afin d'estimer la façon dont le fardeau de la tuberculose peut être abordé en utilisant les ressources disponibles. Il encourage également les pays à rechercher des moyens d'améliorer l'efficacité de la mise en œuvre des programmes de lutte contre la tuberculose sans réduire la qualité.

La mise en place de mécanismes de passation de marchés sociaux pour financer les ONG locales à partir des fonds publics nationaux est essentielle pour garantir que la société civile s'engage à accroître l'efficacité et la portée de la réponse à la tuberculose dans le pays. Les contrats sociaux peuvent conduire à des améliorations substantielles de l'accès, de la qualité des services, de l'équité et de l'impact.

Assurance sociale (AS)

L'assurance sociale (AS) est un mécanisme par lequel les fonds au sein des pays peuvent être collectés et mis en commun pour financer les services de santé.⁵ Dans les systèmes européens d'AS, les employés et leurs employeurs contribuent à un ensemble de services à la disposition de l'assuré et de ses personnes à charge. De nombreux gouvernements subventionnent également ces systèmes pour garantir leur durabilité.

Ces programmes de contribution sont conçus pour garantir que les personnes les plus riches contribuent davantage que les personnes pauvres, et que les personnes malades ne paient pas plus que les personnes en bonne santé. En outre, certains gouvernements ont étendu

la couverture aux personnes qui ne peuvent pas payer, comme les personnes pauvres et les personnes au chômage, en couvrant ou en subventionnant leurs cotisations.

Cette approche présente des avantages dans le contexte de la tuberculose. Étant donné que les régimes d'AS appliquent généralement des taux de couverture plus élevés aux personnes plus riches (qui sont moins susceptibles de souffrir de tuberculose) et fournissent souvent une couverture gratuite aux personnes plus pauvres (qui sont plus susceptibles de souffrir de tuberculose), les mécanismes d'AS peuvent aider à réduire les inégalités de santé, éviter des coûts catastrophiques pour les personnes atteintes de tuberculose et redistribuer les fonds vers la lutte contre la tuberculose, augmentant ainsi les niveaux globaux de financement disponibles pour élargir l'accès aux soins et aux services antituberculeux.

Un certain nombre de pays prévoient d'introduire et/ou d'intensifier l'AS dans le cadre de leurs efforts pour atteindre la CSU. Les programmes de lutte contre la tuberculose doivent saisir l'opportunité d'inclure les soins antituberculeux à la couverture fournie par l'AS. Dans la mesure du possible, toutes les formes de tuberculose prises en charge par les systèmes de santé publics comme privés devraient être couvertes par les régimes d'AS. Des efforts devraient également être fournis pour garantir que les programmes d'AS soient inclusifs et couvrent les populations clés, telles que les migrants.

Pour le financement de la CSU, plusieurs pays modifient leurs mécanismes de financement de la santé en introduisant des achats stratégiques de services et une gamme de mécanismes de paiement des prestataires avec ou sans AS. Les programmes de lutte contre la tuberculose doivent participer activement à ces discussions afin de bénéficier de ces approches de financement de la santé.

5 Doetinchem O, Carrin G, Evans D. Thinking of introducing social health insurance? Ten questions. Technical brief for policy-makers, Number 4/2009. Geneva: World Health Organization; 2009. https://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_09_04-10qshi/en/

Financement international

Le graphique (figure 7.4) illustre la nécessité d'augmenter le financement international dans les pays éligibles au Fonds mondial. Elle indique les fonds qui sont attendus de sources nationales, du Fonds mondial et d'autres sources externes, ainsi que le financement supplémentaire dont les pays auront besoin en plus de ces sources.

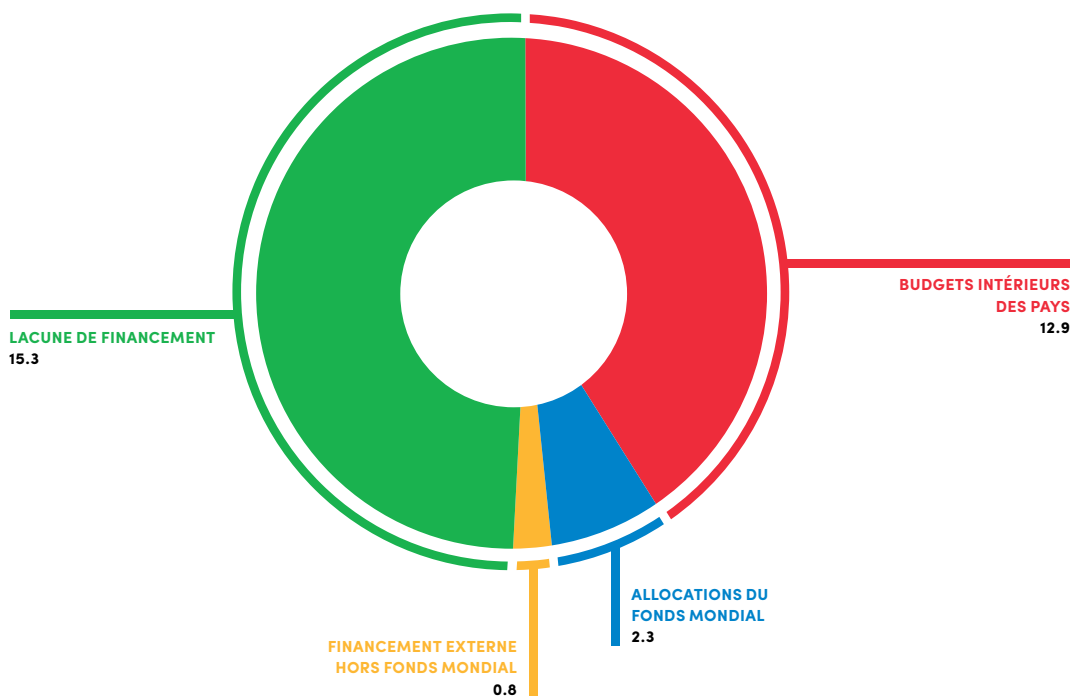
Étant donné que les chiffres du financement national sont basés sur les scénarios de prévision optimistes élaborés par le Fonds mondial, il est clair qu'il existe un besoin important et croissant de contributions supplémentaires du Fonds mondial et d'autres sources internationales. Sans ce financement supplémentaire, les objectifs de 2022 ne seront pas atteints.

Pour les pays éligibles au Fonds mondial, le besoin total en ressources pour le cycle de financement 2020-2022 du Fonds mondial est de 31,3 milliards de dollars américains. Le scénario optimiste d'une augmentation du financement intérieur, ainsi que d'un financement extérieur continu aux niveaux actuels, fournira jusqu'à 16 milliards de dollars américains, ce qui laisse un besoin de financement supplémentaire de 15,3 milliards de dollars américains devant être mobilisé.

Prêts des banques de développement, y compris rachats de prêts et conversion de la dette en subventions

La Banque mondiale et d'autres banques régionales de développement accordent des

FIGURE 7.4 : 31,3 MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS NÉCESSAIRES DANS LES PAYS ÉLIGIBLES AU FONDS MONDIAL SUR LA PÉRIODE 2020-2022 : POSSIBLES SOURCES ET LACUNES



prêts aux pays qui, s'ils sont utilisés judicieusement, peuvent mettre à disposition des ressources importantes pour la tuberculose. Ces prêts sont utilisés par les pays pour financer des programmes de lutte contre la tuberculose depuis plusieurs années. Plus récemment, des approches innovantes ont été utilisées pour combiner les prêts et les subventions de différentes sources, rendant l'emprunt plus attrayant pour les pays. L'une de ces approches consiste à utiliser des subventions du Fonds mondial, de donateurs bilatéraux ou du secteur privé pour payer les intérêts sur les prêts de la Banque mondiale ou des banques régionales de développement. C'est ce que l'on appelle souvent le « rachat de crédit ». Par exemple, le gouvernement indien a obtenu un prêt de la Banque mondiale de 500 milliards de dollars américains pour son programme de lutte contre la tuberculose, et des intérêts à hauteur d'environ 40 millions de dollars américains ont été payés par le Fonds mondial. Dans les pays à faible revenu, une autre approche de conversion des prêts en subventions pourrait également être mise en œuvre.

Les particuliers fortunés et The Giving Pledge (la promesse de don)

The Giving Pledge est un engagement des individus et des familles les plus riches du monde à consacrer la majorité de leur richesse à la philanthropie. En 2019, 204 personnes s'étaient engagées pour un total de plus de 500 milliards de dollars américains. Il s'agit d'une source de financement jusqu'ici inexploitée pour la tuberculose.

Financement innovant

Le système de santé mondial a de solides antécédents en matière de développement de mécanismes de financement innovants. Bien qu'ils soient toujours principalement soutenus par des donateurs traditionnels, le Fonds mondial et Unitaid, par exemple, ont développé des approches innovantes pour mobiliser, mettre

en commun, canaliser, allouer et mettre en œuvre des ressources afin de diriger rapidement de grandes quantités de financement vers les LMIC.⁶

Ces mécanismes continueront de jouer un rôle clé dans la lutte contre la tuberculose. Le Fonds mondial contribue à lui seul à près de 70 % des financements internationaux.⁷ Il est toutefois nécessaire de cultiver le financement des donateurs non traditionnels.

Obligations à impact

L'obligation à impact est un instrument susceptible de garantir un financement supplémentaire. Il s'agit d'un système financier par lequel les investisseurs paient à l'avance les interventions afin de parvenir à des résultats convenus. Ensuite, ils travaillent avec les organisations de livraison pour s'assurer que ces résultats sont atteints. Les bailleurs de fonds (gouvernements et/ou donateurs) effectuent des paiements aux investisseurs si les interventions réussissent, le degré de rendement étant lié au niveau de réussite des résultats obtenus. En ce sens, les obligations à impact sont similaires à d'autres approches basées sur les résultats, mais avec un capital initial. Cela garantit un financement à des tarifs abordables pour les prestataires de services. Il existe deux principaux types d'obligations à impact : les obligations à impact social (OIS), qui sont généralement mises en œuvre à l'échelle d'une ville ou d'un quartier, et les obligations à impact de développement (OID), qui sont généralement mises en œuvre à l'échelle d'un pays ou d'une région importante d'un pays.

Dans le contexte des programmes de lutte contre la tuberculose, les obligations à impact pourraient encourager les investisseurs à four-

6 Atun R, Knaul FM, Akachi Y, et al. Innovative financing for health: what is truly innovative? *Lancet*. 2012;380(9858):2044–9. doi:10.1016/S0140-6736(12)61460-3

7 Dieleman J, Murray CJL, Haakenstad A. Financing global health 2014: shifts in funding as the MDG era closes. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2015. <http://www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2014-shifts-funding-mdg-era-closes>

nir un capital initial pour soutenir les efforts de divers prestataires de services, afin d'améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose dans les communautés à prévalence élevée.

Ces activités auraient des avantages sociaux et financiers. L'impact social serait généré par la réduction de la charge de morbidité et l'augmentation de la productivité d'une population avec moins de cas de tuberculose active. Les gouvernements et les entreprises fournissant des soins antituberculeux (par exemple, dans les communautés minières) bénéficieraient d'avantages financiers grâce à la réduction des coûts engagés pour le traitement des patients. Le gouvernement bénéficierait également de l'augmentation des recettes fiscales générées par une population économiquement plus productive. Ces économies feraient partie du capital qui serait reversé aux investisseurs.⁸

Financement mixte

Le financement mixte est un autre cadre qui a le potentiel d'augmenter le financement disponible pour les programmes et la R&D en matière de tuberculose. Comme son nom l'indique, cette approche facilite la fusion des capitaux publics et privés pour financer les objectifs de développement.

Son objectif principal est de débloquer les investissements du secteur privé. En règle générale, les essais cliniques de nouveaux outils (par exemple, les tests pour la tuberculose) constituent une activité à haut risque sans rendement financier garanti pour une entreprise. Le financement mixte vise à réduire ce risque en fournissant un financement public et philanthropique pour couvrir les coûts des programmes, tels que le soutien technique pour la conception des études et des interventions, qu'une entreprise ne serait pas en mesure de couvrir. L'approche a donc le potentiel de tirer parti des investissements, de l'innovation et de l'expertise

du secteur privé pour des projets qui seraient autrement laissés de côté.

Microprélèvements/taxes

Les taxes et les micro-prélèvements sur les biens de consommation peuvent également générer des ressources pour la santé mondiale. L'exemple le plus cité est celui de la petite taxe sur les achats de billets d'avion. Lancée en 2006 en France, la taxe s'est maintenant étendue au Cameroun, au Chili, au Congo, à Madagascar, au Mali, à Maurice, au Niger et en République de Corée. Les fonds recueillis soutiennent Unitaïd dans l'achat de traitements contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. À partir d'une taxe d'environ 1 dollar américain pour un billet en classe économique et de 40 dollars américains pour un siège en classe affaires, depuis 2019, Unitaïd gère un portefeuille de projets de santé de 1,3 milliard de dollars américains.⁹ Il existe de nombreuses autres opportunités dans les domaines de l'industrie extractive, de la transformation, de la consommation et des finances, où de telles taxes pourraient être perçues.

Fiducies de donateurs regroupées

Les fiducies basées sur les donateurs sont des fonds communs qui distribuent des subventions aux organisations pour atteindre des résultats sociaux définis. Leur principale caractéristique implique une approche multi-donateurs, qui vise à mieux coordonner le financement des programmes, tout en sensibilisant aux problèmes qui nécessitent une attention supplémentaire.

Les fiducies peuvent aider à simplifier le processus d'octroi de subventions et à maximiser l'impact. Par exemple, The Power of Nutrition est une fondation caritative indépendante fondée en 2015, au sein de laquelle le gouvernement du Royaume-Uni (DFID) et

8 Innovative financing for global health R&D. Santa Monica: Milken Institute; 2012. <https://bit.ly/2XYWk5A>

9 Rapport annuel 2018-2019. Genève : Unitaïd ; 2019. <https://unitaid.org/annual-report-18-19/>

la Children's Investment Fund Foundation ont contribué à hauteur de 150 millions de dollars américains, avant d'être suivis par l'UBS Optimus Foundation, la Banque Mondiale et l'UNICEF qui ont agi comme partenaires d'exécution. La fondation travaille à accroître l'efficacité du financement de la lutte contre la dénutrition et d'autres objectifs de santé spécifiques liés au retard de croissance et à l'émaciation. Le fonds demande aux pays de fournir des capitaux de contrepartie pour les efforts visant à résoudre les problèmes.

Responsabilité sociale des entreprises (RSE)

La RSE est un mécanisme visant à ce que les entreprises soient socialement responsables en contribuant à la société au sein de laquelle elles opèrent, en matière de questions sociales, de santé et d'environnement. Les grandes sociétés et entreprises opérant dans des pays à prévalence élevée de tuberculose doivent être engagées et encouragées à investir dans la tuberculose. Ces dernières années, des sociétés pétrolières au Nigeria (Agbami Partners) ont construit, équipé et donné des cliniques de lutte contre la tuberculose au gouvernement. Des progrès récents ont également été enregistrés en Inde¹⁰ et en Indonésie¹¹ dans l'augmentation du financement du secteur privé pour les innovations en matière de tuberculose.

10 Projets de lutte contre la tuberculose. Mumbai : Fonds indien pour la santé ; 2019. <http://www.indiahealthfund.org/tuberculosis-centre/tuberculosis-projects/>

11 Investissement innovant dans le Fonds indonésien pour la santé. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2019. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2014-04-09-innovative-investment-in-indonesia-health-fund/>

Répondre aux besoins de financement en matière de R&D

Le besoin urgent de financer la R&D en matière de tuberculose

Il n'est pas possible de mettre fin à l'épidémie de tuberculose avec les outils disponibles à l'heure actuelle. Les pays peuvent réaliser des gains spectaculaires en intensifiant leurs efforts pour atteindre les objectifs de l'UN HLM. Cependant, après 2025, les outils existants auront un impact décroissant et ne seront plus suffisants pour faire plier suffisamment la courbe épidémique de la tuberculose et atteindre les jalons de la stratégie de lutte contre la tuberculose. Chaque jour où l'épidémie continue, les coûts humains et économiques ne cessent d'augmenter. Pour éviter ces coûts, il est impératif que nous augmentions de manière urgente et rapide les investissements dans de nouveaux diagnostics, schémas thérapeutiques et vaccins dès aujourd'hui. Le fait de retarder cet investissement, même d'un an seulement, pourrait entraîner des milliards de dollars en coûts de traitement supplémentaires. La R&D sur la tuberculose, l'accès et l'optimisation de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose sont examinés en détail au chapitre 6.

Il existe une énorme lacune en matière de financement de la R&D de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose. En 2017, un total de 772 millions de dollars américains a été investi dans la R&D sur la tuberculose, soit seulement 38,6 % de l'objectif de financement annuel de 2 milliards de dollars américains.¹² Ce manque de financement signifie que les chercheurs doivent limiter leurs projets pour s'insérer dans un environnement de financement contraint, entravant la créativité, l'innovation et l'expérimentation nécessaires au développement de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins.

Surtout, les ressources insuffisantes limitent le nombre de chercheurs désireux de s'engager ou se maintenir dans le domaine de la R&D sur la tuberculose.

Diversifier la base de financement de la R&D sur la tuberculose

Le maintien des partenariats actuels et la diversification de la base de financement avec de nouveaux donateurs, investisseurs et acteurs du secteur privé sont des priorités.

Ces efforts doivent s'intensifier. Le gouvernement, le secteur public et les donateurs philanthropiques, en particulier la Fondation Bill & Melinda Gates, ont fourni un financement essentiel en matière de R&D sur la tuberculose. Certains partenaires de l'industrie pharmaceutique ont également investi des ressources et de l'expertise.

Cependant, l'expansion des investissements en provenance des pays BRICS ; pays qui comptent près de la moitié des cas de tuberculose et qui ont une infrastructure et des capacités de recherche importantes, donnerait un coup de pouce majeur. La création de la BRICS New Development Bank (NDB), avec ses 50 milliards de dollars américains de capitaux, représente une opportunité unique et immense pour les investissements des pays BRICS dans la R&D sur la tuberculose.

Il existe un certain nombre de sources de financement supplémentaires, notamment des mécanismes de financement communs tels que le Partenariat pour les essais cliniques des pays européens et en développement, et le Fonds mondial pour les technologies inno-

¹² Tendances relatives au financement de la recherche pour la tuberculose 2005-2017. New York : Treatment Action Group ; 2018. <https://bit.ly/3036hBD>

vantes en santé. Il est impératif que ces initiatives soient renforcées, complétées et correctement coordonnées.

La complexité, les coûts et les risques de la R&D sur la tuberculose nécessiteront de multiples plateformes de financement et de multiples partenaires, ainsi qu'une combinaison de mécanismes « push and pull ». Les mécanismes « push », tels que les subventions traditionnelles, financent les activités de R&D à l'avance, réduisant le risque pour les chercheurs et les développeurs. Les mécanismes « pull » encouragent l'investissement du secteur privé dans la R&D. En 2007, par exemple, la FDA américaine a introduit le bon d'examen prioritaire, accordé aux entreprises qui découvrent des médicaments pour les maladies négligées. Ces bons peuvent ensuite être vendus sur le marché secondaire.¹³ Pour les diagnostics, l'expansion du marché grâce à la mise en œuvre généralisée des solutions existantes, tout en rendant les nouveaux outils plus abordables, contribuerait à conduire un cycle vertueux de création de demande. (Voir le chapitre 6 pour une discussion plus détaillée des besoins de financement de la R&D sur la tuberculose.)

13 Noor W. Placing value on FDA's priority review vouchers. *In Vivo*. 2009;27(8):1-8.

ANNEXE 1 ESTIMATION DU COÛT ET DE L'IMPACT DU PLAN MONDIAL POUR ÉLIMINER LA TUBERCULOSE : 2018-2022¹

¹ Document préparé par Carel Pretorius, Avenir Health

APERÇU

Ce document détaille la méthodologie mise au point pour modéliser le coût et l'impact du Plan mondial pour éliminer la tuberculose : 2018-2022.

La stratégie est fondée sur les objectifs 90-(90)-90 fixés dans le Plan mondial pour éliminer la tuberculose : 2016-2020, auxquels viennent s'ajouter les objectifs spécifiques de l'UN HLM sur la tuberculose : traiter 40 millions de personnes atteintes de tuberculose entre 2018 et 2022, parmi lesquelles 3,5 millions d'enfants et 1,5 million de personnes atteintes de TB-MR, et fournir un traitement préventif contre la tuberculose à plus de 30 millions de personnes, au minimum. Ces objectifs sont le résultat d'une série de réunions et de déclarations faites à l'Assemblée générale des Nations Unies à New York visant à mettre fin à la tuberculose.²

Les méthodes de modélisation de l'impact peuvent se résumer à un cadre permettant d'ajuster les tendances des principaux indicateurs de la tuberculose, tels que l'incidence de la tuberculose, la mortalité et la notification, afin de refléter l'impact épidémiologique de la mise en œuvre programmatique du Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose : 2018-2022.

Les simulations pour la tuberculose ont été réalisées à l'aide de la composante Impact du Modèle d'impact et évaluation de la tuberculose (TIME)³, un modèle de compartimentage dynamique mis au point dans la suite open source Spectrum.

La méthode d'estimation des besoins en termes de ressources associés à la mise en œuvre du Plan mondial 2018-2022 peut être décrite comme un cadre d'estimation des coûts unitaires des principales catégories budgétaires, telles que les médicaments de première et de deuxième intention, les coûts de laboratoire et la gestion des programmes, à partir des données budgétaires transmises à l'OMS. Les données manquantes pour les pays qui n'ont communiqué que certaines données ou aucune donnée sur le financement ont été imputées à partir de l'ensemble de données, à l'aide d'une méthode statistique multidimensionnelle. Les tendances en matière de notification ont été appliquées aux estimations de coût unitaire, puis utilisées pour établir des projections sur les besoins en termes de ressources pour le Plan mondial 2018-2022. Les augmentations de coûts unitaires sont dérivées des recommandations du groupe de pilotage de la modélisation, en s'appuyant sur la mise en œuvre de nouvelles directives et de bonnes pratiques. Sans ces augmentations de coûts unitaires, les besoins globaux en termes de ressources devraient diminuer, car les réductions d'incidence conduisent à des réductions de notification, selon les chiffres prévus avant 2022.

2 Il est à noter que ces objectifs ont utilisé des calculs simples et non dynamiques s'appuyant sur des modèles qui ont précédé cette analyse.

3 Houben R, Lalli M, Sumner T, et al. TIME Impact: a new user-friendly tuberculosis (TB) model to inform TB policy decisions. BMC Med. 2016;14(1):56. doi:10.1186/s12916-016-0608-4

LE PLAN MONDIAL 2018-2022 : OBJECTIFS DE L'UN HLM

Objectifs de traitement

Plusieurs décisions de modélisation ont été prises afin de modéliser les objectifs de l'UN HLM à l'aide du modèle TIME. La première concerne les objectifs généraux de notification.

Pour atteindre l'objectif de notification de l'UN HLM, fixé à 40 millions d'ici 2022, nous avons simplement augmenté le taux de dépistage dans TIME, linéairement⁴ à partir des valeurs de l'année de base (2017), fixé à une valeur qui atteindrait 40 millions de cas cumulés traités d'ici 2022. Le même taux de dépistage final a été appliqué à tous les pays, ce qui signifie qu'on observerait une combinaison correspondante d'impacts.⁵ Il n'existe aucun moyen de préciser davantage les affectations des pays en fonction de leur contribution aux 40 millions. Il convient en outre de noter que l'impact dans un pays donné a été limité à 10 % pour une année donnée, contrainte suggérée lors des consultations techniques avec l'OMS et approuvée par d'autres partenaires du groupe de pilotage.

La répartition relative de la tuberculose pédiatrique de l'ensemble des patients aboutit au chiffre de 3,7 millions d'enfants atteints de tuberculose notifiés et traités, sans aucun ajustement.

L'objectif de 1,5 million de cas de tuberculose multirésistante a été atteint grâce à une approche globale consistant à augmenter la couverture de TSM par rapport aux niveaux de 2017 chez les cas notifiés à 100 % de la charge de tuberculose multirésistante, exprimée par rapport aux notifications. Ainsi, on a supposé que l'identification de la TB-MR était liée à l'intensification des notifications en général.

Objectifs de traitement préventif de la tuberculose

Le Plan mondial 2018-2022 met davantage l'accent sur les objectifs de thérapie préventive que le Plan mondial 2016-2022. Le plan mis à jour prévoit une couverture à 100 % de la recherche des contacts au sein du foyer de tous les cas bactériologiquement positifs d'ici 2022. Nous avons étendu la définition des cas index au-delà de la définition utilisée dans la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose, afin d'inclure les 15 % de cas à frottis négatif, suite aux suggestions du groupe de pilotage.⁶

4 Tous les modèles de mise à l'échelle étaient linéaires dans l'analyse actualisée du Plan mondial, contrairement aux modèles en S utilisés dans l'analyse du Plan mondial 2016-2020.

5 L'association de différents taux de dépistage doit garantir différents impacts, mais de nombreux autres facteurs fondés sur un modèle contribuent à la présence de différents facteurs d'impact.

6 Le degré d'extension de la thérapie préventive a été fourni par le groupe de pilotage.

En outre, il a été supposé que toutes les personnes ayant récemment entamé un traitement antirétroviral (TAR) bénéficieraient d'un traitement préventif, tout comme les 15 % de personnes déjà sous TAR en 2018. Ce chiffre devait diminuer progressivement pour atteindre 0 % de patients déjà sous TAR d'ici 2022. Les estimations de répartition de la tuberculose active et de la tuberculose latente chez les adultes et les enfants dans les foyers de cas index étaient basées sur Fox et al. 2013⁷. Les estimations de la taille du foyer et le pourcentage de membres du foyer ayant moins de 5 ans s'appuyaient sur les données des EDS lorsque celles-ci étaient disponibles ; lorsque ces données d'EDS n'étaient pas disponibles, une moyenne mondiale a été utilisée (taille du foyer : cinq membres, 15 % des membres du foyer âgés de moins de 5 ans).

Le résultat découlant de ces hypothèses est la fourniture d'une thérapie préventive à environ 33 millions de personnes entre 2018 et 2022, dont 7 millions d'enfants, 16 millions d'adultes et 10 millions de personnes vivant avec le VIH sous TAR.

Autres objectifs

D'autres éléments de la stratégie du Plan mondial 2018-2022 ont été spécifiés directement sous la forme d'éléments saisis dans TIME. Le succès du traitement a été spécifié distinctement pour les tuberculoses non multirésistantes et les TB-MR, et distinctement pour les profils séronégatifs et les profils séropositifs, sans TAR ou sous TAR. La plupart des éléments significatifs du programme impliqués par « 100 % de mise en relation avec des soins appropriés » ont été directement mis en œuvre dans TIME : 100 % des cas de TB/VIH notifiés ne bénéficiant pas de TAR ont été mis en relation avec un TAR.

7 Fox GJ, Barry SE, Britton WJ, et al. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2013;41:140–56. doi:10.1183/09031936.00070812

MODÉLISER L'IMPACT ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU PLAN MONDIAL 2018-2022

Pays touchés par la tuberculose et groupes/ contextes nationaux

L'impact épidémiologique a été estimé en appliquant le cadre de modélisation TIME, afin de saisir l'impact potentiel du Plan mondial 2018-2022. Le modèle a été calibré en fonction des données du Programme mondial de lutte contre la tuberculose (GTB) de l'OMS dans 29 pays. Ces pays représentent une diversité de contextes nationaux et 80 % de la charge mondiale de tuberculose. L'impact estimé de la stratégie du Plan mondial 2018-2022 dans ces pays a ensuite été appliqué aux tendances épidémiologiques du GTB pour

142 pays supplémentaires⁸, en attribuant à chaque pays un pays modélisé dans TIME appartenant au même contexte ou au même groupe.

Les contextes ou groupes associés à la tuberculose ont été déterminés en utilisant l'analyse statistique d'un ensemble de données multivariées. Les variables représentaient la prévalence de la tuberculose (cas et décès), la prévalence du VIH, la prévalence de la tuberculose/VIH et certains aspects de la situation socio-économique (par exemple, le PIB par habitant, l'indice de développement humain, l'indice des États fragiles), la prestation de services antituberculeux (par exemple, le succès des traitements antituberculeux) et le financement général des systèmes de santé (par exemple, les dépenses de santé par habitant).

Le groupe correspondant aux pays où le secteur privé était fortement impliqué dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose a également été utilisé dans l'exercice des besoins en matière de ressources. Pour ces pays, une majoration a été ajoutée aux budgets prévisionnels pour couvrir les engagements pris par les pays dans le renforcement des activités de coopération public-privé (PPM).

Données et tendances épidémiologiques du Programme mondial de lutte contre la tuberculose (GTB)

L'analyse de la prévalence de la tuberculose dans le Plan mondial s'est fortement appuyée sur les données d'incidence et de notification communiquées au GTB de l'OMS en 2017.

Une approche de régression par spline cubique a été utilisée pour projeter les tendances de référence au moyen de données d'incidence et de notification. Les tendances ainsi obtenues constituent la base de cas de figure opposé aux tendances de la stratégie du Plan mondial 2018-2022 si elle était pleinement mise en œuvre dans le délai 2018-2022.

Les tendances projetées de l'incidence de la tuberculose ont été utilisées en parallèle des données déclarées sur la tuberculose et le VIH dans le but de ventiler le nombre total de cas d'incidence de la tuberculose en trois composantes supposées : séronégatif au VIH, séronégatif au VIH sans TAR et séronégatif sous TAR, comme indiqué dans Pretorius et al. 2014⁹. Cette méthode de ventilation était également basée sur la régression par spline cubique, combinant les données du GTB et de l'ONUSIDA au niveau des pays.

Les informations fournies sur le CD4 et sur le statut relatif au TAR utilisées dans la méthode de ventilation du VIH ont été tirées de l'ensemble de données de l'ONUSIDA. Les données relatives

8 Les 142 pays comprennent un ensemble de résultats du Plan mondial déterminé par l'intersection des données de GTB au niveau des pays et des fichiers Spectrum AIM/EPP au niveau des pays de l'ONUSIDA. Spectrum AIM/EPP est le logiciel utilisé par l'ONUSIDA pour produire des estimations par pays de la prévalence du VIH et des besoins en matière de ressources.

9 Pretorius C, Glaziou P, Dodd PJ, et al. Using the TIME model in Spectrum to estimate tuberculosis-HIV incidence and mortality. *AIDS*. 2014;28 Suppl 4:S477–87. doi:10.1097/QAD.0000000000000484

à la tuberculose/au VIH proviennent de trois sources que les pays communiquent au GTB : les enquêtes sérologiques pour le VIH représentatives à l'échelle nationale parmi un échantillon de cas de tuberculose déclarés, les données provenant de groupes sentinelles du VIH et les résultats des tests de routine de patients atteints de tuberculose pour lesquels la couverture de dépistage des nouveaux cas déclarés est élevée.

La mortalité due à la tuberculose est affectée par une relation complexe entre la tuberculose active et de nombreuses variables cliniques. Nous avons estimé ces variables dans une relation fonctionnelle simple entre incidence et taux de létalité (CFR, de l'anglais Case Fatality Ratios). Les huit catégories de CFR (séronégatif au VIH, séropositif au VIH sans TAR, séropositif au VIH sous TAR < 6 m, et séropositif au VIH sous TAR ≥ 6 m, par statut de notification) étaient à la fois cliniquement pertinentes et estimables à partir des données disponibles. En utilisant cette approche, la mortalité due à la tuberculose a été calculée comme un produit de l'incidence et des CFR.

Le modèle TIME

TIME a été utilisé par les décideurs politiques et les PNLT dans le domaine de la tuberculose pour élaborer des réponses stratégiques à la tuberculose et produire des projections qui éclairent les demandes de financement. Le modèle a été utilisé dans de nombreux contextes de tuberculose, y compris dans les pays où la tuberculose est provoquée par le VIH et/ou par des systèmes de santé faibles, dans les pays à forte prévalence de tuberculose multirésistante et dans les pays où les programmes de lutte contre la tuberculose dépendent d'un niveau élevé de participation du secteur privé. La composante des estimations de TIME a été utilisée par le GTB pour produire des estimations de la prévalence de tuberculose/du VIH pour le rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose.

Le modèle TIME reflète les aspects clés de l'histoire naturelle de la tuberculose, y compris l'infection primaire et latente, la réinfection et la réactivation de la tuberculose latente. La positivité, la négativité et la conversion des frottis sont explicitement

traitées dans le modèle. TIME tient également compte des caractéristiques de la tuberculose pédiatrique, des antécédents de traitement et de la résistance aux médicaments. Le modèle dispose d'une structure supplémentaire pour le VIH/TAR qui imite la structure du module Spectrum AIDS Impact Model (AIM) afin de pouvoir utiliser directement les données programmatiques sur le VIH. TIME comprend deux souches génériques par statut de résistance : sensible et résistante au traitement. La résistance peut être acquise pendant le traitement ou lors de la transmission à des taux qui la distinguent du type de tuberculose sensible dans le modèle.

Impact épidémiologique des objectifs de l'UN HLM

La figure 2.1 du chapitre 2 illustre la situation modélisée des cas de tuberculose. Les points indiquent les données du nombre total de cas et une tendance de référence. L'hypothèse sous-jacente à la base de référence était qu'il n'y ait aucune nouvelle intensification des interventions après 2017, entraînant une diminution progressive du nombre de cas. La ligne rouge montre l'impact du Plan mondial 2018-2022 et le carré rouge indique l'objectif Éliminer la tuberculose pour les cas, qui correspond à une réduction de 20 % par rapport aux estimations de 2015 d'ici 2020.

Le tableau 1 montre les cas de tuberculose de 2018 à 2022 dans les régions de l'OMS, les pays éligibles au Fonds mondial et les cas dans le monde.

Objectifs de l'UN HLM par région OMS, statut de revenu et groupe de pays

Les tableaux 2.1 du chapitre 2 présentent les projections des volumes de patients en termes de notifications, de notifications chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans), de notifications de TB-MR et de traitement préventif de la tuberculose.

Ces objectifs projetés au niveau mondial correspondent étroitement aux objectifs de l'UN HLM sur la tuberculose.

TABLEAU 1 : CAS DE TUBERCULOSE PAR RÉGION OMS

CAS DE TUBERCULOSE						
Région	2018	2019	2020	2021	2022	Total
EMR	796 800	772 300	730 400	687 200	643 000	3 629 700
AFR	2 436 500	2 319 800	2 173 100	2 031 400	1 892 600	10 853 400
AMR	287 700	282 400	269 400	255 200	239 700	1 334 400
EUR	257 500	244 900	230 600	217 900	208 300	1 159 200
WPR	1 823 400	1 764 600	1 659 200	1 555 800	1 453 000	8 256 000
SEAR	4 357 700	4 183 600	3 920 800	3 666 800	3 419 700	19 548 600
Admissibilité au Fonds mondial	8 694 000	8 350 800	7 839 500	7 340 700	6 851 500	39 076 500
Mondial	9 959 474	9 567 640	8 983 464	8 414 228	7 856 295	44 781 101

MODÉLISER LES BESOINS FINANCIERS DU PLAN MONDIAL 2018-2022

Données de financement du GTB pour les programmes de lutte contre la tuberculose

La méthode de calcul des coûts est basée sur la base de données de financement de l'OMS, à laquelle plus de 100 pays déclarent des données de financement et à partir de laquelle les coûts unitaires ont été calculés. Ces coûts unitaires étaient basés sur les notifications et appliqués aux tendances des notifications pour estimer les besoins futurs.

Il convient de noter que les méthodes d'établissement des coûts qui s'appuient sur les données de l'OMS relatives au financement de la tuberculose seront soumises aux limites connues et inconnues des données, telles que l'exhaustivité et l'exactitude, ainsi qu'à la façon dont les catégories de coûts sont agrégées. Néanmoins, la base de données de l'OMS relative à la tuberculose représente une base de données de référence financière détaillée et complète, qui a été régulièrement utilisée dans des travaux de calcul de coûts similaires pour les projections mondiales de coûts et de financement de la tuberculose.

La première étape de l'estimation des besoins en matière de ressources pour le Plan mondial 2018-2022 a consisté à faire un choix entre l'utilisation des dépenses et l'utilisation des données budgétaires. Les dépenses sont plafonnées par les réalités de financement, tandis que les budgets sont basés sur les plans stratégiques nationaux de lutte contre la tuberculose. En tant que tels, les budgets sont ambitieux et comprennent généralement des demandes d'amélioration des outils de diagnostic, d'équipement et de structures de mise en œuvre des programmes. En effet, les budgets sont basés sur les types d'améliorations des programmes de tuberculose nécessaires pour atteindre les objectifs ambitieux fixés par le Plan mondial. Cependant, les informations disponibles ne permettent pas d'établir un lien direct entre les budgets déclarés à l'OMS et les éléments des programmes de lutte contre la tuberculose impliqués dans le Plan mondial.

Il a été décidé de baser les coûts unitaires dans notre analyse sur les données budgétaires déclarées. De plus, nous avons utilisé les données de 2016, qui semblaient plus complètes que les données de 2017, que nous avons probablement reçues à un moment où elles étaient encore en cours de traitement. Les catégories de coûts que nous avons utilisées sont répertoriées dans le tableau 3 ci-dessous.

Outre ces catégories de coûts, l'OMS a mis à disposition des estimations des coûts d'hospitalisation et des soins ambulatoires. Bien que les coûts résultant de l'utilisation des services de santé par les patients tuberculeux (c.-à-d. l'hospitalisation et les soins ambulatoires) ne représentent généralement pas un coût direct pour le programme de lutte contre la tuberculose, il s'agit là de coûts importants liés à la gestion des cas de tuberculose, qui doivent être planifiés, même s'ils se rapportent à un autre budget de santé. Ces coûts incluent

les coûts de premier jour d'hospitalisation et de dernier jour d'hospitalisation. Pour les estimer au niveau des pays, l'OMS utilise des estimations des coûts d'hospitalisation quotidiens moyens provenant de la base de données Choice, ainsi que des informations sur les fréquences de visite rapportées dans le questionnaire financier de l'OMS.

Imputation des données de coût unitaire manquantes

Pour tous les services pris en compte, seuls 50 % environ des pays analysés disposaient de données complètes sur les coûts unitaires, c'est-à-dire de données dans toutes les catégories. Nous avons utilisé un algorithme d'apprentissage¹⁰ pour imputer les coûts unitaires manquants. Les ensembles de formation étaient constitués de données provenant de pays déclarant des coûts unitaires non nuls, à l'exclusion de la Chine et de l'Inde. Les variables incluses dans les modèles originaux étaient les suivantes : notifications totales de tuberculose, nouvelles notifications séropositives, RR-TB et TB-MR confirmées, mortalité liée à la tuberculose hors VIH, mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH, incidence de la tuberculose, incidence de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, taille de la population, population de personnes vivant avec le VIH, décès annuels dus au sida, besoin total en matière de TAR, PIB par habitant, indice de développement humain, indice des États fragiles et dépenses de santé. Les algorithmes candidats étaient les suivants : elastic net, random forest, support vector machine, boost, step AIC et step forward. L'ensemble des modèles sélectionnés a été utilisé pour estimer les coûts unitaires dans tous les pays. Pour obtenir des plages d'incertitude, nous avons répété ce processus 200 fois. À chaque itération, l'ensemble d'apprentissage a été échantillonné avec remplacement. La médiane des simulations obtenues pour les pays pour lesquels des données sont manquantes a été utilisée pour imputer les données manquantes et les limites d'incertitude à 95 % ont été calculées à l'aide de la méthode du centile.

L'imputation des données manquantes pose naturellement de nombreux défis, notamment le fait de ne pas savoir si les données sont réellement manquantes ou si elles ont potentiellement été déclarées dans une autre catégorie. À part l'opinion d'experts, qui a permis, dans certains cas, de résoudre ces questions, nous ne disposons d'aucune autre information permettant de déterminer si et où cela pouvait être le cas.

À titre de référence globale, notre estimation budgétaire pour l'année de référence (2016 dans le cas des données de financement) était de 6,5 milliards de dollars américains, contre 6 milliards de dollars américains pour les pays ayant communiqué des données, soit une augmentation de 9 % des budgets prévus résultant de notre imputation de ce que nous supposons être des données manquantes.

10 Sinisi SE, Polley EC, Petersen ML, et al. Super learning: an application to the prediction of HIV-1 drug resistance. *Stat Appl Genet Mol Biol.* 2007;6:7. doi:10.2202/1544-6115.1240

Tendances des coûts unitaires

Le groupe de pilotage des coûts a fourni les distributions projetées et les augmentations de coûts de différents schémas thérapeutiques, ainsi que des informations sur la manière dont la mise en œuvre des nouvelles directives devrait influencer les besoins en matière de ressources.

Traitement

Nous avons appliqué ces répartitions de schémas thérapeutiques (schéma thérapeutique de longue et de courte durée dans le cas des médicaments de deuxième intention, où l'on s'attend dans les deux cas à des coûts doublés, et où l'on estime que 10 % nécessitent un traitement antituberculeux résistant à l'isoniazide, c'est-à-dire un ajout de fluoroquinolones, dans le cas des médicaments de première intention), à la fois sur l'année de base et sur la répartition attendue.

Cette méthode a entraîné une augmentation annuelle des coûts des médicaments de première intention de 4,5 % et une augmentation ponctuelle de 110 % pour les médicaments de deuxième intention en 2019.¹¹ Ces augmentations annuelles sont une composante appliquée des médicaments de première et de deuxième intention qui correspond directement aux coûts des médicaments. (Ces catégories incluent également d'autres dépenses, parmi lesquelles le stock régulateur et la distribution, ainsi que les coûts d'achat initiaux.)

Gestion des cas de TB-MR

Nous avons supposé une augmentation de 5 % dans la catégorie des coûts unitaires de gestion des cas de TB-MR pour l'augmentation de la surveillance du traitement et des effets secondaires de la TB-MR, basée en partie sur une évaluation des augmentations budgétaires pour l'Afrique du Sud entre 2015 et 2017 (6 % d'augmentation des coûts unitaires annuels). Bien que les nouvelles lignes directrices pour les patients atteints de TB-MR suggèrent un renforcement du soutien aux patients, ce qui plaide en faveur d'une augmentation plus importante du coût unitaire pour la prise en charge des cas de TB-MR, des mécanismes de soutien aux patients ont été ajoutés séparément, sous la forme d'activités habilitantes, de sorte que cet aspect des augmentations des coûts liés à la TB-MR reste modéré.

Laboratoires

Pour les augmentations des coûts unitaires de laboratoire, nous avons utilisé l'Afrique du Sud comme pays modèle en termes de budgétisation et d'investissement dans l'expansion de l'utilisation de la radiographie pour le dépistage et de GeneXpert pour le diagnostic primaire. Ceci a donné lieu à une augmentation annuelle de 17,8 % du coût unitaire pour les laboratoires. Nous avons également utilisé un calcul par tableur, grâce auquel nous avons créé une estimation d'une augmentation annuelle de 50 % (estimation prudente) pour

cette mise en œuvre.¹² Nous avons supposé une estimation de 25 % pour l'augmentation annuelle des coûts unitaires liés aux laboratoires.

Traitement préventif

Nous avons établi des hypothèses sur la répartition des cas sur un schéma thérapeutique à base de rifampentine et sur des schémas thérapeutiques moins coûteux. Nous avons supposé qu'une demande et des volumes importants entraîneraient une baisse des coûts unitaires. Nous n'avons pas ajouté de coûts pour garantir le suivi du traitement et la réalisation de la démarche préventive. Le coût de l'exclusion de la tuberculose active et d'autres coûts connexes pour les enquêtes de contact sont couverts par les coûts du programme et les coûts de laboratoire.

Hospitalisation et soins ambulatoires

Ces coûts comprennent les coûts de premier jour d'hospitalisation et de dernier jour d'hospitalisation des patients, comme indiqué dans la base de données financières de l'OMS. Pour les estimer au niveau des pays, l'OMS utilise des estimations des coûts d'hospitalisation quotidiens moyens provenant de la base de données Choice, ainsi quedes informations sur les fréquences de visite rapportées dans le questionnaire financier de l'OMS.

L'utilisation accrue de médicaments non injectables de deuxième intention devrait entraîner une diminution du nombre de jours d'hospitalisation des patients atteints de DR-TB d'ici 2022. Nous avons supposé que les pays présentant des durées d'hospitalisation supérieures à la moyenne, que nous estimions à 75 jours, diminueraient les durées d'hospitalisation pour atteindre 75 jours d'ici 2022. Nous avons également supposé qu'il n'y aurait aucun changement dans le coût unitaire annuel d'hospitalisation des patients de première ligne.

Dépenses d'appui aux programmes

Nous avons supposé qu'il n'y aurait pas d'augmentation des coûts unitaires globaux de gestion des programmes. On dispose de peu d'éléments probants dans les données budgétaires, au cours des dernières années, permettant de justifier une augmentation des coûts de gestion des programmes.

Le tableau 3 résume les augmentations de coûts unitaires utilisées dans l'analyse.

Activités habilitantes

Il est établi qu'un manque d'investissement dans les principales activités habilitantes a été constaté. Le groupe de pilotage a convenu d'augmenter uniformément les budgets projetés pour inclure des pourcentages fixes pour des activités « habilitantes » spécifiques, y compris le plaidoyer et les communications, les activités de PPM et l'implication de la communauté.

11 Cette augmentation de 110 % est calculée selon les augmentations de prix attendues à court et à long terme pour les médicaments de deuxième intention et les ajustements budgétaires déjà en cours.

12 This workbook used the unit cost from the One Health Model to estimate the cost of transitioning a diagnostic programme from the dominant clinical use of smear microscopy to the use of X-ray and GeneXpert by 2022. The method also accounted for equipping new laboratories for population densities according to WHO guidelines.

Nous avons utilisé des budgets détaillés de quelques pays, tels que l'Inde, les Philippines, la Géorgie et le Tadjikistan, qui ont été jugés représentatifs en termes de budgétisation des activités habilitantes, afin d'estimer la taille des catégories de coûts d'activités habilitantes, le soutien direct aux patients, les technologies mobiles, l'implication de la communauté, le plaidoyer et les communications, ainsi que les activités de PPM, par rapport aux budgets totaux (voir tableau 4). Les budgets des pays ont ensuite été ajustés pour maintenir la taille relative de ces estimations de 2018 à 2022. Les classifi-

cations des groupes de pays du Plan mondial 2016-2020 ont été utilisées pour attribuer les coûts de PPM aux pays dans lesquels le secteur privé est fortement impliqué.

Le Nigéria, l'Afrique du Sud, le Kenya et la République-Unie de Tanzanie, pays précédemment classés dans les groupes « à VIH élevé », ont été ajoutés à ce groupe de « PPM ».

Aucune majoration pour les catalyseurs n'a été ajoutée aux budgets des pays à revenu élevé et à faible charge de tuberculose.

TABLEAU 2 : CHAMPS ET DESCRIPTIONS DE LA BASE DE DONNÉES DE FINANCEMENT DE L'OMS

Champ de la base de données	Nom	Description
Budget_lab	Infrastructure, équipement et fournitures de laboratoire	Construction, entretien et rénovation de laboratoires antituberculeux, achat et entretien de matériel de laboratoire, consommables pour tous les tests (y compris dépistage de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA), assurance qualité, rééquipement et transport des échantillons
Budget_staff	Personnel des PNLT (personnel du siège central et personnel infranational pour la tuberculose)	Salaires et incitations pour ceux qui travaillent uniquement sur les activités de lutte contre la tuberculose aux niveaux central et périphérique (par exemple, les coordinateurs provinciaux et de district en matière de tuberculose, etc.) ; n'inclut pas le personnel de santé primaire travaillant sur d'autres maladies en plus de la tuberculose
Budget fld	DS-TB : médicaments	Médicaments pour les patients traités contre la DS-TB, y compris les enfants, cas de retraitement et stock régulateur
Budget_prog	DS-TB : coûts du programme	Gestion et supervision du programme de tuberculose, formation, élaboration de politiques, réunions, visites de supervision, achat d'équipement de bureau/véhicules, construction de bâtiments à l'usage du personnel du programme, surveillance de routine, plaidoyer et communication, activités de PPM, engagement communautaire, détection active de cas, contrôle des infections, et gestion de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments antituberculeux
Budget_sld	DR-TB : médicaments	Médicaments pour traiter la DR-TB (RR-TB, TB-MR ou TB-UR), y compris les médicaments pour traiter les effets indésirables chez les patients atteints de RR-TB/TB-MR/TB/UR
Budget_mdrmgmt	DR-TB : coûts du programme	Gestion des services de DR-TB, à l'exclusion des médicaments, par exemple, la rénovation des pavillons réservés à la TB-MR, soutien au Comité Feu Vert, évaluation de la situation en matière de TB-MR, perte de suivi et recherche de contacts, soins palliatifs
Budget_tbhiv	Activités conjointes TB/VIH	Collaboration entre les programmes de tuberculose et de VIH visant à réduire l'impact de la tuberculose liée au VIH ; les activités comprennent les organes de coordination pour la TB/VIH, la formation et la planification conjointes pour la TB/VIH, le dépistage du VIH pour les personnes atteintes de tuberculose, la surveillance du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose, le traitement préventif au cotrimoxazole (CPT), l'éducation/la communication conjointes pour la TB/VIH et le TAR pour les personnes atteintes de tuberculose ; le dépistage de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA est inclus dans Infrastructure, équipement et fournitures de laboratoire
Budget_patsup	Soutien des patients	Transferts en espèces, colis alimentaires, bons de transport, soutien éducatif et émotionnel ou autres avantages en nature accordés aux personnes atteintes de tuberculose
Budget_orsrvy	Recherche opérationnelle et études	Enquêtes périodiques (prévalence, résistance aux médicaments, coût catastrophique pour les patients) ; surveillance de routine (revue épidémiologique, études d'inventaire, pharmacovigilance, évaluation systématique du système de surveillance) ; recherche opérationnelle
Budget_oth	Autres lignes budgétaires	

TABLEAU 3 : AUGMENTATIONS ANNUELLES ESTIMÉES DES COÛTS UNITAIRES

Description du coût unitaire	Augmentation atteinte d'ici 2022	Commentaire
Appui au programme	0,0%	Aucune donnée
Médicaments de première intention	4,5%	Mise en œuvre de nouvelles lignes directrices
Médicaments de deuxième intention	110%	Mise en œuvre de nouvelles lignes directrices. Augmentation unique en 2019.
Gestion de cas de MR	5,0%	Basée sur l'analyse du budget de l'Afrique du Sud
Laboratoires	25,0%	Basée sur l'analyse du budget de l'Afrique du Sud
TB/VIH	0,0%	Traitement préventif géré séparément
Services de santé non MR	0,0%	Chiffre non estimé, mais devrait diminuer
Services de santé MR	0,0%	Baisses spécifiques au pays estimées

TABLEAU 4 : ACTIVITÉS D'HABILITATION AJOUTÉES AUX BUDGETS. SOUTIEN AUX PATIENTS (PS, DE L'ANGLAIS PATIENT SUPPORT), TECHNOLOGIES MOBILES (MT, DE L'ANGLAIS MOBILE TECHNOLOGIES), ORGANISATION COMMUNAUTAIRE (CSO, DE L'ANGLAIS COMMUNITY ORGANIZATION), PLAIDOYER ET COMMUNICATIONS (ADV & COM, DE L'ANGLAIS ADVOCACY AND COMMUNICATIONS)

Groupe de pays	PS	MT /ICT	CSO	Adv &Com	Activités de PPM	Total
	Plages de majoration pour les activités d'habilitation					
	5,0%–8,0%	1,0%	2,5%–3,0%	1,0%–2,0%	2,0%–9,0%	
Prévalence de MR élevée, soins centralisés	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Prévalence de TB/VIH élevée, CDAА	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Prévalence de TB/VIH élevée, hors CDAА	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Prévalence modérée, COE	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Prévalence élevée, secteur privé	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	8,0%	17,5%
Prévalence modérée, revenu intermédiaire	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%
Prévalence faible, revenu élevé	5,0%	1,0%	2,5%	1,0%	0,0%	9,5%

Aucune majoration pour les catalyseurs n'a été ajoutée aux coûts des systèmes de santé (c'est-à-dire, principalement les coûts d'hospitalisation), car ces coûts ne sont pas pris en charge par les PNLT.

Résultats des besoins en matière de ressources

Le tableau 7.1 du chapitre 7 montre les besoins financiers requis pour mettre en œuvre le Plan mondial 2018-2022 par état des revenus, éligibilité au Fonds mondial, groupe de pays du Plan mondial, région OMS et membres du BRICS, ainsi qu'à l'échelle mondiale. Les besoins en matière de ressources augmenteront considérablement, passant d'environ 9,2 milliards de dollars américains en 2018 à environ 15,6 milliards de dollars américains d'ici 2022 si le Plan mondial 2018-2022 est pleinement mis en œuvre. Un total de 64,8 milliards de dollars américains sera nécessaire pour la période 2018-2022, soit en moyenne 13 milliards de dollars américains par an.

Le tableau 5 montre le coût moyen des soins aux patients pour les cas de tuberculose non multirésistante et de TB-MR. Ces estimations comprennent les coûts des médicaments, les coûts du système de santé général et les coûts d'appui aux programmes.

À l'exclusion des catalyseurs, qui sont difficiles à dissocier selon le statut de multirésistance, le coût moyen pour traiter les patients atteints de tuberculose non multirésistante est d'environ 1 050 dollars américains, tandis que le coût moyen pour les patients atteints de TB-MR est de 15 500 dollars américains. Dans les pays éligibles au Fonds mondial, ces chiffres sont respectivement de 860 dollars américains et 12 700 dollars américains. Le coût moyen pour les patients atteints de TB-MR dans la Région européenne de l'OMS, qui dispose généralement d'un degré élevé de soins centralisés aux patients, peut atteindre 32 000 dollars américains.

Notez qu'une augmentation du coût global des soins aux patients pour les patients atteints de tuberculose non multirésistante est prévue pour la période 2018-2022. Pour la TB-MR, bien qu'une augmentation du coût des médicaments soit également attendue, le coût par patient est quelque peu compensé par la baisse attendue des coûts d'hospitalisation ; par conséquent, le coût par patient atteint de TB-MR traité pour la période 2018-2022 reste relativement stable.

RETOUR SUR INVESTISSEMENT

Une analyse du retour sur investissement (RSI) a été réalisée en utilisant la méthode du Plan mondial 2016-2022, c'est-à-dire la méthodologie de la Commission Lancet sur l'investissement dans la santé (Jamison et al. 2013¹³), tout en l'adaptant aux nouvelles directives pour l'analyse avantages-coûts faisant suite aux travaux en collaboration avec le Fonds mondial pour l'estimation du retour sur investissement du nouveau cycle de reconstitution.

Un calcul ajusté de valeur de vie statistique (VVS) a été utilisé pour calculer les VVS spécifiques au pays et à l'année :

$$VSL_{it} = \left(VLSY_{USA} * \left(\frac{GDP_{it}}{GDP_{USA}} \right)^e \right) \quad t = 2018, 2018, \dots, 2022,$$

où $VVSA_i$ est la valeur du pays i pour l'année t , VVS_{USA} est calculée à l'aide de l'estimation de Jamison et al. (2013) de la VVS pour les États-Unis, de 9,4 millions de dollars américains divisée par une espérance de vie restante de 40 ans ; PIB_{it} est le produit intérieur brut (PIB) par habitant ajusté de la parité du pouvoir d'achat (ppa) du pays i pour l'année t en dollars internationaux, obtenue en s'appuyant sur les Perspectives de l'économie mondiale d'avril 2018 ; PIB_{USA} est le PIB par habitant ajusté de la ppa des États-Unis (estimé à 57 815 dollars américains pour 2018) ; e est une estimation de l'élasticité des revenus de 1,5.

Pour calculer le bénéfice net (ou le rendement) par rapport à un scénario de maintien du statu quo, le nombre total de décès évités par le Plan mondial a été multiplié par les VVS spécifiques à chaque pays, en soustrayant les coûts supplémentaires du Plan mondial 2018-2022 :

$$\text{Bénéfice net} = (\text{Morts_BAU} - \text{Mort_GP})_p \times VSS_p - (\text{Coût_GP} - \text{Coût_BAU})_p$$

où p = pays. Le RSI est donné à partir de l'équation suivante :

$$RSI = \text{Bénéfice net} / (\text{Coût_GP} - \text{Coût_BAU})_p$$

Les décès et les coûts ont été soustraits des valeurs actuelles en 2018 en appliquant un facteur d'actualisation de 3 %. Seuls les décès des personnes séronégatives ont été pris en compte, car la plupart des bénéfices perdus en cas de décès de personnes séropositives devraient résulter de l'expansion du TAR dans les programmes de lutte contre le VIH, ce qui ne constitue généralement pas un coût pour les PNLT.

Les résultats sont présentés dans le tableau 7.2 du chapitre 7, montrant un bénéfice net mondial d'environ 711 milliards de dollars américains et un retour sur investissement d'environ 1:44 d'ici 2022 (un investissement de 1 dollar américain rapporte 44 dollars américains en retour) si les investissements se poursuivent, pour conserver la couverture élevée qu'implique la mise en œuvre du Plan mondial 2018-2022. Il convient de noter qu'une grande partie des besoins non satisfaits se trouvent dans les pays à faible revenu ; pour ces pays, on s'attend à ce que le retour sur investissement soit nettement inférieur : 1:13.

Un retour sur investissement de 1:27 a été estimé dans le passé pour le scénario de mise à l'échelle « standard » du Plan mondial 2016-2020. Le retour sur investissement du Plan mondial « accéléré » 2016-2020 a été estimé à 1:85. Le RSI pour le Plan mondial 2018-2022, qui comprend des éléments de la mise à l'échelle accélérée ainsi que des « coûts d'habilitation » supplémentaires, se situe au niveau des estimations de RSI précédentes ; plus proche du RSI du Plan mondial d'investissement standard 2016-2020.

13 Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet Commissions. 2013;382(9908):1898-955. doi:10.1016/S0140-6736(13)62105-4

TABLEAU 5 : COÛT PAR PATIENTS NON MR ET MR TRAITÉS, PAR STATUT DE REVENU, ADMISSIBILITÉ AU FONDS MONDIAL, GROUPE DE PAYS DANS LE PLAN MONDIAL, RÉGION OMS ET ADHÉSION AU BRICS

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
COÛT PAR PATIENT TRAITÉ : NON MR (USD)						
TOTAL MONDIAL						
Total (mondial, y compris les pays de l'OCDE)	990,00	970,00	1 060,00	1 160,00	1 270,00	1 090,00
Total (mondial, à l'exclusion des pays de l'OCDE)	910,00	910,00	1 000,00	1 100,00	1 210,00	1 020,00
RÉPARTITION PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	830,00	850,00	910,00	990,00	1 110,00	940,00
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	580,00	600,00	710,00	800,00	900,00	710,00
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	1 970,00	2 040,00	2 190,00	2 340,00	2 510,00	2 190,00
Revenu élevé	5 790,00	5 850,00	5 920,00	6 020,00	6 110,00	5 930,00
PAYS ADMISSIBLES AU FONDS MONDIAL, PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	830,00	850,00	910,00	990,00	1 110,00	940,00
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	580,00	600,00	710,00	800,00	900,00	710,00
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	2 680,00	2 790,00	3 060,00	3 380,00	3 760,00	3 110,00
Total	780,00	800,00	900,00	1 010,00	1 130,00	920,00
CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL						
Prévalence de MR élevée, soins centralisés	6 540,00	6 810,00	7 410,00	8 050,00	8 480,00	7 360,00
Prévalence de TB/VIH élevée, CDAA	1 320,00	1 370,00	1 450,00	1 600,00	1 800,00	1 510,00
Prévalence de TB/VIH élevée, non CDAA	1 460,00	1 620,00	1 900,00	2 160,00	2 410,00	1 950,00
Prévalence modérée, COE	680,00	700,00	760,00	820,00	920,00	780,00
Prévalence élevée, secteur privé	480,00	510,00	560,00	630,00	720,00	580,00
Prévalence modérée, revenu intermédiaire	1 890,00	1 990,00	2 060,00	2 170,00	2 300,00	2 080,00
Inde	330,00	340,00	370,00	400,00	450,00	370,00
Chine	1 240,00	1 260,00	1 310,00	1 350,00	1 410,00	1 310,00
Prévalence faible, revenu élevé	4 660,00	4 640,00	4 720,00	4 840,00	4 980,00	4 760,00
RÉGION OMS						
EMR	430,00	460,00	500,00	560,00	650,00	520,00
AFR	1 270,00	1 360,00	1 520,00	1 710,00	1 910,00	1 570,00
AMR	2 590,00	2 680,00	2 780,00	2 910,00	3 080,00	2 800,00
EUR	6 270,00	6 480,00	6 940,00	7 430,00	7 790,00	6 910,00
WPR	1 210,00	1 210,00	1 230,00	1 280,00	1 350,00	1 250,00
SEAR	400,00	410,00	460,00	500,00	570,00	470,00
BRICS (BRA, CHN, IND, RUS, SAF)						
Total	780,00	760,00	810,00	870,00	950,00	830,00

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
COÛT PAR PATIENT TRAITÉ : MR (USD)						
TOTAL MONDIAL						
Total (mondial, y compris les pays de l'OCDE)	14 680,00	16 920,00	15 550,00	15 200,00	15 430,00	15 500,00
Total (mondial, à l'exclusion des pays de l'OCDE)	14 620,00	16 850,00	15 490,00	15 140,00	15 370,00	15 440,00
RÉPARTITION PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	14 460,00	19 520,00	19 190,00	19 360,00	19 700,00	19 110,00
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	6 730,00	9 670,00	10 330,00	10 620,00	10 830,00	10 140,00
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	26 680,00	28 630,00	25 170,00	24 240,00	24 900,00	25 570,00
Revenu élevé	21 650,00	27 510,00	26 940,00	26 420,00	26 650,00	25 890,00
PAYS ADMISSIBLES AU FONDS MONDIAL, PAR NIVEAU DE REVENU						
Revenu faible	14 460,00	19 520,00	19 190,00	19 360,00	19 700,00	19 110,00
Revenu intermédiaire, tranche inférieure	6 730,00	9 660,00	10 330,00	10 620,00	10 830,00	10 140,00
Revenu intermédiaire, tranche supérieure	13 990,00	17 480,00	17 140,00	17 270,00	17 310,00	16 700,00
Total	8 630,00	11 680,00	11 950,00	12 130,00	12 330,00	11 740,00
CONTEXTE DU PAYS DANS LE PLAN MONDIAL						
Prévalence de MR élevée, soins centralisés	30 010,00	33 930,00	34 410,00	35 180,00	36 290,00	34 140,00
Prévalence de TB/VIH élevée, CDAA	8 750,00	13 800,00	15 190,00	15 940,00	16 280,00	14 670,00
Prévalence de TB/VIH élevée, non CDAA	13 580,00	17 620,00	16 980,00	16 960,00	17 180,00	16 910,00
Prévalence modérée, COE	15 790,00	18 610,00	18 000,00	18 140,00	18 390,00	18 110,00
Prévalence élevée, secteur privé	9 780,00	14 490,00	15 250,00	15 660,00	15 980,00	15 120,00
Prévalence modérée, revenu intermédiaire	13 080,00	17 080,00	16 280,00	15 930,00	15 920,00	15 830,00
Inde	3 660,00	5 060,00	5 090,00	5 120,00	5 140,00	4 950,00
Chine	7 140,00	9 000,00	9 030,00	9 100,00	9 150,00	9 020,00
Prévalence faible, revenu élevé	18 660,00	25 090,00	28 720,00	31 010,00	32 120,00	28 110,00
RÉGION OMS						
EMR	12 400,00	19 520,00	19 920,00	20 190,00	20 580,00	19 850,00
AFR	10 860,00	16 060,00	17 250,00	17 900,00	18 240,00	17 030,00
AMR	16 570,00	21 970,00	21 410,00	21 310,00	21 140,00	20 790,00
EUR	29 540,00	33 500,00	33 970,00	34 730,00	35 880,00	33 700,00
WPR	9 380,00	11 700,00	11 200,00	11 220,00	11 380,00	11 190,00
SEAR	4 520,00	6 410,00	6 760,00	6 920,00	7 050,00	6 620,00
BRICS (BRA, CHN, IND, RUS, SAF)						
Total	15 640,00	16 730,00	14 410,00	13 630,00	13 880,00	14 510,00

**TABLEAU 6 : BESOINS EN RESSOURCES (MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS),
PAR CATÉGORIE DE COÛTS, FACILITATEURS INCLUS**

BESOINS EN RESSOURCES (MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS)						
Catégorie de coûts	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Médicaments de première intention	339,1	404,9	444,8	436,2	422,3	2 047,2
Médicaments de deuxième intention	408,7	1 010,6	1 689,9	2 215,1	2 295,5	7 619,7
Infrastructure équipement et fournitures de laboratoire	705,3	1 000,3	1 312,5	1 566,7	1 833,8	6 418,7
Coûts du programme de première intention	2 560,8	2 947,8	3 276,6	3 258,5	3 147,5	15 191,2
Coûts du programme de deuxième intention	1 191,0	1 346,1	1 891,2	2 364,9	2 527,4	9 320,7
Système de santé général de première intention	2 489,4	2 640,4	2 540,8	2 362,9	2 200,5	12 234,0
Système de santé général de deuxième intention	445,6	494,7	751,1	931,0	925,1	3 547,7
Activités conjointes pour TB/VIH	155,8	156,6	157,5	158,2	158,6	786,7
Traitement préventif	206,5	217,7	316,3	399,8	565,2	1 705,6
Facilitateurs	741,7	960,6	1 263,9	1 454,1	1 530,4	5 950,7
Total	9 244,0	11 179,7	13 644,7	15 147,4	15 606,4	64 822,2

ANNEXE 2
ENSEMBLES D'INVESTISSEMENT
PAR CONTEXTE NATIONAL

Les contextes nationaux ont été identifiés dans le Plan mondial 2016-2020 grâce à un processus de regroupement des pays en fonction de leur épidémiologie de la tuberculose, de leur situation géopolitique, de leur système de santé, de leurs revenus, etc. Pour regrouper les pays, une analyse quantitative en composantes principales (ACP) a été réalisée à l'aide de 27 paramètres, complétée par l'avis d'experts.¹ Le Plan mondial 2018-2022 actualisé n'apporte aucune modification aux contextes nationaux.

Les ensembles d'investissement du Plan mondial sont des groupes d'interventions, adaptés aux contextes nationaux, qui détaillent comment classer les investissements par ordre de priorité afin d'atteindre les objectifs de l'UN HLM sur la tuberculose et d'être en bonne voie pour éradiquer ou éliminer la tuberculose. Ces ensembles d'investissement comprennent des investissements dans les interventions qui sont nécessaires, mais qui ne sont actuellement pas mises en œuvre ou doivent être massivement intensifiées.

Processus de sélection des ensembles d'intervention et d'investissement pour chaque contexte

Les étapes suivantes ont été utilisées à cet effet :

1. Création de la matrice de notation des interventions.

Toutes les interventions possibles ont été répertoriées sur la

base des travaux antérieurs réalisés pour le cadre modulaire de la tuberculose du Fonds mondial. 35 interventions ont eu lieu, dans quatre domaines : recherche de cas et diagnostic ; traitement et gestion des cas ; prévention ; et environnement et systèmes propices. Une matrice de notation a été créée pour identifier les ensembles d'investissement pour neuf contextes nationaux.

2. Évaluation des interventions dans chaque contexte national en utilisant la matrice de notation.

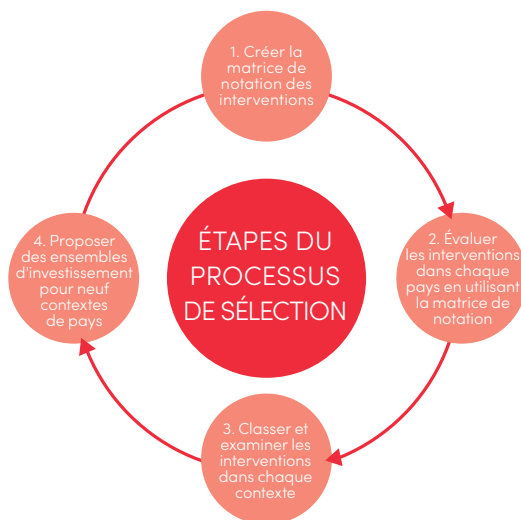
Six experts de la tuberculose forts d'une expérience diversifiée au niveau national et au niveau mondial ont évalué indépendamment les interventions pour chaque contexte.

3. Classification et examen des interventions dans chaque contexte national.

Les scores agrégés des experts ont été utilisés pour classer les interventions du score le plus élevé au score le plus faible pour chaque contexte, et un consensus a été développé en utilisant la technique Delphi.

4. Proposition des ensembles d'investissement pour neuf contextes nationaux.

1 Annexes au Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020. Genève : Stop TB Partnership ; 2015. <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/Annexes.pdf>



MATRICE DE NOTATION POUR LES ENSEMBLES D'INVESTISSEMENT

1. Recherche de cas et diagnostic

Intervention	Description
1.1. Déploiement des diagnostics moléculaires comme test initial de la TB et de la RR-TB	Au niveau de la prestation de services périphériques ; Xpert MTB/RIF pour l'instant, mais aussi d'autres technologies qui seront approuvées dans un futur proche.
1.2. Transfert d'échantillons	Il est suggéré de classer la référence d'échantillons (transfert) comme une intervention distincte, visant à accroître l'accès aux tests moléculaires rapides (Xpert, LPA) et aux tests basés sur la culture.
1.3. Culture et TSM dans les laboratoires de référence et assurance qualité en laboratoire	Assurer un TSM universel pour les médicaments de première et de seconde intention, en utilisant des techniques rapides au niveau de la référence. Comprend également le séquençage du génome tel qu'applicable dans un avenir proche.
1.4. Dépistage actif des cas de tuberculose	Inclut la recherche de cas en milieu communautaire et en établissement, et au sein des groupes spéciaux à risque (c.-à-d. les détenus, les mineurs, etc.) ; des unités de diagnostic mobiles, une mobilisation communautaire et des systèmes de soutien adaptés aux personnes ; des stratégies spécifiques visant le diagnostic chez les enfants et les femmes, etc.
1.5. Diagnostic et dépistage des cas de TB/VIH	Comprend à la fois i) le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et l'utilisation de diagnostics spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH, comme TB LAM, et ii) le dépistage du VIH et le conseil relatif au VIH chez les personnes atteintes de tuberculose.
1.6. Recherche de contacts	Il est suggéré d'inclure la recherche de contacts séparément, afin de souligner l'importance de l'intensification cette intervention pour trouver les cas de tuberculose active (y compris les contacts adultes), tandis que le dépistage et le traitement préventif de l'infection tuberculeuse sont inclus dans le module de prévention ci-dessous.
1.7. Autres outils et activités pertinents, dépistage des cas et diagnostic	Radiographie thoracique, radiographie numérique, diagnostic assisté par ordinateur, autres activités liées à ce module qui ne relèvent pas strictement des interventions ci-dessus.

2. Traitement et gestion des cas

Intervention	Description
2.1. Traitement de la DS-TB chez l'adulte	Comprend l'achat de médicaments de première intention, mais également d'autres activités pertinentes (assistance technique, formation, etc.) qui ne relèvent pas des autres interventions de ce module.
2.2. Traitement de la DS-TB chez les enfants et les adolescents	Identique à l'intervention 2.1 ci-dessus, mais pour les enfants de 0 à 14 ans et les adolescents de 15 à 17 ans.
2.3. Traitement des cas de DR-TB chez l'adulte	Comprend l'achat de médicaments de seconde intention, mais également d'autres activités pertinentes (assistance technique, formation, etc.) qui ne relèvent pas des autres interventions de ce module.
2.4. Traitement de la DR-TB chez les enfants et les adolescents	Identique à l'intervention 2.3 ci-dessus, mais pour les enfants de 0 à 14 ans et les adolescents de 15 à 17 ans.
2.5. Soutien aux patients : incitations et facilitateurs	Incitations monétaires, emballages alimentaires, aides au transport et autres incitations (pour tous les types de cas de tuberculose).
2.6. Soutien aux patients : traitement vidéo-observé et autres technologies de suivi numérique du traitement	Toutes sortes de technologies numériques « innovantes » pour la tuberculose ; qu'il est important de développer et de surveiller.
2.7. Soutien aux patients : autres activités	Assistance psychosociale, soutien par les pairs, soutien nutritionnel et de subsistance, réadaptation et autres types de soutien à l'observance non classés dans les deux interventions ci-dessus.
2.8. Surveillance du traitement, gestion des événements indésirables et pharmacovigilance/aDSM	Il est proposé de séparer cette intervention afin de souligner l'importance de la surveillance clinique et de l'aDSM (en particulier dans les cas de DR-TB), bien qu'elle se rapporte également à l'intervention suivante.
2.9. Prise en charge de la tuberculose associée au VIH et autres comorbidités	Voir la remarque ci-dessus. Comprend la thérapie antirétrovirale, mais également la gestion d'autres comorbidités telles que l'hépatite, le diabète, etc.
2.10. Autres activités, traitement et prise en charge des cas	Autres activités liées à ce module qui ne relèvent strictement d'aucune des interventions ci-dessus.

3. Prévention

Intervention	Description
3.1. Dépistage et traitement préventif de l'infection tuberculeuse chez les enfants	Inclut les médicaments avec schémas thérapeutiques appropriés et la surveillance de fin du traitement, l'assistance technique, la formation et d'autres besoins.
3.2. Dépistage et traitement préventif de l'infection tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH	Identique à l'intervention 3.1 ci-dessus.
3.3. Dépistage et traitement préventif de l'infection tuberculeuse dans les foyers adultes et autres contacts proches des patients tuberculeux	Identique à l'intervention 3.1 ci-dessus.
3.4. Dépistage et traitement préventif de l'infection tuberculeuse dans d'autres groupes à risque	Identique à l'intervention 3.1 ci-dessus.
3.5. Thérapie préventive pour les contacts des personnes atteintes de DR-TB	Identique à l'intervention 3.1 ci-dessus.
3.6. Contrôle des infections	Il est proposé d'inclure le contrôle des infections dans le module Prévention. Comprend le contrôle des infections en milieu hospitalier et ambulatoire/ communautaire, la surveillance des professionnels de santé concernant la tuberculose, etc.
3.7. Autres activités, prévention	Autres activités liées à ce module qui ne relèvent strictement d'aucune des interventions ci-dessus.

4. Environnement et systèmes favorables

Intervention	Description
4.1. Plaidoyer de haut niveau, planification stratégique et implication de toutes les parties prenantes	Appui à l'implication multisectorielle et intersectorielle au niveau des pays pour mettre fin à la tuberculose, y compris des plans stratégiques nationaux et des plans régionaux/infranationaux.
4.2. Information, communication et mobilisation sociale	Inclut les activités d'information/de pédagogie à l'attention du grand public, ainsi que de différents publics cibles spéciaux.
4.3. Financement de la santé et prestation de services pour la tuberculose	Comprend des initiatives de réforme et de développement du système de santé qui sont pertinentes en matière d'amélioration de la prévention et des soins de la tuberculose dans le cadre de la CSU (en lien avec les régimes de financement de la santé, l'affectation des ressources, les mécanismes de paiement des prestataires, la mise en place de modèles axés sur les personnes et les patients pour la prestation des services antituberculeux).
4.4. Développement des ressources humaines pour les soins antituberculeux	Comprend tous les types d'initiatives en matière de ressources humaines pour la santé (RHS) qui ont un impact sur la prévention et les soins de la tuberculose (par exemple, les réformes de l'enseignement médical, la délégation de tâches, l'engagement d'autres prestataires, l'implication des prestataires de soins de santé primaires, diverses activités de renforcement des capacités, etc.).
4.5. Interventions communautaires et implication de la société civile	Initiatives et projets de plus vaste ampleur permettant une participation effective des acteurs communautaires et de la société civile à la prévention et aux soins de la tuberculose. Remarque : des projets spécifiques qui ciblent, par exemple, le soutien des OSC à au suivi du traitement par les patients atteints de DR-TB, peuvent également être envisagés dans le cadre des interventions 2.2 à 2.4 ci-dessus.
4.6. Répondre aux besoins particuliers des populations clés (détenus, populations mobiles, mineurs et autres)	Comprend des activités spécifiques qui se concentrent sur les groupes répertoriés (par exemple, soutien social aux ex-mineurs atteints de tuberculose et à leurs familles ; différentes activités de prévention et de prise en charge de la tuberculose chez les migrants transfrontaliers, etc.).
4.7. Supprimer les entraves aux droits de l'homme et les obstacles liés au genre dans l'accès aux services antituberculeux	Activités portant sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, les droits de l'homme et l'alphabétisation juridique, les services juridiques, le suivi et la réforme des lois et politiques, la formation des législateurs, la sensibilisation des prestataires de soins de santé aux droits de l'homme et à l'éthique médicale, etc.
4.8. Mobiliser les prestataires de soins de santé privés	Activités de PPM pouvant recouper la recherche croisée de cas, le traitement, la prévention et d'autres aspects des soins antituberculeux. Inclut également les systèmes et outils de gestion nécessaires à la mise en œuvre et à la surveillance efficaces de la tuberculose en PPM, qui supposent un budget séparé, tels que les agences interphases, les systèmes numériques de notification et de surveillance, les incitations, etc., ainsi que certains coûts éligibles pour les patients.
4.9. Systèmes de gestion des achats et de l'approvisionnement (PSM, de l'anglais « Procurement and Supply Management »)	Couvre divers aspects de la PSM pour les médicaments et les produits de santé liés à la tuberculose, avec une attention particulière portée à la transition du financement des donateurs.
4.10. Systèmes d'information sur la tuberculose	Renforcement des systèmes d'information sur la tuberculose permettant une surveillance, un suivi et une évaluation efficaces des interventions de lutte contre la tuberculose aux niveaux national et infranational, ainsi que des échanges internationaux de données, notamment via le suivi de la tuberculose en temps réel basé sur les cas, avec ou sans intégration dans le système général d'information sur la gestion de la santé (HMIS).
4.11. Autres activités, environnement et systèmes favorables	Toutes les autres activités liées à ce module qui ne relèvent strictement d'aucune des interventions ci-dessus.



Stop  Partnership

Global Health Campus
Chemin du Pommier 40
1218 Le Grand-Saconnex
Genève, Suisse

www.stoptb.org