



Bonnes pratiques de dépistage et de traitement de la tuberculose

Réflexions et enseignements tirés de l'Afrique de l'Ouest
et du Centre et d'ailleurs

Octobre 2018
Genève, Suisse

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier tous les pays participants, de la région Afrique de l'Ouest et du Centre et d'ailleurs, pour leurs contributions importantes, leur disposition à partager des connaissances précieuses, et leur participation constructive à l'atelier de Cotonou.

Nous remercions également l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Partenariat Halte à la tuberculose (STOP TB), le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), l'Union, la fondation Action Damien, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et d'autres partenaires qui ont étroitement collaboré à l'initiative de lutte contre la tuberculose en Afrique de l'Ouest et du Centre ainsi qu'à l'atelier de Cotonou.

Nous remercions en particulier le Programme national de lutte contre la tuberculose et le secrétariat du Réseau ouest-africain de recherche contre la tuberculose (WARN-TB) du Bénin pour leur soutien sans faille en vue d'organiser et d'héberger l'atelier.

Nous sommes également reconnaissants envers nos collègues du Fonds mondial du Département conseil technique et partenariat (TAP) et de la Division de gestion des subventions (GMD), qui ont méticuleusement collaboré à la réalisation de ces travaux.

Enfin, nous adressons de nombreux remerciements aux consultants qui ont participé à l'atelier et qui ont généreusement partagé leurs connaissances et leurs expériences en matière d'appui aux stratégies innovantes de lutte contre la tuberculose dans divers pays du continent.

Anna Scardigli
Tina Draser
Eliud Wandwalo

Au nom de l'équipe de rédaction

Octobre 2018

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AQD	Assurance qualité des données
AS	Agent de santé
ASC	Agent de santé communautaire
ASV	Agent sanitaire villageois
AUC	Aire sous la courbe
AVS	Agent de vulgarisation sanitaire
BAAR	Bacille acido-alcool-résistant
BCPT	Tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée
CCC	Communication pour le changement de comportement
CI	Contrôle des infections
CPS	Chimio-prévention du paludisme saisonnier
CS	Centre de santé
CSC	Centre de santé communautaire
DAC	Dépistage actif des cas
DIC	Dépistage intensif des cas
DOT	Traitement sous surveillance directe
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
EI	Effets indésirables
ES	Établissement de santé
FMC	Formation médicale continue
FSC	Formule sanguine complète
GAM	Gestion de l'approvisionnement en médicaments
GAS	Gestion des achats et des stocks
GDF	Service pharmaceutique mondial
ICN	Instance de coordination nationale
IEC	Information, éducation et communication
IGRA	Test de production d'interféron-gamma
IMT	Institut de médecine tropicale
LCR	Liquide céphalo-rachidien
LPA	Line probe assay
MF	Microscopie à fluorescence
MRC	Conseil de la recherche médicale
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
MTB	Bactéries du complexe Mycobacterium tuberculosis
OC	Organisation communautaire
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale

PEC-C	Prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire
PECIMEN	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNLTL	Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre
POS	Procédure opérationnelle standard
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RHN	Réunion de haut niveau
RHS	Ressources humaines pour la santé
S&E	Suivi et évaluation
SARA	Évaluation de la disponibilité et de la préparation des services
SASM	Suivi actif de la sécurité des médicaments
SIS	Système d'information sanitaire
SRPS	Systèmes résistants et pérennes pour la santé
TAR	Traitement antirétroviral

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	1
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	2
RÉSUMÉ.....	5
1 INTRODUCTION.....	10
1.1 Présentation du contexte et justification.....	10
1.2 Conception de l'atelier et méthodologie.....	11
1.3 Objet du rapport.....	12
2. ÉTAT DES LIEUX: QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE?.....	14
2.1 Dépistage de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante et résultats en matière de traitement.....	14
2.2 Tuberculose associée au VIH.....	15
2.3 Tuberculose chez l'enfant et l'adolescent.....	16
2.4 Défis et opportunités liés au système de santé dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.....	18
2.5 Réflexions au niveau des pays sur les obstacles et les possibilités en matière de dépistage et de traitement de la tuberculose.....	20
3 PARTAGE DES PRATIQUES ACTUELLES: ÉTUDES DE CAS NATIONALES... 24	24
3.1 L'intensification du dépistage de la tuberculose grâce à l'engagement communautaire et à la décentralisation des services.....	25
3.2 Dépistage actif dans les centres de santé.....	29
3.3 Que faisons-nous pour la lutte contre la tuberculose chez les enfants?.....	35
3.4 La prise en charge de la tuberculose et de sa forme multirésistante, et les résultats en matière de traitement.....	38
3.5 Résumé des présentations « affiches » sur les approches innovantes.....	41
4 TRAVAILLER EN VUE DE SOLUTIONS POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE: CONNAISSANCES ESSENTIELLES ET ACTIONS.....	44
4.1 Diagnostic de la tuberculose en laboratoire.....	45
4.2 Gestion des achats et des stocks.....	50
4.3 Suivi et évaluation.....	51
4.4 Communautés et tuberculose.....	54
5 PERSPECTIVES DE PLANIFICATION NATIONALE: OÙ ALLONS-NOUS? ET COMMENT?.....	57
5.1 Goulots d'étranglement et opportunités identifiés par les participants après chaque séance.....	57
5.2 Points à retenir des projets de plans et stratégies de portée nationale pour l'avenir.....	58
5.3 L'un des principaux résultats de l'atelier: la Déclaration de Cotonou sur la tuberculose.....	59
5.4 En conclusion.....	60
6 ANNEXES.....	62
Annexe 1: La Déclaration de Cotonou sur la tuberculose.....	62
Annexe 2: Programme et liste des participants/intervenants.....	65
Annexe 3: Formulaire à compléter par les pays aux fins de préparation et de planification de l'atelier.....	71
Annexe 4: Synthèse des conclusions tirées de l'évaluation de l'atelier.....	75

RÉSUMÉ

1 INTRODUCTION

La tuberculose (TB) reste l'infection la plus mortelle du monde. Elle est également la cause principale des décès liés à la résistance aux antimicrobiens et la première cause de mortalité des personnes vivant avec le VIH. En 2016, le nombre de personnes atteintes de tuberculose était estimé à 10,4 millions, mais seules 6,3 millions (61 %) ont été dépistées et mises sous traitement (OMS, 2017). Au niveau mondial, le taux de déclaration des cas de tuberculose est resté stationnaire pendant près de 10 ans. Par ailleurs, 13 % des patients tuberculeux sont co-infectés par le VIH, et la plupart de ces cas sont originaires d'Afrique (OMS, 2017). En Afrique de l'Ouest et du Centre¹, d'importantes lacunes en matière de dépistage et de traitement de la tuberculose ont contribué à une charge substantielle de cas non diagnostiqués—des estimations régionales² suggèrent que plus de la moitié des personnes atteintes de tuberculose ne sont pas déclarées, elles forment les « cas manquants ».

Conscients de ces défis et mettant à profit les progrès déjà accomplis dans certains pays, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et un certain nombre de partenaires (l'OMS, Halte à la tuberculose, le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales [TDR], le Réseau ouest-africain de recherche contre la tuberculose [WARN-TB], l'Union, la fondation Action Damien, USAID, des organisations non gouvernementales [ONG], et d'autres acteurs communautaires) ont uni leurs forces afin d'intensifier le dépistage de la tuberculose et d'améliorer les résultats en matière de traitement dans les sous-régions de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique du Centre pour la période 2018-2020. L'objectif de cette initiative collaborative consiste à déployer les bonnes pratiques à grande échelle afin d'améliorer le dépistage de la tuberculose et les résultats en matière de traitement dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Dans le cadre du lancement de cette initiative, un atelier a été organisé à Cotonou (Bénin), du 26 au 28 mars 2018. Cet atelier était conçu pour réunir les pays dans le but de : partager les enseignements tirés et les bonnes pratiques concernant le dépistage de la tuberculose et les résultats en matière de traitement dans la région et ailleurs et ; soutenir leurs efforts visant à atteindre l'objectif commun d'éliminer la tuberculose d'ici à 2030. Le programme de trois jours comprenait une série de séances plénières et de présentations au niveau des pays, de séances de groupes de travail thématiques, de séances de planification nationale en groupes de travail, et de tables rondes d'experts—qui avaient tous pour objectif d'encourager les pays à trouver des solutions créatives pour améliorer et/ou déployer des stratégies efficaces en vue de dépister les cas manquants de tuberculose, d'améliorer les résultats du traitement de la TB, et de planifier la mise en œuvre des bonnes pratiques en fonction du contexte national et des ressources disponibles.

L'atelier avait pour but de favoriser l'apprentissage en présentant aux participants des enseignements concrets et des bonnes pratiques en vue d'améliorer le dépistage des cas et les résultats en matière de traitement, afin qu'ils puissent aider leurs pays respectifs à mettre à l'essai ou à déployer à plus grande échelle des innovations adaptées à leurs contextes spécifiques. Le présent rapport fournit un résumé des présentations, des discussions et des résultats.

2 ÉTAT DES LIEUX : QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ?

Pendant les deux premiers jours de l'atelier, des présentations introductives ont fourni aux participants un aperçu des progrès mondiaux et régionaux en matière de lutte contre la tuberculose. Ces présentations étaient axées en particulier sur la détection des cas et les résultats du traitement, la co-infection tuberculose/VIH et la tuberculose pédiatrique.

Malgré les progrès au niveau mondial, 40 % des cas de tuberculose en Afrique sont sous-détectés ou sous-déclarés ; la détection est particulièrement lacunaire chez les hommes âgés de 15 à 44 ans. Par ailleurs, chaque année, plus de 100 000 enfants et adolescents atteints de tuberculose ne sont pas diagnostiqués, traités ou notifiés en Afrique de l'Ouest et du Centre. En outre, le taux estimé de mortalité des patients co-infectés par la tuberculose et le VIH dans la région est supérieur de 50 % à celui du reste de l'Afrique, et la tuberculose résistante à la rifampicine et multirésistante est sous-diagnostiquée et sous-traitée—seuls 20 % des patients atteints de tuberculose pharmacorésistante sont diagnostiqués et mis sous traitement. Le large pourcentage

¹La région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre telle que définie par le Fonds mondial comprend le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, Cabo Verde, le Cameroun, le Congo-Brazzaville, le Gabon, la Gambie, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, le Niger, la République centrafricaine, São Tomé-et-Principe, le Sénégal, la Sierra Leone, le Tchad et le Togo.

²Selon les estimations de 2015 de l'OMS et une analyse des indicateurs clés de la tuberculose tirés des subventions du Fonds mondial

de personnes atteintes de tuberculose mais « manquantes » est dû à un mélange de sous-diagnostic et de sous-déclaration, ce qui suggère que l'amélioration du dépistage est fondamentale pour améliorer la lutte contre la tuberculose. Un certain nombre d'obstacles et de lacunes ont été recensés dans la région en matière de prévention et de prise en charge de la tuberculose, notamment la faible capacité opérationnelle des réseaux de laboratoires, la faiblesse des stratégies de dépistage chez les groupes cibles, et la participation inadéquate de tous les prestataires de services de santé.

La décentralisation et l'intégration stratégique des services de lutte contre le VIH et la tuberculose seront essentielles afin de combler les lacunes en matière de dépistage et de traitement, tandis que les obstacles liés au système de santé (par exemple, le suivi et l'évaluation, la gestion des achats et des stocks, et les ressources humaines) devront être traités conjointement afin d'assurer une intégration fonctionnelle ainsi que le suivi des patients. En parallèle, trois domaines ont été identifiés comme essentiels à l'intensification de la lutte contre la tuberculose chez l'enfant : le dépistage actif afin de diagnostiquer les enfants de manière précoce par le biais de la recherche des contacts et de l'intégration du dépistage, du diagnostic et du traitement de la tuberculose au sein d'autres services de santé de l'enfant ; l'amélioration des capacités de diagnostic, y compris le diagnostic clinique si nécessaire ; et la fourniture d'un traitement préventif aux jeunes enfants exposés à la tuberculose ou infectés. Enfin, il est nécessaire d'investir dans les systèmes de santé afin de compléter les investissements de base dans les programmes de lutte contre la tuberculose, et ces investissements peuvent être mis à profit pour soutenir la prestation de services de lutte contre la tuberculose de grande qualité.

En vue de mieux comprendre le problème des cas manquants de tuberculose dans la région, et afin de faciliter **la discussion et l'analyse au sein des pays** concernant à la fois les possibles obstacles à la détection des « cas manquants » (non diagnostiqués, non traités ou non déclarés) et l'amélioration des résultats du traitement pour les patients atteints de tuberculose et de tuberculose multirésistante, un document-type a été envoyé à tous les pays participants en amont de l'atelier afin d'encourager l'analyse interne des stratégies déjà essayées et des autres innovations qui pourraient être appliquées. Les résultats de cet exercice sont assez révélateurs. Les pays ont identifié les zones rurales et faiblement peuplées, les détenus, les enfants, les personnes vivant avec le VIH et les personnes à risque de tuberculose multirésistante comme étant les cinq principaux groupes/zones présentant les plus faibles résultats en matière de détection des cas et de traitement. Ils ont également relevé les obstacles les plus courants nuisant à la déclaration des cas et aux bons résultats en matière de traitement, qui comprennent : un accès limité à des services de diagnostic et de dépistage de la tuberculose de grande qualité ; une capacité technique inadéquate ; un ticket modérateur élevé pour les services et les produits de santé ; la pauvreté et une charge économique élevée ; le manque de respect des directives ; l'absence de directives et d'algorithmes ; et des ressources financières insuffisantes pour les activités du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT). Des obstacles liés au système de santé ont également été relevés, tels que : de longs délais d'attente pour les consultations, une dotation en personnel inadéquate, un taux de rotation élevé du personnel, un ratio patients/prestataires de services de santé élevé, et des problèmes d'infrastructure. Enfin, les participants sont revenus sur certaines expériences réussies en matière de déclaration des cas et de traitement, citant des exemples associés à la tuberculose pharmacorésistante, aux personnes vivant avec le VIH et aux détenus—bien que l'échelle de ces expériences positives soit relativement petite.

3 PARTAGE DES PRATIQUES ACTUELLES : ÉTUDES DE CAS NATIONALES

Le premier jour, les pays ont été invités à partager leurs expériences et à participer à une discussion interactive avec leurs homologues par le biais de **présentations sur des thèmes essentiels**. D'autres expériences de pays ont été présentées et examinées en plus petit comité lors des **séances sur les affiches** organisées le deuxième jour. Les occasions d'apprentissage et de participation se sont multipliées grâce aux présentations faites par des pays extérieurs à la région—notamment l'Ouganda, l'Éthiopie, la Tanzanie et le Kenya— qui ont permis de partager des pratiques actuelles, des enseignements et des innovations. Les présentations principales étaient axées autour des expériences nationales dans quatre grands domaines :

- L'intensification du dépistage de la tuberculose grâce à l'engagement communautaire et à la décentralisation des services : expérience des agents de vulgarisation sanitaire en Éthiopie ; expérience de l'engagement communautaire au Sénégal ; et décentralisation de la prise en charge de la tuberculose en Côte d'Ivoire.
- Le dépistage actif dans les centres de santé : amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes en Tanzanie et au Kenya ; l'étude RazaScreen pour dépister la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et les diabétiques au Sénégal, au Bénin et en République de Guinée ; et défis et opportunités en matière de dépistage actif des cas au Ghana.
- Que faisons-nous pour la lutte contre la tuberculose chez l'enfant : expérience du Bénin en matière de recherche des contacts et décentralisation et intégration du diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant en Ouganda.

- La prise en charge des patients et les résultats en matière de traitement: mise en œuvre d'un ensemble complet de services de prise en charge pour les patients atteints de tuberculose multirésistante au Niger et au Cameroun.

Toutes les présentations et affiches suivaient la même structure : une présentation du contexte national et du fondement de l'intervention ; une analyse des obstacles et des difficultés, ainsi que des possibilités et des facteurs propices ; les mesures de planification et de mise en œuvre prises, y compris les parties prenantes impliquées ; les outils utilisés pour suivre et évaluer l'intervention ; les résultats, même préliminaires ; et les enseignements tirés et la pertinence et/ou l'applicabilité de l'intervention dans d'autres contextes. Dans l'ensemble, les commentaires des participants ont suggéré que les présentations faisaient état d'un certain nombre d'approches innovantes (par exemple, des outils élaborés pour dépister les patients pour la tuberculose ; des modèles intégrés et décentralisés de prise en charge ; une intensification progressive de la prise en charge de la tuberculose multirésistante au moyen de traitements courts ; etc.) et d'un engagement en faveur de l'identification et de l'application de solutions sur mesure et adaptées au contexte. En outre, les résultats positifs obtenus jusqu'à présent ont contribué à l'élan en matière d'intensification, de reproduction et de mise en œuvre dans d'autres pays et contextes.

4 TRAVAILLER EN VUE DE SOLUTIONS POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE : CONNAISSANCES ESSENTIELLES ET ACTIONS

L'un des principaux objectifs de l'atelier consistait à donner aux participants l'occasion de débattre des difficultés et de trouver des solutions. Le deuxième jour de l'atelier, un **point sur quatre grands domaines thématiques** fortement associés au renforcement du système de santé a été fait par des experts. Les quatre sujets ont ensuite été abordés en groupes de travail, dans le cadre desquels les participants ont échangé avec des experts et des partenaires concernant les défis et les opportunités et se sont mis d'accord sur au moins trois solutions innovantes possibles afin de traiter ces domaines. Les domaines thématiques étaient :

- Domaine thématique 1: Diagnostics de la tuberculose en laboratoire, l'accent étant mis en particulier sur les aspects opérationnels des tests moléculaires rapides ;
- Domaine thématique 2: Gestion des achats et des stocks (GAS), l'accent étant mis en particulier sur l'importance d'établir des liens entre les données programmatiques relatives à la tuberculose et les aspects de la GAS et sur les problèmes liés à l'introduction de nouveaux médicaments et traitements ;
- Domaine thématique 3: Suivi et évaluation, l'accent étant mis en particulier sur l'utilisation des données pour éclairer la politique, et sur les groupes et les populations sur lesquels des données ne sont pas collectées régulièrement et facilement disponibles ;
- Domaine thématique 4: Participation de la communauté à la lutte contre la tuberculose, l'accent étant mis en particulier sur les ripostes à la tuberculose centrées sur les personnes et pilotées par la communauté.

Les commentaires des groupes de travail ont suggéré une volonté d'étudier les innovations, d'impliquer davantage les communautés et de mettre à profit les ressources existantes et disponibles, et un grand intérêt en la matière. Les participants ont indiqué que les solutions possibles à cet effet comprenaient une supervision et une formation conjointes en matière de tuberculose, de VIH et de paludisme, une meilleure coordination et intégration parmi les programmes, l'utilisation commune d'outils (p. ex., la plateforme GeneXpert, les outils de suivi et d'évaluation, les canaux de GAS), une meilleure utilisation des ressources humaines disponibles, et l'exploration de possibilités de financement supplémentaires (p. ex., les subventions destinées aux systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS) et à la lutte contre le VIH, d'autres projets de partenaires, etc.).

5 PERSPECTIVES DE PLANIFICATION NATIONALE : OÙ ALLONS-NOUS ET COMMENT ?

À l'issue de chaque séance, les participants individuels étaient invités à remplir un formulaire leur demandant « **Quelle est la situation dans mon pays ?** » Plus précisément, il leur était demandé de noter brièvement leurs réactions immédiates aux présentations auxquelles ils avaient assisté et de répondre à une série de questions portant sur les lacunes, les opportunités et les goulots d'étranglement. Pour chaque goulot d'étranglement, les participants étaient invités à suggérer des possibilités d'amélioration de la situation. Dans certains cas, les goulots d'étranglement étaient aussi identifiés comme des opportunités, car certains participants percevaient dans le problème (par exemple, le financement) à la fois le point faible de leur programme et le domaine qui, s'il était renforcé, pourrait avoir une réelle incidence sur la réussite de leur programme. Par ailleurs, étant donné que 19 pays différents ont répondu à cette enquête, certains estimaient parfois qu'un domaine était une force, alors que d'autres non (exemple : la solidité rapportée du système de santé dans certains pays mais pas dans tous). Dans l'ensemble, bien que plusieurs goulots d'étranglement aient été recensés, les plus courants étaient les déficits de financement, les ressources humaines insuffisantes et les difficultés liées à la prise en charge des

cas de tuberculose multirésistante et aux résultats du traitement. Les ressources humaines étaient considérées comme la plus grande occasion à saisir, suivies du financement, du soutien des partenaires, des possibilités de déploiement à grande échelle des projets pilotes, et de la solidité des systèmes existants. Une synthèse des goulots d'étranglement et des opportunités figure dans le présent document. Ces informations fournissent des renseignements essentiels sur les mesures que les pays pourraient prendre à l'avenir, en s'appuyant sur leur apprentissage et leur réflexion collectifs.

Le troisième jour de l'atelier, les pays étaient invités à travailler sur leurs propres **plans nationaux**, ce qui était l'occasion de définir en détail ce qui pourrait être mis en œuvre, intensifié et/ou mis à l'essai en vue d'améliorer le dépistage de la tuberculose et les résultats en matière de traitement dans leurs propres contextes, ainsi que les modalités de mise en œuvre. En particulier, trois questions d'orientation ont été fournies aux participants afin d'éclairer leurs axes stratégiques une fois de retour dans leurs pays. Les délégations nationales ont travaillé individuellement dans le cadre de groupes de travail en vue d'élaborer un plan fondé sur les questions, puis ont pu débattre en temps réel de leurs projets de propositions avec des experts et soumettre ces projets à un examen par les pairs. Les ressources mises à la disposition des pays pendant ce processus comprenaient une contrepartie du Programme national de lutte contre la tuberculose d'un autre pays de la région et d'autres partenaires pouvant offrir des orientations complémentaires et éventuellement une assistance technique plus formelle ou quelques petites subventions pour la composante communautaire. Il convient de mentionner que les participants ont pu intégrer des idées suggérées par les présentations nationales dans les connaissances relatives aux solutions testées et éprouvées dans un contexte similaire. Certaines interventions proposées par les pays dans leurs plans comprenaient : le travail avec les populations-clés rencontrant des difficultés pour accéder au système de santé—notamment les enfants, les nomades et les détenus ; la mise en œuvre du dépistage actif des cas dans les prisons et les zones comprenant des populations autochtones ; l'amélioration du transport des échantillons de crachats ; et le dépistage de tous les patients diabétiques présentant des symptômes au moyen de la radiographie pulmonaire afin de réduire la mortalité chez cette population à haut risque. Dans l'ensemble, le processus de planification nationale a été un exercice très utile qui a contribué à consolider les expériences et les enseignements partagés, et a permis aux pays de recueillir les impressions immédiates d'autres pays, d'explorer l'assistance technique et d'étudier des possibilités financières et techniques en matière de mise en œuvre.

Outre les projets de plans nationaux élaborés pendant le troisième jour, qui étaient un résultat clé de l'atelier, ce processus a également résulté en la **Déclaration de Cotonou sur la tuberculose**, une résolution prise par les participants. Cette déclaration souligne les besoins particuliers de la région et demande le niveau de soutien nécessaire de la part des gouvernements et des parties prenantes afin de relever le défi de la tuberculose, notamment les sept domaines que les participants ont définis comme étant les plus prometteurs pour inverser la tendance de la charge de la tuberculose et qui doivent faire l'objet d'une attention et d'une amélioration supplémentaires (voir l'annexe 1).

En conclusion, bien que la tuberculose demeure une grande menace mondiale à combattre qui fait peser une charge particulièrement lourde sur les services et les systèmes de santé en Afrique subsaharienne, des événements encourageants dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et ailleurs ont fourni une occasion d'examiner les progrès, de recentrer les capacités et d'appliquer les enseignements tirés afin d'accélérer les interventions de lutte contre la tuberculose.

Les bonnes pratiques et les expériences partagées tout au long de cet atelier démontrent qu'il est possible de mettre en place un certain nombre de stratégies innovantes et efficaces de dépistage des cas manquants de tuberculose et d'améliorer les résultats en matière de traitement. Parmi ces exemples encourageants, plusieurs messages clés à prendre en considération ont émergé, qui s'adressent non seulement aux pays de la région mais aussi aux acteurs de la lutte contre la tuberculose dans tout le continent et dans le monde entier :

1. **Tirer parti de l'action communautaire en vue de la réussite des efforts de lutte contre la tuberculose.** Dans des communautés de la région et du continent, des agents de santé communautaires, des prestataires de services communautaires et des dirigeants locaux ont contribué à ouvrir la voie à la détection des personnes « manquantes » et à l'amélioration des résultats en matière de tuberculose. La mobilisation et l'intensification de ces ressources locales en vue de mettre en œuvre des solutions locales et adaptées au contexte—et l'alignement conséquent des investissements de renforcement des capacités—représentent une occasion unique de renforcer les liens critiques entre les services de santé et les communautés locales.
2. **Renforcer les systèmes de santé afin de soutenir la prévention, le dépistage et la prise en charge efficaces de la tuberculose—en particulier chez les enfants.** À cette fin, il convient de mobiliser les investissements en vue de renforcer le système de santé par le biais d'interventions à la fois transversales et spécifiques à la

maladie. Il faut notamment remédier aux déficits de ressources humaines, renforcer la capacité technique et de gestion à tous les niveaux du système de santé, impliquer les établissements de soins de santé primaires et intensifier les interventions spécifiques à la tuberculose qui renforcent les systèmes de santé (p. ex., la prise en charge des cas, la capacité de laboratoire, le système d'information sanitaire [SIS], la GAS, etc.).

3. **Intégrer les services afin d'élargir l'accès au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose et d'améliorer les résultats.** Par exemple, des stratégies encourageantes ont émergé en matière de collaboration et d'intégration stratégiques des services de lutte contre le VIH et la tuberculose—ce qui est primordial pour combler les lacunes de dépistage et de traitement des cas et réduire l'incidence et la prévalence de la tuberculose et du VIH, ainsi que la mortalité associée. Des expériences sur le terrain ont également montré l'importance de recourir à plusieurs points d'entrée pour dépister la tuberculose (par exemple, les services de santé de la mère et de l'enfant) et d'assurer l'adhésion des PNLT et autres programmes (paludisme, nutrition, etc.) pour améliorer les résultats en matière de tuberculose.
4. **Optimiser l'utilisation des ressources et des outils existants.** Examiner comment les compétences, les ressources et les outils existants (p. ex., les compétences et les aptitudes du personnel, le SIS, les plateformes de diagnostic, etc.) du système de santé peuvent être appliqués à la mise en œuvre des interventions de lutte contre la tuberculose et soutenir non seulement les services liés à cette maladie mais aussi la pérennité.
5. **Maximiser le déploiement à grande échelle des projets pilotes réussis et la diffusion des bonnes pratiques.** Un certain nombre de projets pilotes réussis ont été partagés tout au long de l'atelier concernant l'intensification de la détection de la tuberculose, l'amélioration du dépistage des cas, la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et l'amélioration des résultats en matière de traitement. À l'avenir, les pays peuvent—et doivent—axer leurs efforts sur la reproduction de ces enseignements et expériences, en les mettant en œuvre à l'échelle nationale selon qu'il convient, et en les intégrant aux pratiques de routine. Les actions suivantes doivent être prioritaires : sensibiliser davantage les décideurs et autres parties prenantes clés aux bonnes pratiques ; et créer d'autres réseaux pour communiquer régulièrement et partager les expériences aussi bien au sein qu'à l'extérieur des contextes nationaux.
6. **Financer adéquatement les efforts et s'engager au niveau du gouvernement.** La réussite des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose repose sur la volonté de chaque gouvernement d'accorder une grande importance à l'élimination de la tuberculose et, par conséquent, de doter les programmes des ressources humaines et financières nécessaires—ainsi que d'un soutien aux plus hauts niveaux. Cet élément, combiné au soutien continu de donateurs internationaux, sera essentiel pour inverser les tendances observées dans toute la région.

En mettant l'accent sur les efforts pilotés par la communauté, sur la tuberculose chez l'enfant et sur d'autres groupes à haut risque de tuberculose—en association avec les expériences inspirantes partagées en matière d'intensification des interventions relatives à la tuberculose multirésistante et les progrès importants accomplis par les PNLT, les partenaires engagés et les défenseurs au sein des pays disposant de ressources limitées—cet atelier a souligné aussi bien les progrès impressionnants que les principaux domaines où des mesures urgentes sont nécessaires pour surmonter les difficultés. Les pays qui ont participé à l'atelier ont non seulement acquis une dynamique substantielle, mais leurs expériences ont également offert des enseignements importants aux pays rencontrant des obstacles similaires en matière de lutte contre la tuberculose. Il convient d'entretenir et d'élargir ces progrès—ce qui passe par l'établissement de mécanismes solides de collaboration entre les secteurs et les services et le renforcement de la mise en œuvre—afin de faire en sorte que les personnes atteintes de tuberculose « manquantes » soient détectées, que les résultats en matière de traitement de la tuberculose dans la région s'améliorent et, à terme, qu'une voie commune soit ouverte en vue d'atteindre les cibles à l'horizon 2030 de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose (« End TB »).

1 INTRODUCTION

1.1 Présentation du contexte et justification

En dépit des progrès importants accomplis ces vingt dernières années en matière de diagnostic et de traitement de la tuberculose, chaque année, des millions de patients ne sont pas déclarés. En Afrique de l'Ouest et du Centre (telle que définie par le Fonds mondial)³, d'importantes lacunes en matière de dépistage et de traitement de la tuberculose ont contribué à une charge substantielle de cas non diagnostiqués—des estimations régionales⁴ suggèrent que plus de la moitié des personnes atteintes de tuberculose ne sont pas déclarées, ou sont «manquants». Selon les estimations les plus récentes, près de 63 000 et plus de 55 000 personnes atteintes de tuberculose sont «manquantes» en Afrique du Centre⁵ et en Afrique de l'Ouest⁶ respectivement (telles que définies par le Fonds mondial). Ces chiffres représentent respectivement 1,6 % et 1,4 % des 4 millions de personnes atteintes de tuberculose (selon les estimations) qui restent l'un des principaux facteurs de l'épidémie dans le monde. En Afrique du Centre, le Cameroun est le plus grand contributeur, avec plus de 22 000 personnes qui ne sont ni signalées, traitées ou diagnostiquées (35 % des cas manquants de tuberculose), suivi du Tchad (18 %) et de la République centrafricaine et du Congo (14 %). En Afrique de l'Ouest, c'est en Guinée, au Sénégal et au Niger que l'on compte le plus grand nombre de cas manquants—avec plus de 9 000 personnes dans chaque pays, chacun représentant environ 17 % du total. La couverture des traitements (c'est-à-dire le nombre de cas de tuberculose déclarés divisé par l'incidence estimée) est similaire dans les deux régions, se situant à 55 % en Afrique du Centre et à 57 % en Afrique de l'Ouest.

En outre, alors que le statut sérologique est documenté chez plus de 75 % des patients dans l'essentiel de la région, le taux de mortalité estimé des personnes co-infectées par la tuberculose et le VIH est supérieur de 50 % à celui du reste de l'Afrique—ce qui suggère des occasions manquées en matière d'intensification du dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PVIH) et de mise en relation des personnes diagnostiquées avec les services de prise en charge et de traitement de la tuberculose. Parmi les autres défis de la région figurent les mauvais résultats en matière de dépistage des enfants et des adolescents (chaque année, environ trois quarts des enfants ne sont pas diagnostiqués) et les faibles taux de diagnostic et de traitement de la tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine (seuls 20 % des patients atteints de tuberculose pharmacorésistante sont diagnostiqués et mis sous traitement).

Un certain nombre d'obstacles et de lacunes en matière de prévention et de prise en charge de la tuberculose ont été recensés dans la région, notamment :

- la faible capacité opérationnelle des réseaux de laboratoires (par exemple, la mise en œuvre de GeneXpert, le transport des échantillons et le renforcement des capacités) et un contrôle de la qualité limité;
- la faiblesse des stratégies de dépistage de la tuberculose chez les groupes cibles (PVIH, enfants, détenus, etc.) et la mauvaise intégration des services (par exemple, pour la co-infection tuberculose/VIH); et
- l'implication inadéquate de tous les prestataires de services de santé (communautaires, privés, publics, etc.)

Une combinaison d'approches et d'innovations sera nécessaire pour surmonter ces difficultés et étendre les services de diagnostic, de traitement et de prévention de la tuberculose afin d'atteindre ceux qui en ont besoin, principalement sous la direction des PNLT et en collaboration étroite avec les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, les donateurs, les organisations de la société civile et les communautés. Certains pays et sites de la région ont déjà élaboré des approches encourageantes en matière de dépistage intensif des cas de tuberculose et de pratiques de traitement, aussi bien au niveau des établissements que des communautés. Ces expériences constituent des enseignements précieux et fournissent de possibles opportunités pour la mise à l'échelle et pour la reproduction des bonnes pratiques dans d'autres contextes.

³La région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre telle que définie par le Fonds mondial comprend le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, Cabo Verde, le Cameroun, le Congo-Brazzaville, le Gabon, la Gambie, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, le Niger, la République centrafricaine, São Tomé-et-Principe, le Sénégal, la Sierra Leone, le Tchad et le Togo.

⁴Selon les estimations de 2015 de l'OMS et une analyse des indicateurs clés de la tuberculose tirés des subventions du Fonds mondial

⁵La région de l'Afrique du Centre telle que définie par le Fonds mondial comprend le Bénin, le Burundi, Cabo Verde, le Cameroun, le Congo-Brazzaville, le Gabon, la République centrafricaine, São Tomé-et-Principe, le Tchad et le Togo.

⁶La région de l'Afrique de l'Ouest telle que définie par le Fonds mondial comprend le Burkina Faso, la Gambie, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, le Niger, le Sénégal et la Sierra Leone.

Mettant à profit ces enseignements et les réseaux nationaux existants, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et un certain nombre de partenaires (l'OMS, Halte à la tuberculose, le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales [TDR], le Réseau ouest-africain de recherche contre la tuberculose [WARN-TB], l'Union, la fondation Action Damien, USAID, des organisations non gouvernementales [ONG], et d'autres acteurs communautaires) ont uni leurs forces dans le cadre d'une initiative collaborative visant à déployer les bonnes pratiques à grande échelle afin d'intensifier le dépistage de la tuberculose et d'améliorer les résultats en matière de traitement dans les sous-régions de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique du Centre pour la période 2018-2020.

1.2 Conception de l'atelier et méthodologie

Cet atelier s'inscrivait dans le cadre d'une initiative collaborative, conçue dans le but de : réunir les pays afin qu'ils puissent partager leurs expériences et ; soutenir leurs efforts en vue d'atteindre l'objectif commun de mettre fin à la tuberculose d'ici à 2030, conformément à la stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose. L'atelier s'est déroulé du 26 au 28 mars 2018, à Cotonou (Bénin), et a réuni plus de 40 participants de 19 pays⁷. Il faisait partie d'une série d'activités structurées conçues pour aider les pays à mettre en œuvre de meilleures pratiques en matière de tuberculose.

L'atelier visait en particulier à aider les participants à :

1. trouver des solutions créatives pour améliorer et/ou déployer des stratégies efficaces en vue de dépister les cas manquants de tuberculose et d'améliorer les résultats en matière de traitement, par le biais d'un échange interactif et de discussions avec d'autres pays de la région concernant les principaux problèmes liés à la prise en charge et au dépistage actuels de la tuberculose ; et
2. planifier la mise en œuvre des bonnes pratiques en fonction du contexte national et des ressources disponibles, notamment en déterminant l'assistance technique et les ressources nécessaires en vue d'un déploiement à grande échelle.

Les participants invités comprenaient des membres du personnel des PNLT et des représentants des ministères de la Santé, du Fonds mondial, de l'OMS, du Partenariat Halte à la tuberculose, du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales [TDR], du Réseau ouest-africain de recherche contre la tuberculose [WARN-TB], de l'Union, de la fondation Action Damien, d'USAID, d'ONG partenaires, et d'autres acteurs communautaires. S'appuyant sur des travaux et des échanges régionaux antérieurs menés depuis 2016, la planification de la conception et du format de l'atelier a commencé fin septembre 2017, par des discussions entre l'équipe TAP - Conseil technique et partenariat (équipe responsable de la tuberculose et autres équipes) et la Division de gestion des subventions – GMD (équipes responsables de l'Afrique de l'Ouest et du Centre) du Fonds mondial—suivies de réunions mensuelles et d'échanges avec les partenaires afin de mieux connaître les rôles, les contributions, les projets et les expériences nationales de ces partenaires. Tandis que le groupe plus large des partenaires a convenu des objectifs, du calendrier et du contenu globaux de l'atelier, un petit groupe de travail composé de représentants du Fonds mondial et de partenaires a été créé afin d'approfondir le contenu des séances de l'atelier et d'élaborer les outils nécessaires pour recueillir les expériences et les contributions au niveau des pays en préparation de l'atelier.

Les outils conçus pour solliciter des retours d'informations auprès des pays comprenaient un document-type qui a permis aux participants d'analyser leurs circonstances uniques—en particulier concernant les cas manquants de tuberculose et l'obtention de résultats favorables en matière de traitement—et a permis au groupe de travail de mieux comprendre à la fois les obstacles entravant la détection des cas et les stratégies utilisées pour dépister et traiter la tuberculose. Les réponses des pays ont servi à adapter les séances de l'atelier aux besoins exprimés, à recenser les expériences réussies qui pouvaient être partagées avec les autres participants, et à éclairer les processus de planification nationale à la fin de l'atelier.

En outre, les outils ont encouragé les pays à lancer un processus interne de réflexion et de discussion en préparation de l'atelier.

⁷ Les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre présents lors de l'atelier étaient : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, le Niger, la République centrafricaine, São Tomé-et-Principe, le Sénégal, la Sierra Leone, le Tchad et le Togo.

Le programme de trois jours comprenait une série de séances plénières et de présentations au niveau des pays, de séances de groupes de travail thématiques, de séances de planification nationale en groupes de travail, et de tables rondes d'experts. Afin d'améliorer et d'enrichir le partage des expériences, quelques pays extérieurs à la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont été conviés à l'atelier. Les séances plénières et les présentations au niveau des pays ont fourni aux pays individuels l'occasion de partager les enseignements tirés, les bonnes pratiques et les innovations (interventions et résultats présentés et examinés de manière interactive) de divers projets et expériences mis en œuvre par des PNLT, des partenaires et des ONG aussi bien au sein qu'à l'extérieur de la région, tandis que les groupes de travail ont donné aux pays le temps de réfléchir davantage aux goulets d'étranglement et aux opportunités, de recenser les lacunes et de réfléchir collectivement à de possibles solutions. Ces discussions ont posé les bases d'une autre série de groupes de travail, axés sur la rédaction de plans nationaux et d'un plan visant à améliorer clairement le dépistage des cas et les résultats en matière de traitement pour une population spécifique.

1.3 Objet du rapport

Le présent rapport fournit un résumé des présentations, des discussions et des résultats de l'atelier. Celui-ci avait pour but d'améliorer l'apprentissage en présentant aux participants des enseignements concrets et de bonnes pratiques en vue d'améliorer le dépistage des cas et les résultats en matière de traitement, afin qu'ils puissent aider leurs pays respectifs à mettre à l'essai ou à déployer à plus grande échelle des innovations adaptées à leurs contextes spécifiques. L'atelier visait également à soutenir le plaidoyer et la prise de décisions liés aux principales priorités en matière de tuberculose au sein de la région.

Le présent rapport vise à résumer les principales conclusions et les principaux résultats de l'atelier, et à les mettre à la disposition d'un public plus large.

Il est structuré en cinq sections :

- [Section 1](#) : Présentation du contexte et justification de l'initiative et de l'atelier
- [Section 2](#) : Résumé des données et des principaux progrès accomplis en matière de tuberculose dans la région
- [Section 3](#) : Études de cas, enseignements et bonnes pratiques tirés de contextes nationaux spécifiques
- [Section 4](#) : Connaissances essentielles sur les défis, les opportunités et les innovations en matière de diagnostic de la tuberculose, de gestion des achats et des stocks, de suivi et d'évaluation et d'engagement communautaire en vue de la lutte contre la tuberculose
- [Section 5](#) : Planification nationale et messages finaux pour l'avenir

Le rapport inclut également quatre annexes :

- [Annexe 1](#) : Déclaration de Cotonou sur la tuberculose
- [Annexe 2](#) : Programme et liste complète des participants et des orateurs
- [Annexe 3](#) : Document-type envoyé aux pays et utilisé pour la planification et la préparation de l'atelier
- [Annexe 4](#) : Synthèse des résultats de l'évaluation de l'atelier par les participants

Figure 1.1 Aperçu régional de la charge de la tuberculose en Afrique de l'Ouest et du Centre

CHARGE DE MORBIDITÉ DE LA TUBERCULOSE EN AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

RÉGION D'AFRIQUE OCCIDENTALE

55 866

personnes atteintes par la tuberculose manquantes

57 %

de couverture de la notification des cas de tuberculose

3,52 centres de santé

pour 100 000 personnes *

RÉGION D'AFRIQUE CENTRALE

63 081

personnes atteintes par la tuberculose manquantes

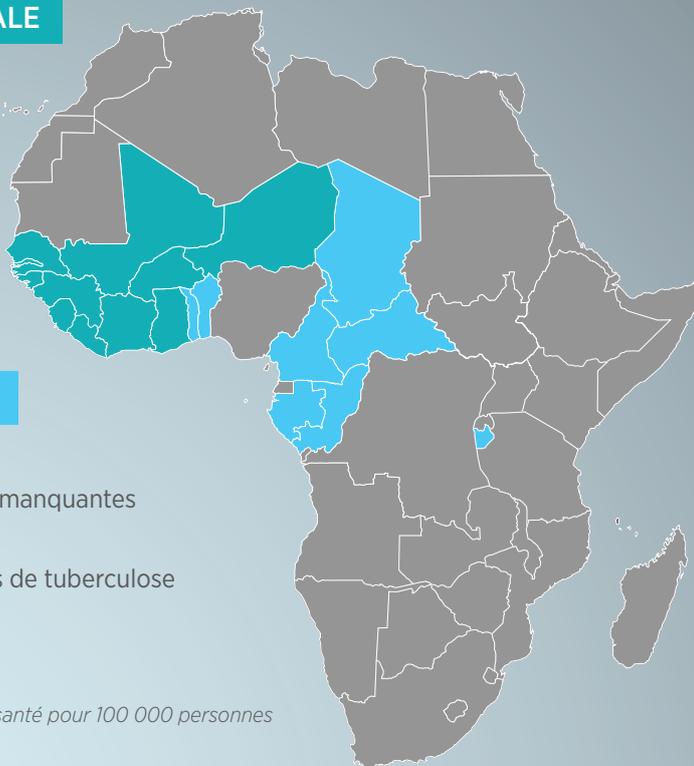
55 %

de couverture de la notification des cas de tuberculose

3 centres de santé

pour 100 000 personnes *

* La cible globale de l'OMS est de 7 centres de santé pour 100 000 personnes



RÉGIONS D'AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Charge de morbidité de la tuberculose associée au VIH dans 21 pays en 2016



81 000

personnes atteintes par la tuberculose vivaient avec le VIH

Cela représente **15 % de tous les cas de tuberculose**



32 000

décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Cela représente **24 % de tous les décès dus à la tuberculose**



105 000

cas de tuberculose chez les enfants et les adolescents manquent chaque année

Obstacles principaux à la notification des cas et aux résultats de succès thérapeutique



Faible capacité opérationnelle des réseaux de laboratoires



Stratégies de dépistage de la tuberculose **insuffisantes**



Faible intégration des services



Ressources humaines **inadaptées**



Coordination limitée entre les secteurs et les parties prenantes (c'est-à-dire la communauté et les secteurs privé et public)

2 ÉTAT DES LIEUX : QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ?

Pendant les deux premiers jours de l'atelier, des présentations introductives ont fourni aux participants un aperçu des progrès mondiaux et régionaux en matière de lutte contre la tuberculose. Ces présentations étaient axées en particulier sur la détection des cas et les résultats en matière de traitement, la co-infection tuberculose/VIH et la tuberculose pédiatrique. En plus de ces présentations introductives, un résumé des principaux goulets d'étranglement et opportunités recensés par les pays participants en amont de l'atelier, qui entravent ou favorisent la déclaration des cas manquants de tuberculose et l'obtention de bons résultats en matière de traitement dans leurs contextes, a été présenté.

2.1 Dépistage de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante et résultats en matière de traitement

Malgré les progrès au niveau mondial, 40% des cas de tuberculose en Afrique sont sous-détectés ou sous-signalés ; la détection est particulièrement lacunaire chez les hommes âgés de 15 à 44 ans. Par ailleurs, chaque année, plus de 100 000 enfants et adolescents atteints de tuberculose sont « manquants » en Afrique de l'Ouest et du Centre.

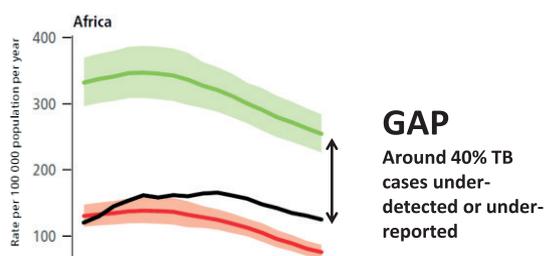
La détection des cas manquants est particulièrement lacunaire chez les hommes âgés de 15 à 44 ans.

Le nombre de personnes avec la tuberculose « manquantes » est dû à un mélange de sous-diagnostic et de sous-déclaration, ce qui suggère que l'amélioration du dépistage est fondamentale pour améliorer la lutte contre la tuberculose. On estime que la prévalence de la tuberculose pharmacorésistante est relativement faible dans la région, mais des données fiables font défaut pour plusieurs pays. En Afrique, en moyenne, seuls environ 25% des patients atteints de tuberculose pharmacorésistante sont diagnostiqués et mis sous traitement, ce qui suggère que la plupart des cas ne sont ni détectés ni traités. En outre, il existe un écart de 55% entre le nombre de cas nouveaux et de rechutes signalés dont le statut séropositif est connu et le nombre estimé de cas incidents de tuberculose chez des patients séropositifs, ce qui signifie que 45 000 personnes co-infectées par la tuberculose et le VIH étaient « manquantes » en 2016 en Afrique de l'Ouest et du Centre. Une autre lacune mise en avant est la couverture limitée du TAR pour les patients co-infectés.

Les résultats en matière de traitement pour les cas nouveaux de tuberculose et les rechutes (cohorte de 2015) suggèrent que, en moyenne, les pays africains obtiennent 83% de résultats positifs, mais les taux de succès de traitement sont bien plus faibles dans quelques pays. Les plus mauvais résultats en matière de traitement dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre concernent la cohorte des patients co-infectés par le VIH (p. ex., 14% de mortalité contre 5% pour les patients séronégatifs), et ces résultats sont encore pires que ceux signalés par d'autres pays africains (p. ex., 9% contre 5%). Ce constat souligne la nécessité d'améliorer et d'élargir rapidement l'accès au diagnostic de la co-infection TB/VIH et au traitement et à la prise en charge pour les patients co-infectés. Il convient également de noter que, à l'heure actuelle, tous les pays ne communiquent pas de données ventilées par statut sérologique concernant les résultats en matière de traitement de la tuberculose.

Figure 2.1 : Estimation de l'incidence de la tuberculose et déclaration des cas

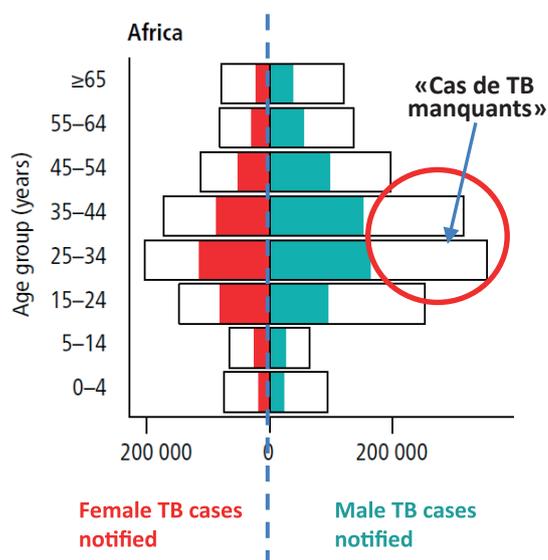
TB incidence estimation and TB notification



Intensifying TB case finding is an emergency for improving TB control

Global TB report - 2017

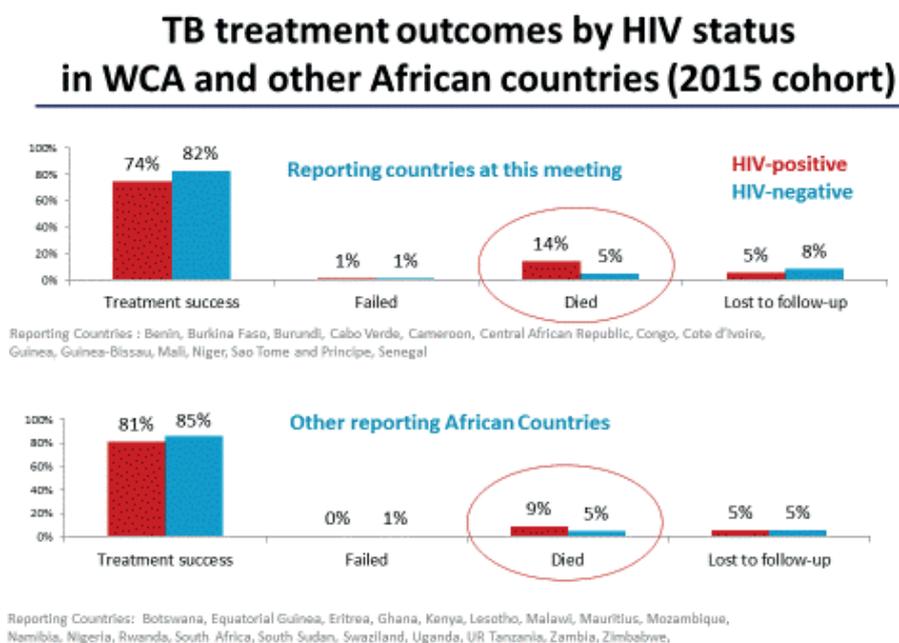
Figure 2.2: Est. de l'incidence : Hommes/Femmes



2.2 Tuberculose associée au VIH

Au vu de l'écart de 55% entre le nombre de cas nouveaux et de rechutes déclarés dont le statut séropositif est connu et le nombre estimé de cas incidents de tuberculose chez des patients séropositifs au sein des 21 pays participants à l'atelier—sans oublier le taux de mortalité de 14% du groupe co-infecté par la tuberculose et le VIH (contre 5% dans le groupe séronégatif) et les principales lacunes en matière de mise sous TAR des patients co-infectés—le VIH ne peut être ignoré et il est urgent d'intensifier les interventions de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH dans la région.

Figure 2.3: Résultats en matière de traitement de la tuberculose par statut sérologique en Afrique de l'Ouest et du Centre et dans d'autres pays africains



L'intégration fournit une occasion d'accélérer le diagnostic de la tuberculose chez les PVIH et d'intensifier le dépistage du VIH et la mise sous TAR chez les patients tuberculeux.

La décentralisation et l'intégration stratégique des services de lutte contre le VIH et la tuberculose seront essentielles afin de combler les lacunes en matière de dépistage et de traitement, tandis que les obstacles liés au système de santé (par exemple, le suivi et l'évaluation, la gestion des achats et des stocks, et les ressources humaines) devront être traités conjointement afin d'assurer une intégration fonctionnelle ainsi que le suivi des patients. Par ailleurs, des recherches et un suivi et une évaluation intégrés supplémentaires sont nécessaires afin de recenser les lacunes et les obstacles entravant l'intensification et d'y remédier.

En considération de l'engagement de réduire les décès liés à la tuberculose chez les PVIH de 75% (résolution de l'Assemblée générale de 2016), plusieurs outils, directives et possibilités ont été proposés, notamment :

- **Des algorithmes.** Il a été suggéré d'actualiser les algorithmes relatifs à la tuberculose associée au VIH en lien avec les ressources de diagnostic existantes disponibles dans chaque contexte donné. Cela comprend la mise à jour des algorithmes nationaux de diagnostic en vue d'inclure le test Xpert MTB/RIF pour davantage de groupes de population.
- **GeneXpert.** Le placement stratégique du test Xpert MTB/RIF dans les contextes de VIH représente une occasion fondamentale. Ce test est particulièrement recommandé pour diagnostiquer la tuberculose pulmonaire (pour les adultes et les enfants chez qui l'on soupçonne une tuberculose associée au VIH), et en tant que test de diagnostic initial pour les échantillons de liquide céphalo-rachidien (LCR) chez les patients atteints de tuberculose extra-pulmonaire chez qui l'on soupçonne une méningite associée à la tuberculose. GeneXpert peut également servir de test de remplacement pour des échantillons non respiratoires spécifiques tels que les ganglions lymphatiques et autres tissus pour les patients chez qui l'on soupçonne une tuberculose extra-pulmonaire.

- **Intégration.** Étant donné que la plupart des pays partenaires comptent davantage de services liés à la tuberculose que de services liés au VIH, les services intégrés et les plateformes de diagnostic liées à la co-infection tuberculose/VIH offrent la possibilité d'accélérer le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH. Par ailleurs, l'intégration fournit une occasion d'intensifier le dépistage du VIH et la mise sous TAR chez les patients tuberculeux. Les pays doivent choisir les modèles de prestation de services intégrés liés à la tuberculose et au VIH qui correspondent le mieux à leurs contextes.
- **Traitement préventif de la tuberculose.** De nouvelles orientations relatives au traitement préventif de la tuberculose sont axées sur l'identification des groupes à risque, les algorithmes permettant d'écarter la tuberculose, les options de dépistage et les options thérapeutiques—y compris la combinaison de la rifamycine et de l'isoniazide. De récentes données probantes font également état de résultats positifs concernant le traitement préventif (p. ex., l'étude Temprano, qui a montré une réduction de 37 % de la mortalité due à la tuberculose chez les PVVIH présentant des taux élevés de CD4 après six mois de traitement préventif à l'isoniazide [TPI], indépendamment du TAR). Une lacune importante a également été relevée en matière de fourniture de traitement contre l'infection tuberculeuse latente pour les personnes séropositives éligibles dans le monde, et 15 des 19 pays présents à la réunion n'ont pas signalé de TPI chez les PVVIH.
- **Suivi et évaluation de la co-infection tuberculose/VIH.** La révision de 2015 du guide de l'OMS relatif au suivi et à l'évaluation des activités collaboratives de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH soutient l'analyse du parcours de prise en charge et inclut de nouveaux indicateurs. Il a été relevé que l'analyse de la mise en place du parcours est essentielle afin d'assurer une prestation de services de qualité. Des recherches opérationnelles sont également fondamentales afin de recenser les lacunes du parcours de prise en charge et d'y remédier.

2.3 Tuberculose chez l'enfant et l'adolescent

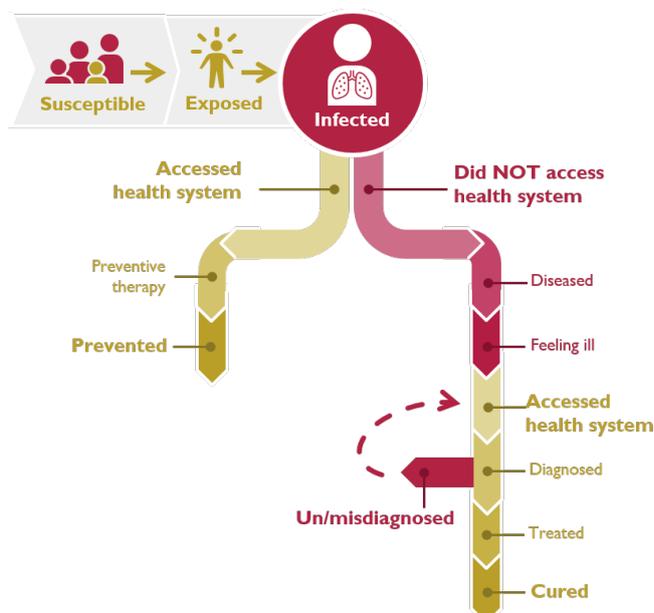
2.3.1 Faits principaux

Il est estimé qu'au moins un million d'enfants âgés de moins de 15 ans contractent la tuberculose chaque année (Rapport 2017 sur la tuberculose dans le monde). Les enfants représentent généralement près de 10 à 11% de tous les cas, mais cette estimation pourrait être plus élevée (p. ex, 15%) dans les pays présentant une charge élevée.

En outre, alors que la tuberculose chez l'enfant peut être traitée et prévenue et que la majorité des enfants tolèrent très bien le traitement, des enfants meurent encore de la tuberculose. En 2016, 253 000 enfants seraient morts de la tuberculose, dont 52 000 enfants séropositifs (Rapport 2017 sur la tuberculose dans le monde). Rien qu'en Afrique, en 2016, 102 000 enfants de moins de 15 ans sont morts de la tuberculose, dont 43 000 qui vivaient avec le VIH (c'est-à-dire 280 par jour). Il est difficile d'analyser les données relatives à la tuberculose chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, car les pays ne communiquent actuellement des données que sur deux tranches d'âges—de 0 à 4 ans et de 5 à 14 ans—et les mécanismes de transmission des données doivent être affinés.

Chaque année, environ 105 000 enfants et adolescents atteints de tuberculose ne sont ni diagnostiqués, ni signalés, ni traités en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Figure 2.4 : Lacunes le long du parcours de la tuberculose



Dans le monde, sur un million d'enfants atteints de tuberculose âgés de moins de 15 ans, seuls quelque 40 % sont signalés aux PNLT, et donc à l'OMS. Dans la région Afrique de l'OMS, sur les 317 014 cas estimés parmi les enfants âgés de moins de 15 ans, seuls 105 335 ont été signalés à l'OMS en 2017, ce qui laisse entendre qu'environ 211 679 personnes atteintes de tuberculose sont « manquantes ». Parmi ces personnes, on estime que 66 867 et 39 070 sont respectivement originaires de pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique du Centre. Soit ces enfants n'ont pas été diagnostiqués du tout, soit ils ont été diagnostiqués mais non signalés. Dans ce dernier cas, leur devenir est inconnu.

Malgré de grands progrès — notamment la disponibilité de politiques mondiales et de directives nationales ; les outils d'évaluation et les supports de formation ; les combinaisons d'antituberculeux à doses fixes adaptées aux enfants, que 70 pays commandent actuellement auprès du service pharmaceutique mondial (GDF) ; et la disponibilité de financements de donateurs en vue d'intensifier la riposte — la mise en œuvre de mesures en matière de tuberculose chez l'enfant et l'adolescent accuse un certain retard.

2.3.2 Intensification de la riposte à la tuberculose chez l'enfant : comment changer la donne ?

Il est urgent de prendre des mesures dans trois domaines :

1. **Le dépistage actif** : il convient d'intensifier le dépistage actif afin de diagnostiquer les enfants de manière précoce par le biais de la recherche des contacts et de l'intégration du dépistage, du diagnostic et du traitement de la tuberculose au sein d'autres services de santé de l'enfant tels que les services de santé de la mère et de l'enfant, les services liés au VIH et à la nutrition, et les services de santé de l'adolescent.
2. **L'amélioration du diagnostic** : la majorité des enfants atteints de tuberculose ne sont pas diagnostiqués, et la plupart des enfants qui meurent de cette maladie sont jeunes et n'ont jamais eu accès au traitement. Il convient donc d'améliorer en priorité les capacités de diagnostic, notamment la promotion du diagnostic clinique si nécessaire.
3. **L'accès au traitement préventif** : les enfants exposés à la tuberculose n'ont pas accès au traitement préventif. En 2016, en Afrique, seuls 74 348 enfants de moins de cinq ans, représentant 16% des 460 000 enfants éligibles, ont reçu un traitement préventif (Rapport 2017 sur la tuberculose dans le monde). Il est primordial de fournir un traitement préventif aux jeunes enfants exposés à la tuberculose ou infectés par cette maladie (Jenkins et al, The Lancet, mars 2017).

Un certain nombre de projets et d'initiatives en cours dans la région Afrique de l'OMS montrent que la décentralisation et l'intégration sont possibles, et certains d'entre eux ont été présentés durant l'atelier (voir les présentations et les affiches nationales à la section 2). La difficulté consiste à passer de projets pilotes à des services de routine. Un engagement politique est essentiel à cette fin. Voici quelques recommandations pour l'avenir :

- **Diagnostic** : en l'absence d'un test de diagnostic abordable et sensible ne nécessitant pas d'échantillons de crachats, il est possible d'établir un diagnostic en relevant soigneusement les antécédents et en réalisant des examens cliniques si les agents de santé sont formés à cette fin. Un nouvel investissement d'UNITAID (projet TB-SPEED de l'Université de Bordeaux pour 2017-2021) vise à améliorer le diagnostic de la tuberculose, en particulier chez les enfants atteints de pneumonie sévère et de malnutrition aiguë, et chez les enfants vivant avec le VIH. Il vise également à comparer le recours à des échantillons moins invasifs (par exemple, les aspirations rhino-pharyngées et les selles) et à élaborer une approche de diagnostic pouvant être utilisée aux échelons inférieurs du système de santé.
- **Prévention et traitement** : la prévention de la tuberculose est primordiale mais la priorité ne lui est actuellement pas assez donnée. Les directives actualisées et consolidées de l'OMS en matière de prise en charge programmatique de l'infection tuberculeuse latente (2018) recommandent d'élargir : a) le dépistage et le traitement de la tuberculose au-delà de toutes les personnes et de tous les enfants de moins de cinq ans vivant avec le VIH aux enfants de moins de cinq ans, aux adolescents et aux adultes séronégatifs qui sont au contact de patients atteints de tuberculose et de tuberculose multirésistante, en tant que groupes supplémentaires à haut risque ; b) les options de dépistage dans tous les pays : intradermoréaction (IDR) ou test de production d'interféron-gamma (IGRA) (il convient de toujours écarter l'hypothèse d'une tuberculose active avant de prescrire un traitement préventif) ; et c) les options thérapeutiques en proposant deux nouveaux traitements plus courts à la place du traitement de six mois à l'isoniazide (6H) : un traitement de trois mois à l'isoniazide et à la rifapentine (3HP) pour les adultes et les enfants, et un traitement de trois mois à l'isoniazide et à la rifampicine (3RH) pour les enfants et les adolescents de moins de 15 ans. Sekadde et al. (2018) listent des facteurs liés aux soignants, aux prestataires de services et aux systèmes de santé qui entravent la mise en œuvre de mesures préventives. Ils affirment que l'appropriation, l'intensification et la pérennité sont nécessaires afin de fournir un traitement préventif de la tuberculose dans des conditions programmatiques et proposent d'utiliser les bases fixées par l'OMS pour hiérarchiser les interventions critiques.
- **Riposte intégrée** : l'OMS et des partenaires mettent actuellement à jour le document intitulé *Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent : feuille de route - objectif zéro décès*, lancé à l'origine en 2013. L'OMS et d'autres partenaires aux niveaux mondial, régional et national se tiennent à la disposition des pays pour les aider à trouver des moyens de mobiliser des ressources et pour les conseiller quant à la meilleure façon de passer d'un projet à une riposte programmatique plus intégrée contre la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent.

2.4 Défis et opportunités liés au système de santé dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre

2.4.1 Justification de l'investissement dans les systèmes de santé

Il est nécessaire d'investir dans les systèmes de santé afin de compléter les investissements de base dans les programmes de lutte contre la tuberculose, et ces investissements peuvent être mis à profit pour soutenir la prestation de services de lutte de grande qualité contre la tuberculose. La plateforme de prise en charge primaire au niveau de la communauté et de l'établissement est idéalement placée pour gérer le parcours de prise en charge du patient tuberculeux à chaque étape. La détection réussie de la tuberculose, en particulier chez les populations-clés et vulnérables comme les enfants et les adolescents, nécessite des systèmes de santé solides et une riposte communautaire robuste à des fins d'autonomisation et de mobilisation sociale. Elle nécessite également une gouvernance et une réorganisation des services, comme la décentralisation et la prestation de services intégrés. L'association de ces facteurs permet de lever les obstacles qui entravent le dépistage efficace des cas.

2.4.2 Améliorer le dépistage, le traitement et la surveillance

Des approches stratégiques doivent être envisagées à tous les niveaux du système de santé, notamment : l'intensification de l'engagement communautaire ; l'élaboration d'approches stratégiques en vue d'atteindre les populations vulnérables ; le traitement des lacunes en matière d'enregistrement et de déclaration grâce au renforcement du suivi et de l'évaluation ; le renforcement de la déclaration obligatoire ; la mobilisation du secteur privé ; le déploiement d'un personnel de santé adéquat et compétent ; et une meilleure utilisation des outils de dépistage appropriés.

Des interventions transversales visant à assurer un système national de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement et des plans holistiques portant sur les SIS nationaux et les systèmes de laboratoires — plutôt que des plans parallèles spécifiques aux maladies — peuvent et doivent être mis à profit afin de combler les lacunes en matière de couverture des services de lutte contre la tuberculose. Enfin, le renforcement des systèmes d'orientation des patients doit rester une priorité élevée. Des goulets d'étranglement subsistent, notamment les liens inadéquats avec les praticiens, les hôpitaux et les laboratoires privés ou avec les services d'ONG, et l'absence de déclaration obligatoire des cas ou le défaut d'application de cette obligation lorsqu'elle existe.

Les pays peuvent en faire plus avec moins de moyens en adoptant une approche de systèmes.

2.4.3 Défis et opportunités liés aux systèmes de santé

Il est essentiel de comprendre aussi bien les défis liés aux systèmes de santé propres à l'Afrique de l'Ouest et du Centre qui entravent les progrès en matière de dépistage et de prise en charge de la tuberculose que les opportunités en vue d'un soutien stratégique et d'un investissement accru dans les systèmes de santé. Il s'agit notamment des éléments suivants :

- **Prestation de services :** la cible mondiale relative au nombre de centres de santé pour 100 000 habitants est fixée par l'OMS à sept centres pour 100 000 habitants, mais les médianes régionales en sont loin, s'élevant à 3 pour l'Afrique du Centre et à 3,52 pour l'Afrique de l'Ouest (OMS HFA). Une majorité de pays dans cette région se situent en deçà de la référence de l'OMS de 3 lits d'hôpital pour la prise en charge des maladies aiguës et chroniques pour 1 000 habitants, avec une médiane de 1,45 lit pour 1 000 habitants en Afrique du Centre, de 0,4 en Afrique de l'Ouest, et de 0,8 au Ghana, en Côte d'Ivoire, en République démocratique du Congo et au Nigéria (Évaluation de la disponibilité et de la préparation des services, OMS). Les médianes régionales sont bien inférieures à la cible mondiale fixée pour le nombre de centres de santé par habitant. Une majorité de pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre se situent également en deçà de la référence fixée pour le nombre de lits d'hôpital destinés à la prise en charge des maladies aiguës et chroniques.
- **Services de laboratoire et de diagnostic :** la faible capacité opérationnelle des réseaux de laboratoires et le contrôle limité de la qualité ont également des répercussions importantes sur la capacité à dispenser des services de diagnostic et de traitement, en particulier pour la tuberculose. Néanmoins, il existe des possibilités de renforcement de la mise en œuvre de GeneXpert, d'amélioration du transport des échantillons et de renforcement des capacités dans la région. Il convient de mettre en place des services intégrés en Afrique de l'Ouest et du Centre afin de soutenir les services et afin que les services de

Figure 2.5 : Mesures spécifiques de renforcement des systèmes de santé en vue de soutenir la lutte contre la tuberculose

	NATIONAL	DISTRICT	COMMUNAUTÉ
Gouvernance et leadership	<ul style="list-style-type: none"> Engagement politique et législation de haut niveau 	<ul style="list-style-type: none"> Coordination avec les parties prenantes et planification commune 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomises les dirigeants communautaires afin de demander des comptes aux autres niveaux. Établir/renforcer le comité au niveau local et travailler avec les agents de santé communautaires
Informations sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'indicateurs en baisse pour les mesures. Meilleure utilisation des données et analyse pour prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines pour l'analyse des données 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomiser les communautés pour utiliser l'information. Tenir des registres au niveau du patient
Finances	<ul style="list-style-type: none"> Somme allouée suffisante. Prise de distance avec le financement vertical. Dépendance moindre aux financements des donateurs 	<ul style="list-style-type: none"> Adhésion des dirigeants politiques (maires et gouverneurs) 	<ul style="list-style-type: none"> Les agents de santé communautaires vont faire partie du système de santé officiel, être payés/encouragés. Intégrer la tuberculose dans les prestations de la couverture sanitaire universelle.
Gestion de la main-d'œuvre de santé	<ul style="list-style-type: none"> Révision/mise à jour des rôles/responsabilités/tâches des agents de santé communautaires à tous les niveaux. Nécessité de politiques claires sur le transfert des tâches. Stratégie solide de maintien des agents de santé communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes de leadership (équipes de gestion du district) qui reconnaissent la manière dont la main-d'œuvre de santé devrait être organisée. Mécanismes d'amélioration de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les encouragements pour les agents de santé communautaires au niveau communautaire. Institutionnaliser le poste d'agent de santé communautaire dans le cadre du système de santé de première ligne. Garantir la capacité des agents de santé communautaires à offrir de services primaires et de proximité
Gestion de la chaîne d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> Quantification; Évaluation des politiques relatives à l'accès aux médicaments. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir la communication de l'information dans le système national et que cela se reflète dans les circuits de distribution. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir la disponibilité des médicaments où les enfants ont accès aux soins; Systèmes intégrés de communication de l'information et d'enregistrement liés entre les différents niveaux (dossiers médicaux électroniques)
Partenariats élargis	<ul style="list-style-type: none"> Coordination des partenaires, de la planification, des réglementations; Création de partenariats stratégiques/intelligents. 	<ul style="list-style-type: none"> Rassembler les parties prenantes; Définir les rôles/responsabilités 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation sociale avec les partenaires pour la coordination au niveau national et des districts.
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> Définir le niveau de soins qui peuvent être fournis à chaque niveau et veiller à ce que les patients soient adressés aux bons services; Création d'un chemin pour adresser les patients qui soit commun à toutes les maladies. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir que les hôpitaux au niveau du district peuvent gérer toutes les patients qui leurs sont adressés; Communication entre les niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomiser les communautés pour gérer la tuberculose et d'autres pathologies (renvois réciproques de patients); Mettre en service des documents simples et faciles d'utilisation pour adresser les patients.
Formation	<ul style="list-style-type: none"> Formation préalable; Formation à distance. 	<ul style="list-style-type: none"> Pairs au niveau du district pour soutenir les agents de santé; Matériel de formation intégré. 	<ul style="list-style-type: none"> Méthodes de formation innovantes (selon le contexte); Garantir l'accès au matériel de support.

Source : adapté de UNICEF, [https://www.unicef.org/health/files/2016_UNICEF_Strengthening_PHC_systems_for_TB_FINAL_report_\(Web\).pdf](https://www.unicef.org/health/files/2016_UNICEF_Strengthening_PHC_systems_for_TB_FINAL_report_(Web).pdf)

laboratoire soutiennent la prise en charge individuelle des patients ou les programmes. Par ailleurs, il est nécessaire de renforcer la capacité et le réseau régionaux en matière de diagnostic, et d'améliorer l'accès au diagnostic de la tuberculose et aux interventions ciblées en matière de santé au travail afin d'améliorer la capacité de diagnostic et la surveillance des maladies.

- **Ressources humaines pour la santé (RHS):** un certain nombre de difficultés régionales liées aux RHS entravent le déploiement à grande échelle et l'amélioration de la qualité des services de santé. C'est dans ce domaine que la performance de l'Afrique de l'Ouest et du Centre est la plus faible. Les difficultés spécifiques rencontrées sont notamment: les pénuries, la distribution inéquitable, un taux élevé de rotation du personnel, une éducation et une formation inadéquates, de mauvaises conditions de travail, et un manque de données fiables relatives au personnel de santé. Les liens entre RHS, couverture des services et résultats en matière de santé sont bien établis, et les services liés à la tuberculose, y compris le dépistage, ne pourront pas être fournis en l'absence d'un personnel de santé adéquat. Il sera essentiel de développer un personnel de santé communautaire en renforçant les agents de santé communautaires, en standardisant la formation et en traitant les problèmes de rémunération et de rétention pour répondre aux besoins de couverture. Il sera également nécessaire de traiter les problèmes liés à l'augmentation du nombre d'agents de santé qualifiés au niveau des établissements afin de fournir des services essentiels et de gérer le personnel de santé communautaire. Des évaluations du marché du travail et l'élaboration de politiques nationales de RHS peuvent être utiles à cet effet.
- **Systèmes nationaux de GAS:** des investissements régionaux importants ont été faits dans la GAS, un domaine des systèmes de santé où l'Afrique de l'Ouest et du Centre obtient globalement de meilleurs résultats. Néanmoins, les approches fragmentaires n'ont pas nécessairement entraîné un renforcement des stratégies nationales. Les ruptures de stocks restent fréquentes et des faiblesses subsistent en matière de suivi de la qualité et de l'analyse des données de GAS, sans compter la mauvaise traduction des informations en décisions de gestion. Un changement de stratégie dans la région faisant appel à une approche intégrée aidera à surmonter certaines de ces difficultés, en renforçant la gouvernance en vue de systèmes nationaux de GAS et d'un soutien au dernier kilomètre plus solides afin d'assurer la livraison des produits de santé essentiels à la prise en charge et au traitement complets.

2.5 Réflexions au niveau des pays sur les obstacles et les possibilités en matière de dépistage et de traitement de la tuberculose

En vue de mieux comprendre le problème des personnes atteintes de tuberculose « manquantes » dans la région (voir la section 2.1 pour plus de données), et afin de faciliter la discussion et l'analyse au sein des pays concernant à la fois les possibles obstacles à la détection des cas manquants et l'amélioration des résultats en matière de traitement pour les patients atteints de tuberculose et de tuberculose multirésistante, un document-type a été envoyé à tous les pays participants en amont de l'atelier. La conception du document-type visait à encourager l'analyse interne des stratégies déjà essayées et des autres innovations qui pourraient être appliquées. Ce document-type a également préparé les participants au partage des connaissances, des enseignements et des innovations avec l'ensemble du groupe. Dans l'ensemble, les informations recueillies grâce à ce processus ont permis: 1) de mieux structurer l'atelier en réponse aux besoins des pays; 2) d'identifier des pays afin qu'ils présentent leurs expériences en matière de dépistage et de traitement de la tuberculose; 3) de lancer des discussions au niveau des pays concernant les pratiques actuelles de dépistage et de traitement de la tuberculose, les obstacles et les possibilités.

Ces informations sont synthétisées ci-après:

- ### 2.5.1 QUI sont les personnes « manquantes » ? QUI affiche les plus mauvais résultats en matière de traitement ? OÙ vivent ces personnes ?

Les pays ont identifié les populations, les groupes et les zones géographiques qui présentent les taux de déclaration des cas les plus faibles et les plus mauvais résultats en matière de traitement. Les zones rurales et faiblement peuplées, les détenus, les enfants, les personnes vivant avec le VIH et les personnes à risque de tuberculose multirésistante ont été identifiés comme étant les cinq principaux groupes/zones présentant les plus mauvais résultats en matière de détection des cas et de traitement. Viennent ensuite les zones urbaines et surpeuplées, les migrants, la population générale, les diabétiques et les personnes présentant d'autres comorbidités, les groupes à risques professionnels, les établissements privés et les personnes vivant au contact de patients atteints de tuberculose et de tuberculose multirésistante (voir les figures 2.6 et 2.7 ci-contre).

Figure 2.6: Groupes et populations identifiés présentant les taux de déclaration des cas les plus faibles et les plus mauvais résultats en matière de traitement et analyse en Afrique de l'Ouest

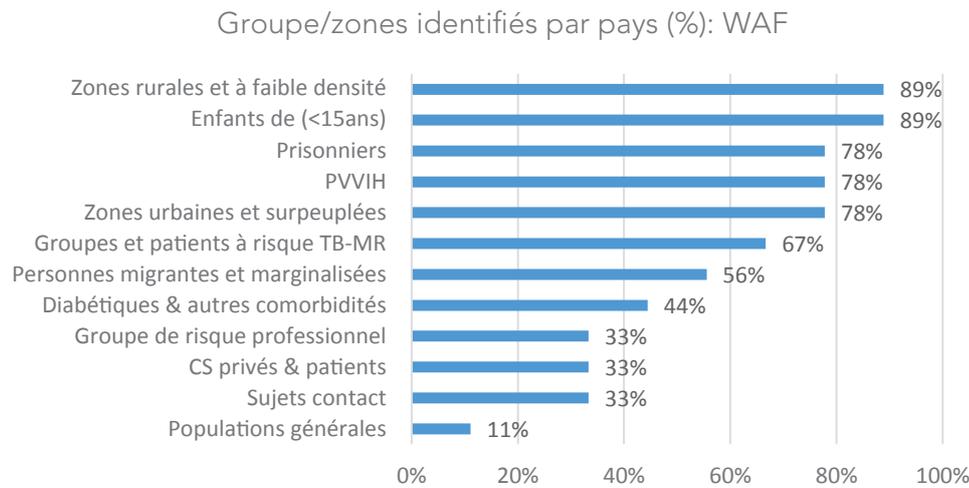
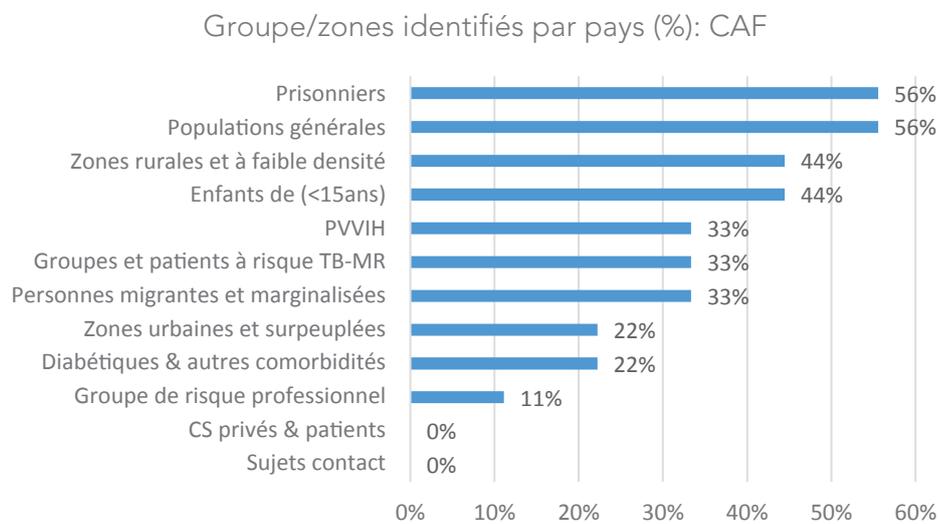


Figure 2.7: Groupes et populations identifiés présentant les taux de déclaration des cas les plus faibles et les plus mauvais résultats en matière de traitement et analyse en Afrique du Centre



2.5.2 POURQUOI certaines personnes atteintes de tuberculose sont-elles « manquantes » ? QUELS sont les obstacles qui nuisent au succès du traitement ?

Les pays ont également relevé les obstacles les plus courants à la déclaration des cas et au succès du traitement (voir les figures 2.8 et 2.9 ci-après). Les cinq principaux obstacles signalés par les pays—bien qu’avec des fréquences différentes dans les deux régions—étaient :

1. des obstacles liés à la couverture du diagnostic et du traitement, tels qu’un accès limité à des services de grande qualité de diagnostic et de dépistage de la tuberculose ;
2. une capacité technique inadéquate ;
3. des obstacles financiers pour les patients, notamment des tickets modérateurs élevés pour les services et les produits de santé, la pauvreté et une charge économique élevée, la malnutrition, etc. ;
4. des obstacles programmatiques, tels qu’un manque de respect des directives, une mauvaise mise en œuvre, l’absence de directives et d’algorithmes, et des ressources financières insuffisantes pour les activités du PNLT ; et
5. des obstacles liés au système de santé, tels que de longs délais d’attente pour les consultations, une dotation en personnel inadéquate, un taux de rotation élevé du personnel, un ratio patients/prestataires de services de santé élevé, des patients perdus de vue, une mauvaise communication entre les agents de santé et les patients, et des problèmes d’infrastructure.

D’autres obstacles incluent la faiblesse des systèmes d’orientation (notamment des problèmes liés à l’accès, comme la mobilité des patients, des nomades, des détenus remis en liberté) ; la mauvaise intégration des services ; la faible collaboration entre les parties prenantes ; les obstacles liés au genre et aux droits humains ; la stigmatisation ; les connaissances et la sensibilisation limitées ; et des problèmes de suivi et d’évaluation et de GAS/logistique (par exemple, de faibles systèmes de transport des échantillons). Les pays participants ont aussi relevé des difficultés particulières en matière de traitement des patients co-infectés par la tuberculose et le VIH—principalement dues aux retards dans le diagnostic de la co-infection et l’accès aux soins appropriés.

Figure 2.8: Obstacles relevés et analyse en Afrique de l’Ouest

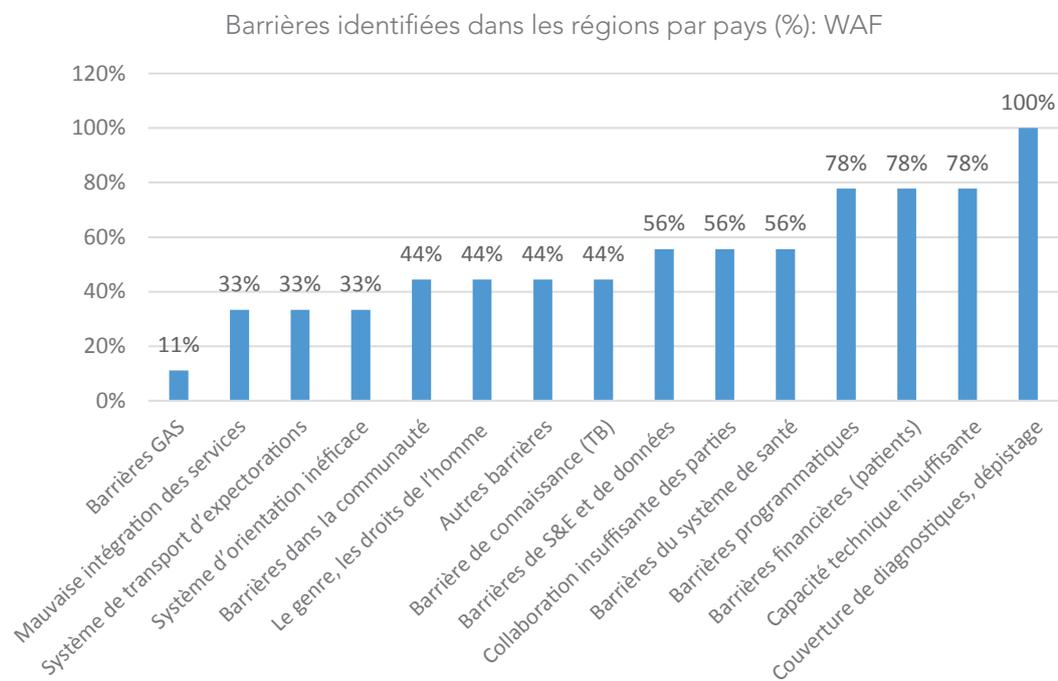
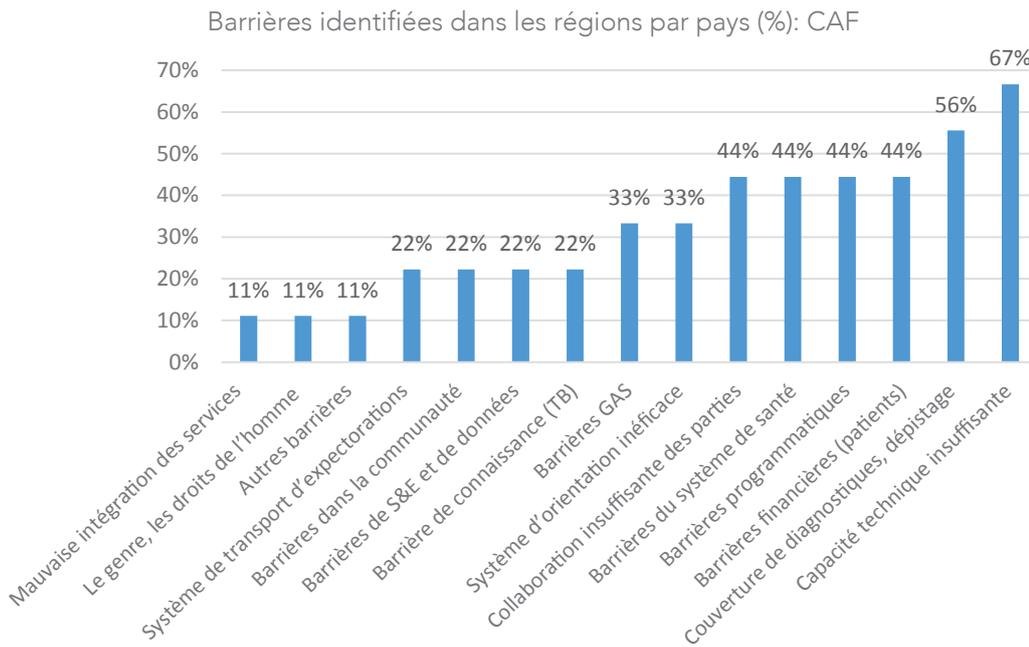


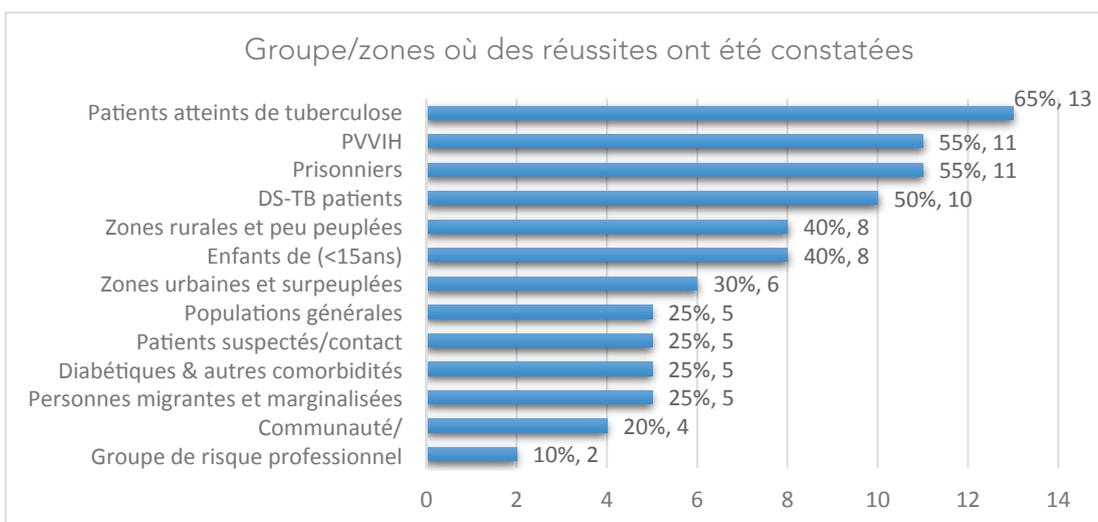
Figure 2.9: Obstacles relevés et analyse en Afrique du Centre



2.5.3 QUELLES ont été les solutions efficaces pour améliorer la déclaration des cas ?
 QUELLES ont été les solutions efficaces pour améliorer les résultats en matière de traitement ?

Enfin, les participants sont revenus sur des expériences réussies concernant la déclaration des cas et les résultats en matière de traitement. Les réussites les plus fréquemment citées portaient sur des cas liés à la tuberculose pharmacorésistante, aux PVVIH et aux détenus—bien que l'échelle de ces expériences positives soit relativement petite.

Figure 2.10: Domaines où des réussites ont été constatées concernant la déclaration des cas et les résultats en matière de traitement



3 PARTAGE DES PRATIQUES ACTUELLES : ÉTUDES DE CAS NATIONALES

Le premier jour, les pays ont été invités à partager leurs expériences et à participer à une discussion interactive avec leurs homologues par le biais de présentations sur des thèmes essentiels. D'autres expériences de pays ont été présentées et examinées en plus petit comité lors des séances sur les affiches organisées le deuxième jour. Les occasions d'apprentissage et de participation se sont multipliées grâce aux présentations faites par des pays extérieurs à la région—notamment l'Ouganda, l'Éthiopie, la Tanzanie et le Kenya— qui ont permis de partager des pratiques actuelles, des enseignements et des innovations. Les présentations principales étaient axées autour des expériences nationales dans quatre grands domaines :

- [L'intensification du dépistage de la tuberculose grâce à l'engagement communautaire et à la décentralisation des services](#): expérience des agents de vulgarisation sanitaire en Éthiopie ; expérience de l'engagement communautaire au Sénégal ; et décentralisation de la prise en charge de la tuberculose en Côte d'Ivoire.
- [Le dépistage actif dans les centres de santé](#): amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes en Tanzanie et au Kenya ; l'étude RafaScreen pour dépister la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et les diabétiques au Sénégal, au Bénin et en République de Guinée ; et défis et opportunités en matière de dépistage actif des cas au Ghana.
- [L'état de la lutte contre la tuberculose chez l'enfant](#): expérience du Bénin en matière de recherche des contacts et décentralisation et intégration du diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant en Ouganda.
- [La prise en charge des patients et les résultats en matière de traitement](#): mise en œuvre d'un ensemble complet de services de prise en charge pour les patients atteints de tuberculose multirésistante au Niger et au Cameroun.

Les affiches portaient notamment sur les sujets suivants :

- [Guinée-Bissau](#): dépistage et prise en charge de la tuberculose multirésistante
- [Guinée](#): intensification de la lutte contre la tuberculose multirésistante
- [Sierra Leone](#): intensification de la lutte contre la tuberculose multirésistante
- [Togo](#): la contribution des agents de santé communautaires au dépistage et au traitement de la tuberculose. Le cas de la commune de Lomé entre 2008 et 2012
- [Cameroun](#): optimisation du dépistage de la tuberculose chez les PVVIH à l'aide de Xpert MTB/RIF
- [Guinée, Sénégal et Bénin et WARN-TB](#): dépistage de la tuberculose chez l'enfant et campagne de chimioprophylaxie du paludisme
- [Burkina Faso](#): recherche des contacts et traitement préventif à l'isoniazide chez l'enfant
- [Mali](#): diagnostic de la tuberculose chez les enfants de moins de 15 ans
- [Gambie](#): projet pilote sur la recherche des contacts chez les enfants, dépistage actif des cas dans les prisons et nouvelles interventions de dépistage actif en cours d'élaboration (dans les centres de santé, parmi les enfants et parmi les PVVIH).

Toutes les présentations et affiches suivaient la même structure : une présentation du contexte national et du fondement de l'intervention ; une analyse des obstacles et des difficultés, ainsi que des possibilités et des facteurs propices ; les mesures de planification et de mise en œuvre prises, y compris les parties prenantes impliquées ; les outils utilisés pour suivre et évaluer l'intervention ; les résultats, même préliminaires ; et les enseignements tirés et la pertinence et/ou l'applicabilité de l'intervention dans d'autres contextes. L'accent a été fortement mis sur les aspects liés au « processus » de chaque intervention.

Dans l'ensemble, les commentaires des participants ont suggéré que les présentations faisaient état d'un certain nombre d'approches innovantes (par exemple, des outils élaborés pour dépister les patients pour la tuberculose ; des modèles intégrés et décentralisés de prise en charge ; une intensification progressive de la prise en charge de la tuberculose multirésistante au moyen de traitements courts ; etc.) et d'un engagement en faveur de l'identification et de l'application de solutions sur mesure et adaptées au contexte. En outre, les résultats positifs obtenus jusqu'à présent ont contribué à l'accélération de la dynamique en matière d'intensification, de reproduction et de mise en œuvre dans d'autres pays et contextes.

3.1 L'intensification du dépistage de la tuberculose grâce à l'engagement communautaire et à la décentralisation des services

Éthiopie : Le rôle des agents de vulgarisation sanitaire dans le dépistage de la tuberculose

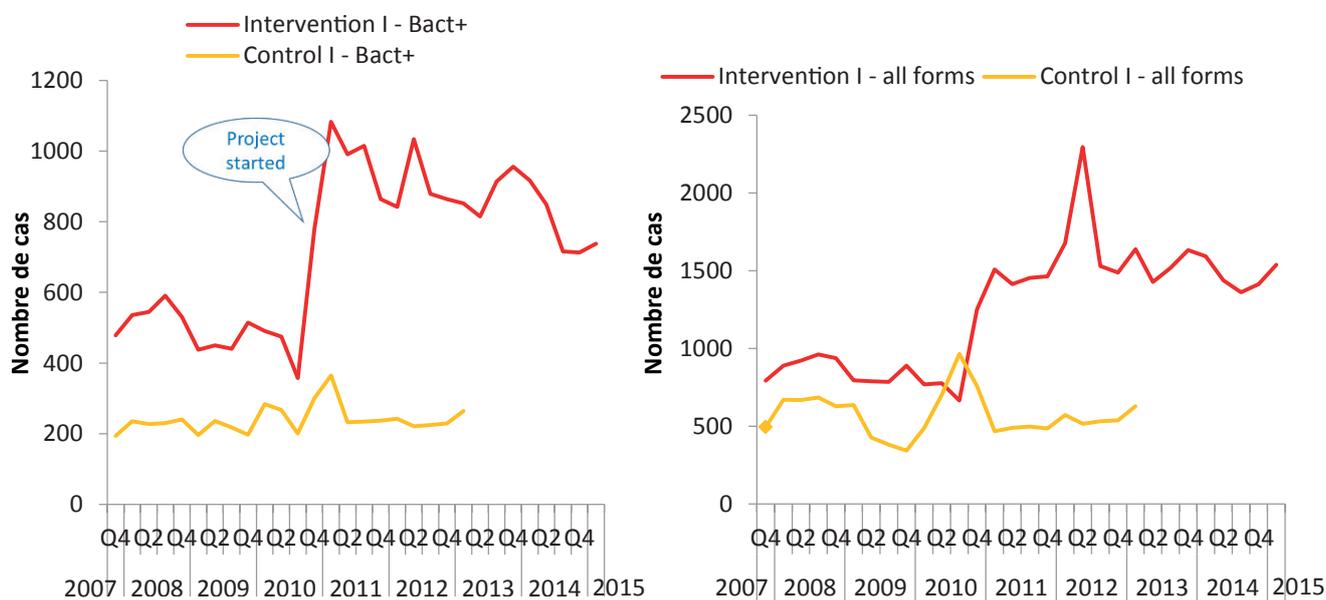
Quelles étaient les difficultés? L'Éthiopie affiche une charge élevée de tuberculose, de co-infection tuberculose/VIH et de tuberculose multirésistante, ainsi qu'un faible taux de détection des cas (45% de personnes tuberculeuses « manquants » en 2008 avec une tendance stationnaire). Par le biais des services communautaires décentralisés, 38 000 agents de vulgarisation sanitaire ont été déployés dans tout le pays. Les agents de vulgarisation sanitaire rendent visite aux ménages et mènent des activités d'éducation sanitaire. Ils identifient les personnes présentant des symptômes de tuberculose, collectent des échantillons de crachats, préparent les frottis et envoient les échantillons aux laboratoires. Les agents de vulgarisation sanitaire ont identifié de nombreuses personnes atteintes de tuberculose qui n'avaient pas été diagnostiquées, déclarées ou traitées, et les ont soutenues pendant le traitement, sauvant ainsi des vies et transformant des communautés.

Quelles mesures ont-elles été prises? Tous les patients identifiés par les agents de vulgarisation sanitaire ont été enregistrés par les superviseurs au centre de santé le plus proche fournissant un traitement antituberculeux. Les superviseurs tiennent également un registre en double afin de classer les patients tuberculeux identifiés par l'intervention et ceux qui se rendent dans les centres de santé. Les données de la zone de contrôle sont collectées à partir des rapports trimestriels de surveillance de routine et exploitées à des fins d'analyse secondaire.

Quels sont les résultats? Les résultats de ce projet de collaboration financé par TB REACH ont montré que les agents de vulgarisation sanitaire avaient identifié un total de 216 174 personnes présentant des symptômes de tuberculose (c'est-à-dire 4 003/mois en moyenne)— pour un total de 27 918 cas de tuberculose enregistrés sur 4,5 ans dans la zone d'intervention. Ces chiffres reviennent à une moyenne de 517 cas de tuberculose enregistrés par mois, ce qui est supérieur à la moyenne de 330 cas par mois de la période de référence ($p < 0,001$). **Le taux de déclaration des cas de tuberculose dans les districts soutenus par le projet a été multiplié par deux**, de 64 à 127 pour 100 000 habitants. De plus, les taux de succès thérapeutique en ce qui concerne la tuberculose dans ces mêmes districts ont, eux aussi, progressé, passant de 76 à 96%.

Quels sont les enseignements tirés? Ce cas souligne les possibles contributions que les interventions intégrées au sein des systèmes de santé existants et les approches communautaires peuvent apporter à la prestation de services universels et équitables de diagnostic et de traitement de la tuberculose pour toutes les populations, y compris celles qui sont vulnérables ou défavorisées. Cette approche pourrait être envisagée dans les pays affichant une charge élevée, en faisant appel aux agents de santé communautaires dans les contextes ruraux, et elle est en cours de déploiement dans tout le pays grâce au soutien du Fonds mondial.

Figure 3.1 : Nombre de cas de tuberculose enregistrés sur 4,5 ans dans la zone d'intervention



Côte d'Ivoire : Le processus de décentralisation de la lutte contre la tuberculose

Quelles étaient les difficultés? En Côte d'Ivoire, l'accès aux services de lutte contre la tuberculose est difficile du fait d'une couverture nationale insuffisante en structures de diagnostic et de traitement de la maladie (par exemple, dans un tiers des districts sanitaires, une structure unique de diagnostic fournit des services à entre 400 000 et 500 000 personnes, et parfois, les patients doivent parcourir 200 km pour se rendre au centre le plus proche). Le pays a décidé d'augmenter la couverture des services de lutte contre la tuberculose en raison de la couverture insuffisante et des taux élevés de mortalité (supérieurs ou égaux à 12%) chez les patients sous traitement.

Quelles mesures ont-elles été prises?

Plusieurs mesures ont été prises, notamment: la mise en place d'un comité de pilotage; la réhabilitation des sites (des containers aménagés ont été utilisés pour développer les sites à moindre coût); l'intégration des services de lutte contre la tuberculose au sein des centres de santé existants; des ateliers de restitution et d'appropriation de la décentralisation par les parties prenantes; et la formation de plusieurs niveaux de prestataires de services, notamment des praticiens de la médecine traditionnelle.



Un conteneur aménagé pour servir de centre de santé

Parallèlement, au niveau communautaire, une approche ENGAGE-TB a été adoptée, qui incluait une analyse situationnelle, l'élaboration d'un guide opérationnel pour les activités communautaires, la formation des agents de santé communautaires, et l'implication accrue des ONG.

Quels sont les résultats? Un an après le début de la décentralisation, de l'intégration et du renforcement de l'engagement communautaire, les données ont montré une amélioration des résultats en matière de traitement de la tuberculose—de 81% début 2016 à 83% début 2017—et une augmentation de 12,5% à 23,4% des cas de tuberculose détectés par les agents de santé communautaires parmi la population générale.

Les taux de détection parmi les populations-clés touchées ont augmenté de manière notable, passant de 37% de la totalité des cas identifiés par les agents de santé communautaires à 63,4%.

Quels sont les enseignements tirés? Un certain nombre d'enseignements ont été tirés, notamment l'importance de l'intégration de la lutte contre la tuberculose au sein des plans des directions régionales et départementales de la santé et les avantages et l'efficacité de partenariats solides: le Fonds mondial, le gouvernement, l'OMS, USAID et l'Union ont concentré leurs efforts autour d'un même projet par le biais de partenariats public-public et public-privé et 14 entreprises privées ont été impliquées dans la lutte contre la tuberculose. La forte implication communautaire (orientation des cas présumés, sensibilisation, visites à domicile, collecte et transport des échantillons, recherche des irréguliers au traitement) et l'implication des praticiens de la médecine traditionnelle ont également été considérées comme essentielles.

Tableau 3.1 : Résultats de la décentralisation au niveau communautaire

Résultats au niveau communautaire	2016	2017
Patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes) orientés par les agents de santé communautaires	2 668/21 357 (12,5%)	4 894/20 939 (23,4%)
Patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes) ayant reçu des soutiens communautaires	10 757/21 357 (50,4%)	16 903/20 939 (80,7%)
Patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes) traités avec succès (guéris et ayant été jusqu'au bout du traitement) ayant reçu un soutien en vue de l'observance du traitement de la part des agents de santé communautaires	4 194/5 178 (80,9%)	8 752/10 757 (81,4%)

Sénégal: Contributions communautaires à la lutte contre la tuberculose

Quelles étaient les difficultés? Le Sénégal a signalé que plus d'un tiers de ses cas de tuberculose n'étaient pas détectés. Un certain nombre de raisons sont imputées à ce constat, notamment le manque de connaissances précises sur la tuberculose, l'accès limité aux services de lutte contre la tuberculose, le faible nombre de consultations dans les centres de santé, l'implication limitée des communautés et des acteurs clés responsables de la lutte contre la tuberculose avant 2012, et les niveaux élevés de stigmatisation. Le taux de succès des traitements antituberculeux dans le pays reste également inférieur aux normes de l'OMS.

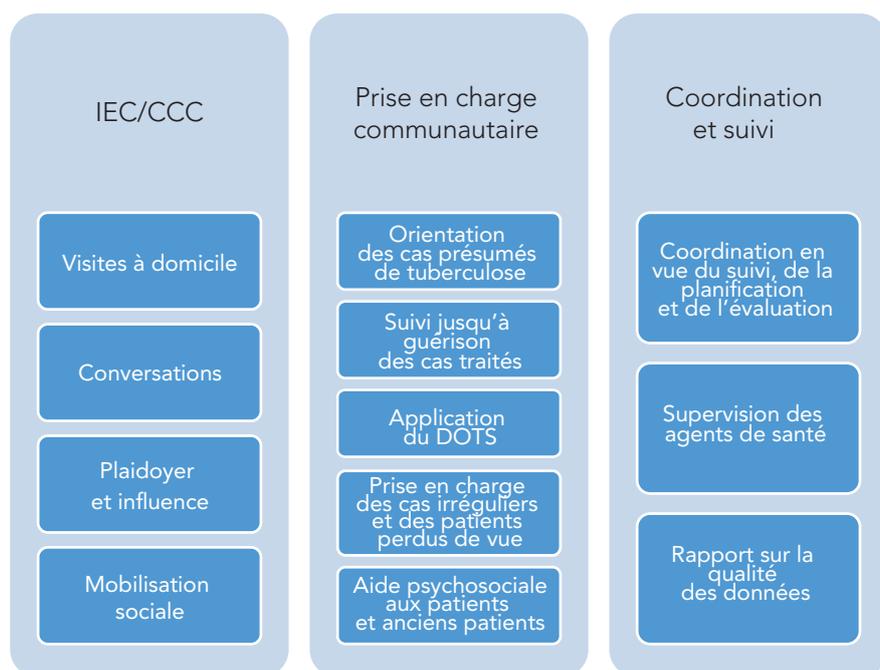
Quelles mesures ont-elles été prises? Afin de remédier à ces problèmes, le pays a étendu le soutien communautaire en impliquant le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) et l'instance de coordination nationale (ICN) du Fonds mondial dans le processus. Plusieurs facteurs ont permis de mettre en œuvre un ensemble de services de prise en charge communautaire de la tuberculose, notamment un cadre institutionnel solide pour la santé communautaire; des réseaux régionaux de relais communautaires polyvalents; des réseaux dynamiques d'organisations communautaires; une couverture à l'échelle nationale assurée par un réseau d'ONG nationales et internationales; un réseau actif d'associations de patients et de personnes touchées par la tuberculose et le VIH; et des expériences antérieures en matière de pilotage de projets de lutte contre la tuberculose au niveau communautaire. Les éléments clés de cet ensemble communautaire de services comprenaient un mécanisme d'orientation et de suivi pour les cas présumés et confirmés de tuberculose; l'application de traitements de brève durée sous surveillance directe (DOTS); la prise en charge des cas irréguliers et des patients perdus de vue; et une prise en charge psychosociale pour les anciens et actuels patients. Parmi les récentes innovations (depuis 2018) figurent des modifications de l'ensemble de services de prise en charge communautaire de la tuberculose selon la région (p. ex., les zones transfrontalières) et le contexte épidémiologique.

Quels sont les résultats? Après l'intensification des activités communautaires, le pays a signalé l'implication de 463 organisations communautaires, l'organisation de plus de 50 000 «conversations informelles», et la sensibilisation de plus d'un million de personnes. Les cas présumés de tuberculose orientés par les communautés ont progressivement augmenté, atteignant 13 675 en 2017, de même que la proportion des cas de tuberculose détectés par les organisations communautaires (15% de la totalité des cas signalés à l'échelle nationale). Le pays a également noté que le système de suivi et d'évaluation permettait un suivi étroit et la documentation des activités communautaires à différents niveaux.



Des jeunes participent à un exercice de sensibilisation dans leur communauté

Figure 3.2: Activités essentielles de l'ensemble de services de prise en charge communautaire de la tuberculose



Quels sont les enseignements tirés? Plusieurs enseignements ont pu être tirés de l'expérience du pays. L'engagement des communautés pour le déploiement à grande échelle de la prise en charge de la tuberculose est possible, mais cela exige un solide partenariat avec d'autres ONG et organisations communautaires. L'engagement des communautés contribue également sensiblement à la détection des cas de tuberculose et à un traitement efficace. Parmi les autres principaux enseignements tirés, on peut citer l'importance d'une supervision régulière des professionnels de santé et la validation des données par le système de santé. Un appui technique régulier et un solide renforcement des capacités sont tout aussi déterminants. Les activités doivent être menées dans le cadre du système de santé afin d'encourager l'intégration des résultats au système national de communication de l'information, ainsi que leur pérennité. **Le besoin de stratégies précises visant des populations clés, des groupes vulnérables et des communautés difficiles à atteindre, ainsi que l'importance de tenir compte des réalités et de l'épidémiologie locales pour mieux orienter les interventions dans les communautés, ont également été soulignés.**

Les participants ont insisté sur l'importance d'intégrer les résultats des communautés au système national de communication de l'information. Par ailleurs, le rôle de la collaboration transfrontalière dans la lutte contre la tuberculose a été réaffirmé, en évoquant notamment des patients commençant un traitement au Mali pour le terminer au Sénégal, et inversement.

3.2 Dépistage actif dans les centres de santé

Tanzanie : Qualité et efficacité des programmes (PQE) pour le dépistage dans les centres de santé

Quelles étaient les difficultés? La première enquête sur la prévalence de la tuberculose à l'échelle nationale menée en Tanzanie en 2013 a mis en évidence une charge de morbidité bien plus élevée que les années précédentes. Elle a également indiqué que de nombreux malades ne sont pas diagnostiqués même après leur passage dans les centres de santé.

Quelles mesures ont-elles été prises? Au vu de ces résultats, les autorités nationales ont concentré leurs efforts sur l'amélioration de l'efficacité et de la qualité du programme de lutte contre la tuberculose ; elles ont élaboré un programme complet permettant d'offrir un dépistage à tous les patients qui se rendent dans un centre de santé. Pour y parvenir, il a fallu procéder à plusieurs changements, qui reposaient tous sur des améliorations de l'organisation et de la gestion. L'objectif était d'améliorer le dépistage de la tuberculose et les services offerts par les centres de santé, tout en renforçant l'accès aux diagnostics et les activités de sensibilisation. Respectant un processus très méthodique, la Tanzanie a d'abord mené une évaluation nationale destinée à définir les obstacles et les bonnes pratiques de détection de la maladie. Parmi les obstacles, on distingue un faible taux de cas suspectés lors de la détection chez les professionnels de santé, le faible recours aux algorithmes de diagnostic, des insuffisances d'orientation et de mise en relation et une répartition inégale des services de diagnostic de la tuberculose en laboratoire. Pour remédier à ces difficultés, les autorités ont adopté un système de qualité et d'efficacité des programmes (PQE). Il comporte notamment l'élaboration d'un guide pratique pour l'amélioration de la qualité lors du dépistage de la tuberculose, ainsi que des contenus de formation, des outils et des aides (p.ex., des fiches d'évaluation pour la pédiatrie) ; un dépistage complet dans les centres de santé ; l'intégration du dépistage actif à la formation médicale continue ; et une surveillance renforcée des infrastructures et des registres des cas présumés de tuberculose.

Quels sont les résultats? Après 18 mois d'exécution, l'intervention a donné les résultats essentiels suivants : les centres de santé ayant mise en place un système de qualité et d'efficacité des programmes connaissent plus de déclarations que les centres témoins ; la déclaration des cas de tuberculose chez l'enfant est renforcée ; et l'indice de suspicion des cas de tuberculose chez les professionnels de santé est accru.

Quels sont les enseignements tirés? Les enseignements essentiels consistent à **s'assurer de l'engagement des responsables à l'échelon national comme à celui des centres de santé et à garantir que les centres de santé disposent de cibles pour les cas présumés de tuberculose et pour la déclaration des cas**. De plus, le recours aux grilles d'évaluation pour le dépistage de la tuberculose chez l'enfant a permis de détecter des cas déclarés plus nombreux et en plus grande proportion chez l'enfant.

Figure 3.3: Tendances dans la déclaration des cas de de tuberculose dans 10 centres d'intervention disposant d'un système de qualité et d'efficacité des programmes dans la région de Dodoma

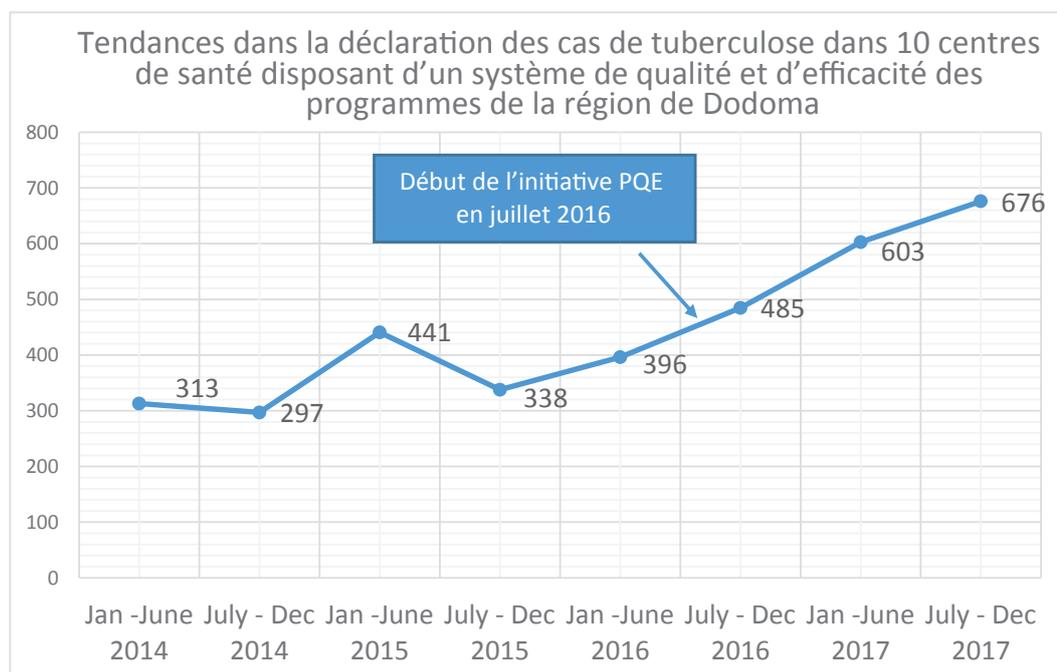
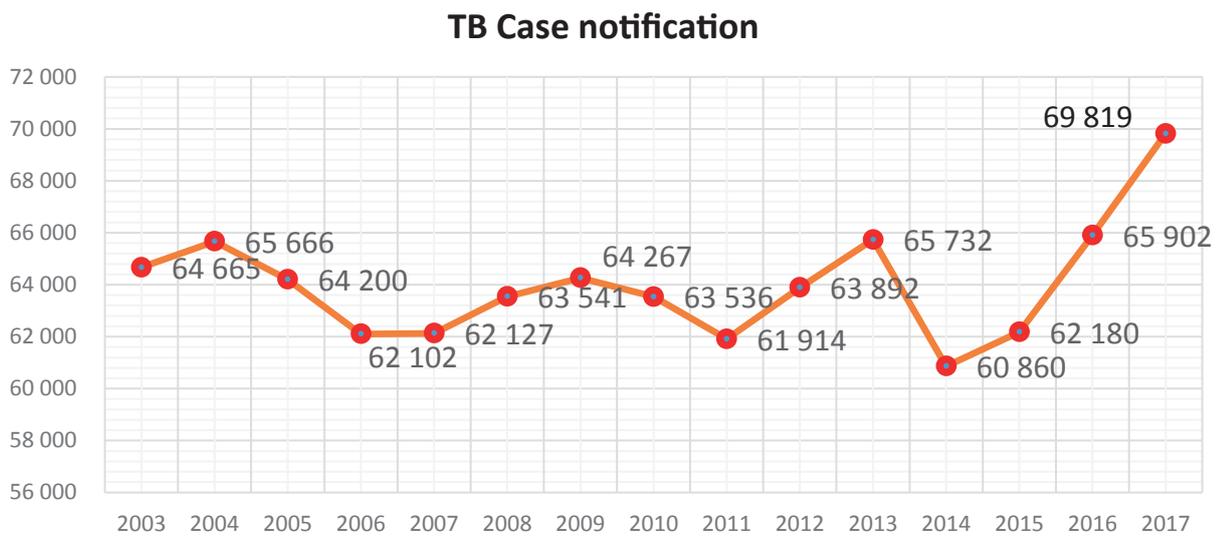


Figure 3.4: Déclaration des cas de tuberculose en Tanzanie (2003-2017) - tous cas confondus



Kenya: Qualité et efficacité des programmes (PQE) pour le dépistage dans les centres de santé

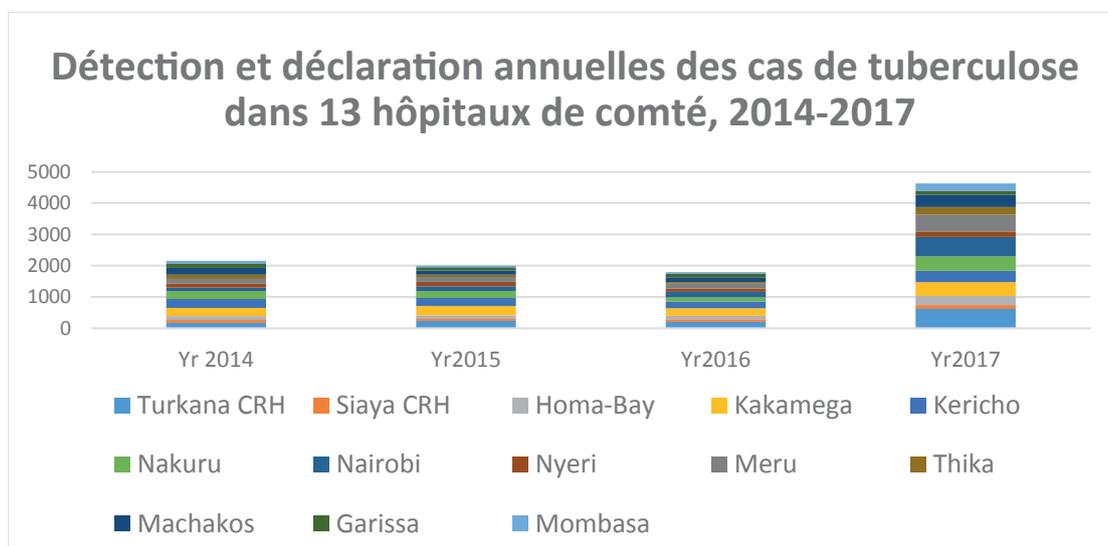
Quelles étaient les difficultés? À la lumière des conclusions des résultats préliminaires de l'enquête 2015-2016 sur la prévalence de la tuberculose, le PNT du Kenya s'alarmait du pourcentage élevé de cas manquants de tuberculose (plus de 40%, soit environ 40 000 personnes). Les responsables nationaux se sont donc intéressés à la recherche d'approches novatrices pour retrouver les personnes ni diagnostiquées, ni signalées, ni traitées par le système de santé et renouer le lien. La méthodologie de qualité et d'efficacité des programmes était adaptée à leurs besoins. De plus, les difficultés liées au manque d'engagement des responsables des hôpitaux et des professionnels de santé pour le dépistage et le traitement de la tuberculose, la faiblesse des systèmes d'orientation et les insuffisances des diagnostics chez l'enfant pouvaient être résolues grâce à des formations et à un suivi dans le cadre d'un système de qualité et d'efficacité des programmes (PQE).

Quelles mesures ont-elles été prises? Les responsables des hôpitaux et les médecins de haut niveau ont été formés afin qu'ils puissent eux-mêmes former d'autres équipes au diagnostic de la tuberculose. Un clinicien référent sur la tuberculose qui ne participait pas au PNT a été désigné afin de maintenir cette maladie à l'ordre du jour des discussions et réunions régulières. Autre changement significatif, une note de service a été diffusée par le ministère de la Santé. Elle préconise le dépistage et le diagnostic actifs de la tuberculose dans tous les services des hôpitaux, notamment auprès des patients hospitalisés, et dans toutes les cliniques spécialisées. Les visites mensuelles de mentorat organisées à la suite des formations initiales ont contribué à garantir un suivi rigoureux des protocoles de diagnostic, à recueillir des données et à affronter les difficultés posées au cours de ces échanges.

Quels sont les résultats? Au terme d'une année, les résultats indiquent clairement que les 13 hôpitaux ruraux du projet ont bénéficié de ces changements. **La détection des cas a augmenté de 158% dans l'ensemble.**

Quels sont les enseignements tirés? Un des enseignements fondamentaux est le **caractère absolument essentiel de l'appui à la gestion**. Certains des hôpitaux pilotes n'ont pas connu d'améliorations en raison du manque de participation de la direction à la sensibilisation et à la formation; le personnel ne faisait pas toujours évoluer ses pratiques et invoquait une surcharge de travail comme obstacle à l'exécution de responsabilités supplémentaires du programme sur la tuberculose.

Figure 3.5: Détection et déclaration annuelles des cas de tuberculose dans 13 hôpitaux de comté, 2014-2017



Les participants ont mis en doute l'utilisation des grilles d'évaluation sur les enfants pour dépister la tuberculose. Il a été rappelé que l'identification des cas de tuberculose asymptomatiques n'était pas la priorité, puisque cela s'avère trop difficile. L'intervention visait plutôt la détection des cas symptomatiques lors des visites des personnes dans les centres de santé et le suivi à partir de ces sujets contacts.

Bénin, Guinée et Sénégal : l'étude multi-pays RafaScreen

Quelles étaient les difficultés? Dans ces trois pays, la détection de la tuberculose chez les patients séropositifs et diabétiques ne reposait sur aucun algorithme défini. L'étude internationale RafaScreen menée au Bénin, en Guinée et au Sénégal avait donc pour but d'identifier le meilleur algorithme (le plus rentable) pour dépister la tuberculose et estimer la prévalence de cette maladie parmi ces populations.

Quelles mesures ont-elles été prises? L'étude a comparé différentes approches du dépistage de la tuberculose au moyen de l'évaluation clinique, de la microscopie, de la radiographie et du recours aux machines GeneXpert utilisés selon diverses combinaisons. Ces méthodes ont également été comparées au traitement de référence : une culture positive et/ou un résultat GeneXpert positif, ou encore un diagnostic clinique confirmé par des experts. Des aspects financiers ont également été envisagés, comme le coût de l'algorithme dans le cadre du programme (coût par activité, combinaison de coûts publiés et locaux). Des paramètres de comparaison comme la sensibilité (Se), la spécificité (Sp), la valeur prédictive positive (VPP), la valeur prédictive négative (VPN) et l'aire sous la courbe (ASC) ont été utilisés pour identifier le meilleur algorithme pour les diabétiques, les personnes vivant avec le VIH suivant ou ne suivant pas un traitement antirétroviral.

Quels sont les résultats? Les résultats exposés au cours de l'atelier étaient préliminaires. Ils ont révélé une forte prévalence de la tuberculose chez les patients séropositifs et diabétiques (risque +++). L'étude a également montré que **l'algorithme le plus rentable intègre l'approche (Clin) + GeneXpert systématique, tandis que le moins efficient est celui de la microscopie et de la radiographie.**

Quels sont les enseignements tirés? Étant donné le risque élevé de tuberculose +++ chez les patients vivant avec le VIH et jamais traités par antirétroviraux, mais sur le point d'entreprendre un tel traitement, la méthode GeneXpert a été proposée comme un test possible à inclure dans les ensembles de tests avant le début du traitement antirétroviral.

Tableau 3.2: Prévalence estimée pour 100 000 personnes

	Population générale	Patients diabétiques	Patients vivant avec le VIH jamais traités par antirétroviraux	Patients vivant avec le VIH et suivant un traitement antirétroviral
Bénin	59 [38 - 84]	691 [400 - 1 200]	4 061 [2 500 - 6 500]	2 564 [1 600 - 4 100]
Guinée	176 [114 - 252]	2 458 [1 900 - 3 300]	13 605 [10 700 - 17 100]	4 934 [3 500 - 7 000]
Sénégal	140 [95 - 193]	2 792 [2 200 - 3 600]	7 273 [4 200 - 12 300]	1 361 [700 - 2 700]

Il a été précisé aux participants que l'estimation des coûts s'entend par patient. Il a également été suggéré de ventiler les résultats de l'étude pour comparer les patients diabétiques stables et instables (comme cela a été fait pour les patients suivant un traitement antirétroviral et ceux qui n'ont jamais été traités ainsi).

Ghana: les difficultés et les perspectives du dépistage intensif des cas

Quelles étaient les difficultés? Au Ghana, l'étude nationale 2013 sur la prévalence de la tuberculose révélait une charge de morbidité quatre fois supérieure aux estimations précédentes (290/100 000). La nouvelle estimation faisait chuter le taux de détection des cas de 88 à 33 %, suggérant que, chaque année, plus de 67 % des personnes atteintes de tuberculose sont « manquantes ». Les résultats de l'enquête ont également fourni des informations intéressantes sur la proportion de cas de tuberculose avérés négatifs par frottis, par opposition aux cas détectés par radiographie ou uniquement en constatant les symptômes.

Quelles mesures ont-elles été prises? Compte tenu de ces estimations, les autorités du pays ont cherché à intensifier leurs efforts de recherche des cas manquants de tuberculose, et ont affiné l'outil de dépistage des symptômes pour en améliorer la sensibilité. Elles ont également recommandé la machine GeneXpert pour la première phase des tests et y ont ajouté la radiographie numérique pour la détection des cas de tuberculose asymptomatique. En outre, le recours au dépistage intensif des cas (DIC) a été choisi en raison du faible indice de suspicion des cas de tuberculose par le personnel de santé. Cette approche a été privilégiée dans certains districts où des évaluations de référence des capacités ont été menées. Le renforcement des capacités des districts ou des établissements a ensuite pu être effectué pour combler les lacunes identifiées. Les activités essentielles comportaient notamment une assistance budgétaire, le recrutement de personnel, la formation à l'algorithme amélioré de dépistage et de diagnostic de la tuberculose et au DIC, un accompagnement sur le terrain et une supervision formative, ainsi que des rapports et des retours d'informations sur le DIC.

Quels sont les résultats? Les tableaux 3.3 et 3.4 ci-après présentent les résultats du DIC en cascade selon différents points d'entrée en 2016 et 2017. On remarque en particulier une augmentation de la proportion de cas présumés de tuberculose (susceptibles d'être dépistés), de 48,1 % en 2016 à 71,7 % en 2017. Cela est notamment manifeste à certains points d'entrée, comme les cliniques dispensant des soins antirétroviraux (de 50,3 à 90,2 %), mais également dans les cliniques de soins prénatals (de 48,4 à 81 %), les services ambulatoires en général (de 49,5 à 71,9 %) et les cliniques de traitement du diabète (de 42,5 à 71,1 %). Cependant, un grand nombre de patients reçus dans ces points d'entrée ne font toujours pas l'objet d'un dépistage de la tuberculose (deux premières colonnes du tableau 3.4). En revanche, lorsqu'ils sont testés et qu'un cas de tuberculose est soupçonné, la plupart d'entre eux sont examinés plus avant et la majorité des personnes dont la tuberculose est diagnostiquée reçoivent un traitement.

Quels sont les enseignements tirés? Plusieurs difficultés et enseignements ont été décrits. Premièrement, plus de 25 à 50 % des cas présumés de tuberculose dépistés par le DIC n'ont pas été testés en laboratoire, tandis que plus de 15 % des patients ayant subi un DIC n'ont pas reçu de traitement dans des délais adéquats. Parmi les autres difficultés, on constate une importante charge de travail dans les services ambulatoires et les laboratoires, la lenteur de l'adoption du DIC, la résistance de certains cliniciens, les demandes d'une rémunération supplémentaire par certains professionnels de santé, ainsi qu'une perception erronée de l'importance de la détection des cas de tuberculose dans les districts non prioritaires. Parmi les étapes prévues par le PNT pour la voie à suivre, les éléments suivants ont été estimés prioritaires : une supervision formative intensive, **la mise en place d'un système de suivi de tous les cas de tuberculose présumés afin de s'assurer qu'ils fassent l'objet d'un dépistage**, la fourniture d'un traitement antituberculeux à toutes les personnes diagnostiquées dans des délais adaptés, le recours à d'autres agents pour réduire la charge de travail des services ambulatoires, la généralisation du DIC à tous les districts, **l'intégration du dépistage de la tuberculose au protocole de mesure des signes vitaux en soins ambulatoires et l'encouragement de l'administration des établissements de santé à prendre l'initiative de l'exécution du DIC dans leurs services.**

Tableau 3.3: Résultats de l'exécution du dépistage intensif des cas, 2016

Point de prestation de service de santé	Nouvelles consultations	Nombre avec des symptômes respiratoires	Cas présumés	% de TB présumé parmi les nouvelles consultations	Nombre de cas de TB présumé testés	% testés parmi les cas éligibles (TB présumé)	Nombre diagnostiqué avec la TB	% diagnostiqués avec la TB parmi ceux testés	Nombre initié sous traitement	% initié sous traitement
Clinique ambulatoire générale	5 848 430	569 178	52 769	0.9	26 109	49.5	4 831	18.5	4 375	90.6
Clinique prénatale	556 767	71 653	4 060	0.7	1 965	48.4	58	3.0	40	69.0
Autres	340 802	41 528	8 384	2.5	3 244	38.7	812	25.0	579	71.3
Clinique pédiatrique	195 607	17 676	1 471	0.8	596	40.5	171	28.7	147	86.0
Clinique TAR	139 539	47 822	6 182	4.4	3 112	50.3	466	15.0	419	89.9
Clinique femmes	135 324	27 050	2 878	2.1	1 456	50.6	422	29.0	338	80.1
Clinique diabétique	134 718	27 698	2 017	1.5	857	42.5	60	7.0	25	41.7
Clinique hommes	99 938	17 994	2 709	2.7	1 488	54.9	552	37.1	486	88.0
Enquête de contact	25 895	14 860	2 077	8.0	863	41.6	131	15.2	99	75.6
Total	7 477 020	835 459	82 547	1.1	39 690	48.1	7 503	18.9	6 508	86.7

Tableau 3.4: Résultats de l'exécution du dépistage intensif des cas, de janvier à juin 2017

National	Consultations / inscrits	Nombre dépistés pour la TB	Cas présumés	% de TB présumé parmi les nouveaux préposés	Nombre testés	% testés parmi les cas éligibles (TB présumé)	Nombre diagnostiqué avec la TB	% diagnostiqués avec la TB parmi ceux testés	Nombre initié sous traitement	% initié sous traitement
Clinique ambulatoire générale	3 698 088	681 696	46 255	1.3	33 241	71.9	3 376	10.2	2 805	83.1
Clinique TAR	88 344	35 068	5 808	6.6	5 237	90.2	333	6.4	282	84.7
Clinique prénatale	381 108	56 268	2 686	0.7	2 175	81.0	15	0.7	10	66.7
Clinique diabétique	89	19 921	1 821	2.0	1 294	71.1	17	1.3	16	94.1
Enquête de contact	18 063	13 446	4 877	27.0	1 210	24.8	54	4.5	69	127.8
Clinique pédiatrique	114 584	19 273	1 344	1.2	1 067	79.4	99	9.3	88	88.9
Clinique femmes	69 225	12 287	2 260	3.3	1 900	84.1	259	13.6	209	80.7
Clinique hommes	52 279	10 604	2 101	4.0	1 790	85.2	373	20.8	300	80.4
Autres: Laboratoire + prison	26 284	5 646	1 207	4.6	1 110	92.0	54	4.9	51	94.4
Total	4 537 390	854 209	68 354	1.5	49 024	71.7	4 580	9.3	3 830	83.6

3.3 Que faisons-nous pour la lutte contre la tuberculose chez les enfants ?

Bénin : Les expériences de repérage de sujets contacts chez les enfants

Quelles étaient les difficultés? Étant donnée la faible observance du traitement (27 à 50%) et en l'absence d'une documentation systématique du processus, le Bénin visait l'amélioration du traitement préventif intermittent (TPI) chez l'enfant.

Quelles mesures ont-elles été prises? Une étude pilote a été menée pour améliorer l'observance du TPI chez les enfants de moins de cinq ans qui sont des sujets contacts de la tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée (BCPT) dans les deux plus grands établissements de santé du pays. Un algorithme a été conçu pour identifier, évaluer et suivre les sujets contacts enfants dont la tuberculose a été dépistée par crachat; un registre du TPI a été ouvert pour assurer le suivi de la recherche des contacts et des interventions de traitement préventif; un tampon a été créé pour rappeler au personnel d'effectuer la recherche de contacts pour chaque cas de référence. Après cet essai pilote, le Bénin a commencé à utiliser le registre du TPI à l'échelle nationale, intégrant ce dispositif à la fiche de traitement des patients et à la supervision des unités de gestion élémentaires (BMU), intégrant les indicateurs du TPI aux rapports trimestriels des déclarations et des traitements et adoptant le schéma de TPI de six mois au lieu de neuf. Le Bénin a ensuite participé au projet TITI, une étude coordonnée par l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires pour évaluer les outils et les conditions nécessaires à l'exécution de l'évaluation systématique des sujets contacts enfants conformément aux conditions du PNT en République centrafricaine, au Cameroun, au Burkina Faso et au Bénin.



Tampon pour rappeler d'effectuer la recherche de contacts pour chaque cas source et assurer le suivi des enfants

Quels sont les résultats? Grâce au projet pilote, le nombre d'enfants bénéficiaires du TPI a augmenté progressivement (bien qu'il reste inférieur aux attentes), de même que l'achèvement du TPI. Parmi les cas de référence en question, 24% des personnes ont déclaré avoir des enfants de moins de cinq ans dans leur foyer (deux en moyenne). Au total, 1 047 enfants ont été identifiés, parmi lesquels 1 036 (soit 99% d'entre eux) débutant le TPI. Neuf cas de tuberculose active ont été détectés, dont sept ont été diagnostiqués avant le début du TPI et deux après (0,8%, soit 860/100 000). Sept personnes sont décédées au cours du TPI.

Quels sont les enseignements tirés? Tout au long du programme TITI, on a noté divers enseignements tirés. Il s'agit notamment d'une plus grande détection des sujets contacts grâce à des visites à domicile de « porte à porte » (qui sont très bien acceptées par les familles) et à un dépistage accru des contacts (4% TITI et < 1% dans l'étude pilote) grâce à une approche systématique du diagnostic (algorithme clinique + radiographie pulmonaire). Il apparaît également **clairement qu'un lourd protocole de dépistage médical décourageait les familles (de nombreux cas symptomatiques ont été relevés parmi les personnes « perdues de vue »)**. Enfin, les progrès du Bénin ont montré que la recherche des sujets contacts de la tuberculose chez l'enfant et l'exécution du TPI sont possibles et que l'observance est bonne. **Un travail supplémentaire reste à faire pour mieux cerner la manière d'atteindre tous les enfants de moins de cinq ans à un moindre coût tout en assurant un dépistage fiable avant de commencer le TPI.**

Les participants ont posé des questions sur le coût, la faisabilité et la viabilité de la méthode du « porte à porte ». Ils ont également évoqué l'importance du suivi des enfants après le TPI pour évaluer la protection du traitement préventif lorsqu'il prend fin, de même que les difficultés d'éviter l'exposition à la tuberculose en dehors du foyer familial.

Ouganda: Décentraliser et intégrer les diagnostics et le traitement de la tuberculose chez l'enfant

Quelles étaient les difficultés? L'amélioration du dépistage des cas de tuberculose et de la prévention chez l'enfant en Ouganda était fondée sur le constat d'un faible taux de déclaration concernant les enfants (2,5% des cas bactériologiquement confirmés et moins de 6% de tous les cas déclarés), ainsi que sur les résultats d'une évaluation de référence portant sur 112 centres de santé. Cette évaluation a notamment révélé que : chez les enfants, les taux de déclaration des cas étaient plus faibles aux niveaux les moins élevés de soins, ce qui traduisait la centralisation de ces services ; les professionnels de santé des échelons les plus bas endossaient la responsabilité des diagnostics de la tuberculose chez l'enfant ; seuls 18% de ces agents faisaient état de la recherche de contacts ; les capacités de recueil d'échantillons étaient limitées à tous les échelons.

Quelles mesures ont-elles été prises? Le PNT a défini diverses étapes à franchir à l'échelle nationale dans le but de renforcer les capacités à traiter la tuberculose chez l'enfant (voir figure 8 ci-après). Parmi ces mesures, une formation intégrée a été mise en place à l'intention des professionnels de santé à tous les échelons, en cascade, en commençant par la formation des formateurs à l'échelle nationale (TOT), suivie de formations des formateurs dans les régions et enfin de mentorat ou de formations dans les centres de santé. En coopération avec l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, Baylor Ouganda et Mildmay, le PNT a également exécuté le programme DETECT Child TB avec succès. Ce dernier vise, principalement grâce à des formations et du mentorat, à décentraliser les services de santé afin que les professionnels du secteur puissent diagnostiquer et traiter la tuberculose et à charger des professionnels de santé communautaires de rechercher les enfants ayant été en contact avec des adultes atteints de la maladie.

Quels sont les résultats ? Le programme DETECT Child TB a amélioré la détection des cas de tuberculose chez l'enfant de 8,8 à 15% dans les deux districts où il a été mis en œuvre. Par ailleurs, les services liés à la tuberculose, au VIH et à la nutrition ont été inclus dans la Prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire, appliquée grâce à l'appui de l'UNICEF et de l'OMS. Des résultats positifs ont été enregistrés, la déclaration globale de cas de tuberculose chez l'enfant passant de 7,5% en 2014 à 9,3% en 2017.

Quels sont les enseignements tirés ? L'exécution de ces programmes en Ouganda a été riche d'enseignements. Tout d'abord, ils ont prouvé la possibilité de décentraliser les services sur la tuberculose chez l'enfant, mais également le besoin de mettre en œuvre des **capacités adaptées (infrastructures, ressources humaines et logistiques) et de solides mécanismes d'orientation avant l'exécution et l'intensification de ces initiatives**. Les autres enseignements soulignent l'importance de décentraliser les services sur la tuberculose au deuxième échelon des établissements de santé ; d'assurer un mentorat continu ; d'engager des équipes de district (et de définir des objectifs par district) ; et enfin de renforcer la coordination des parties prenantes. En outre, il a été jugé essentiel de faire face à la stigmatisation en menant continuellement des opérations de sensibilisation et d'éducation dans les communautés et de renforcer l'engagement entre les différents programmes pour faire le lien entre les interventions (p.ex., santé maternelle et pédiatrique).

Figure 3.6: Formation en cascade

Innovation 1: Competence based capacity building – Training Cascade

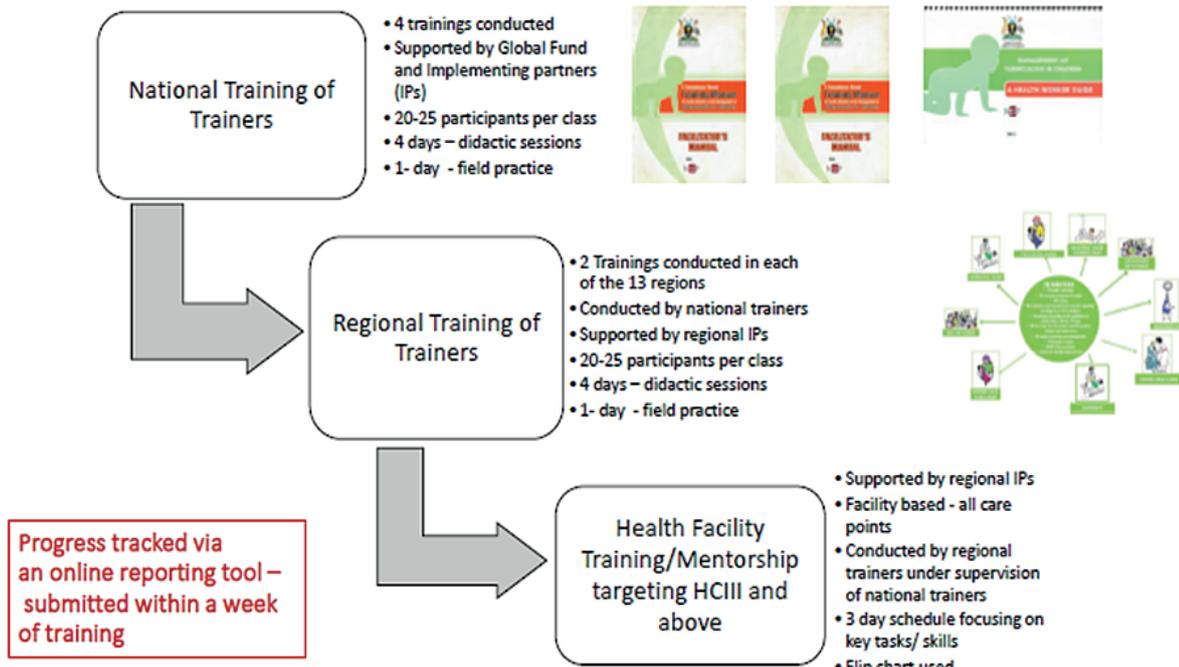
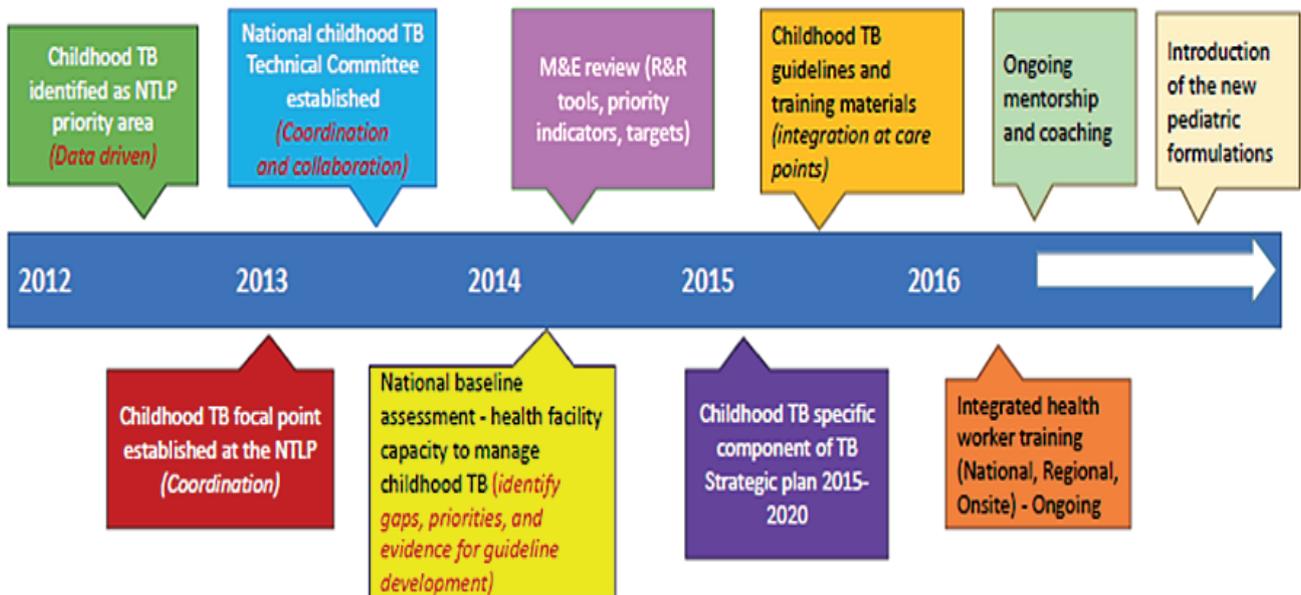


Figure 3.7 : Renforcement des capacités pour le traitement de la tuberculose chez l’enfant - échelon national



Cette discussion a souligné l'importance de l'engagement de la communauté pour rechercher les sujets contacts et détecter les cas de tuberculose chez l'enfant, ainsi que l'importance d'utiliser tous les points d'entrée utiles (p.ex., santé maternelle et pédiatrique). La difficulté du diagnostic de la tuberculose chez l'enfant au stade primaire de la maladie a été soulignée, la plupart de ces patients présentant une microscopie négative. Il convient donc de mettre l'accent sur le diagnostic clinique. Concernant le transfert de tâches aux infirmiers, il a été clairement établi que ces derniers ne prennent pas la décision finale, qui incombe plutôt à toute l'équipe.

3.4 La prise en charge de la tuberculose et de sa forme multirésistante, et les résultats en matière de traitement

Niger: paquet des services complets pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante

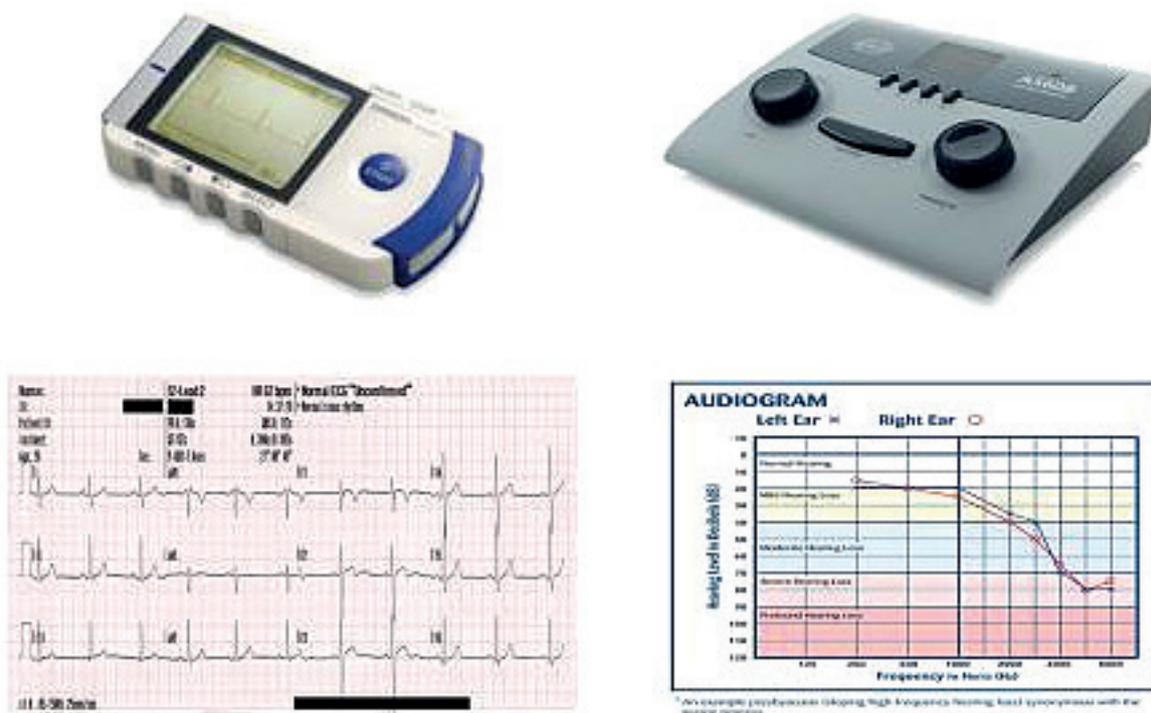
Quelles étaient les difficultés? Avant 2008, les cas de tuberculose multirésistante étaient uniquement trouvés dans les échecs et les rechutes de Cat. 2. Les cultures et tests de sensibilité aux médicaments n'étaient pas pratiqués, aucun schéma normalisé n'était utilisé pour les cas suspectés de tuberculose multirésistante (en 2007, 27 schémas différents ont été utilisés pour 40 patients, n'aboutissant à aucune guérison). Enfin, les patients devaient payer eux-mêmes leur traitement de deuxième intention.

Quelles mesures ont-elles été prises? En 2008, grâce à l'aide d'Action Damien, un certain nombre d'activités ont pu être menées et généralisées dans le cadre du PNT. Parmi celles-ci, on compte l'expansion des cultures et des tests de sensibilité aux médicaments, commencés à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers; la mise en place d'un schéma de traitement court dans des conditions de recherches opérationnelles pour les patients n'ayant jamais fait l'objet d'un traitement de deuxième intention; l'ouverture du premier poste de traitement de la tuberculose multirésistante à Niamey (sous un mangui); ainsi que la construction et l'équipement du Laboratoire national de référence. Les cultures et les tests de sensibilité aux médicaments ont été étendus à Niamey, suivis par l'introduction des tests moléculaires (LPA pour la première et la deuxième intention et GeneXpert) et d'une décentralisation progressive, conduisant à huit sites en 2017, avec un système de transport des crachats fondé sur les transports publics. Au cours de la phase intensive, les patients reçoivent un traitement ambulatoire sous surveillance directe (DOT) dans les unités spécialisées dans la tuberculose multirésistante à Niamey et à Maradi. En cas de conditions cliniques graves, des soins hospitaliers quotidiens sont dispensés au CHU de Niamey et au CHR de Maradi. Au cours de la phase de poursuite du traitement, les soins sont ambulatoires pour les patients vivant à Niamey ou à Maradi ou ceux qui souhaitent y séjourner. Des soins auprès des familles (visites à domicile) sont organisés pour les patients résidant en dehors de ces deux villes (les médicaments sont alors fournis pour une à deux semaines), et une visite ambulatoire est assurée de façon hebdomadaire ou bimensuelle. Dans ces deux hôpitaux, un suivi SASM est également fourni au moyen d'un électrocardiographe et d'un audiomètre de dépistage; une assistance sociale et économique est apportée aux patients grâce à un suivi gratuit des effets indésirables, la gratuité des médicaments d'appoint, la prise en charge du transport entre le domicile du patient et l'établissement de soins, une aide nutritionnelle, des visites à domicile et un accompagnement des familles. La fourniture et la gestion des médicaments sont assurées par Action Damien. Les médicaments associés (Cfz++) et d'appoint pour le traitement des effets indésirables sont disponibles et un roulement est assuré avec six mois de stock de sécurité.

Quels sont les résultats? Les résultats ont montré **une augmentation significative de la proportion de cas de retraitement bénéficiaires d'un test GeneXpert (de 11% en 2008 à 89% en 2017), ainsi qu'une impressionnante réduction de l'intervalle entre la détection d'un cas suspecté de tuberculose multirésistante et le début du traitement (en moyenne 165 jours en 2008 contre 12 jours en 2016)**. Les résultats moyens du schéma de 9 à 12 mois pour 255 patients au cours des dix dernières années sont supérieurs à 85%, avec un taux de rechute après le traitement limité à 2,3%.

Figure 3.8: Les outils de SASM

Électrocardiographe et audiomètre de dépistage



Quels sont les enseignements tirés ? L'expérience de l'intensification des soins de la tuberculose multirésistante a été riche d'enseignements. Elle a notamment souligné l'importance d'une solide connaissance du contexte local et de bonnes relations entre le PNT et ses partenaires afin de cerner les lacunes et de trouver des solutions ; le besoin de professionnels de santé dévoués, compétents, stables et motivés ; et le besoin de directives brèves et pratiques associées à un modèle de soins tourné vers le patient (suivi et médicaments gratuits, frais de transport, nutrition). De plus, l'élargissement de la prise en charge de la tuberculose multirésistante doit être progressif et adapté au contexte: un traitement court est efficace dans des conditions fidèles au programme et de bons résultats sont maintenus. Une gestion efficace des médicaments est absolument déterminante (la notion de stock de sécurité est très importante).

Les commentaires des participants contenaient des questions sur la manière de préserver la motivation du personnel de santé et sur la viabilité des interventions liées aux services de soins aux patients atteints de tuberculose multirésistante.

Cameroun: paquet des services complets pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante

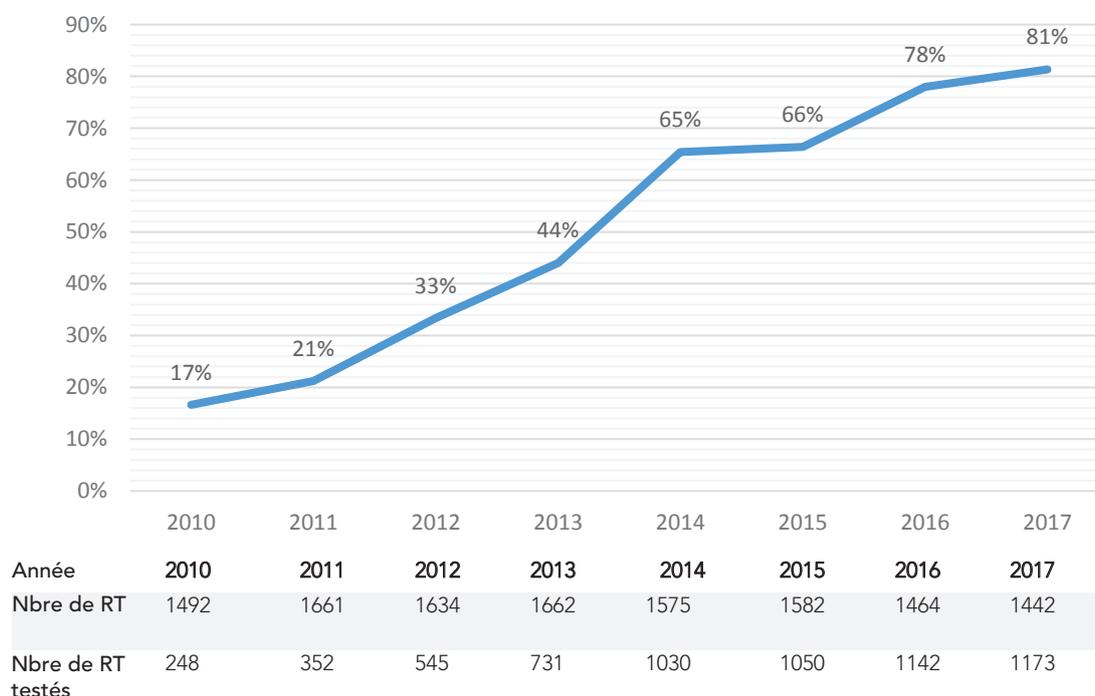
Quelles étaient les difficultés? Avant 2005, très peu de cas de tuberculose multirésistante avaient été détectés au Cameroun. Les rares cas avaient été identifiés par la méthode des cultures et des tests de sensibilité aux médicaments au Centre Pasteur du Cameroun. Ils avaient été traités de façon individualisée par deux experts uniquement.

Quelles mesures ont-elles été prises? Depuis 2005, divers acteurs se sont engagés dans le dépistage et le traitement de la tuberculose multirésistante dans le pays. Ils ont apporté un appui technique et budgétaire, des médicaments, ainsi que des ressources humaines et ils ont participé à l'orientation des efforts. De plus, les machines GeneXpert se sont progressivement généralisées dans l'ensemble du pays, permettant d'augmenter le nombre de tests des cas de retraitement, de 17% en 2010 à 81% en 2017. Les sites GeneXpert sont tous connectés à un serveur du PNT et les données sont transmises aux cliniciens en temps réel. Les traitements courts (12 mois) ont débuté en 2008, et ceux de neuf mois en 2013.

Quels sont les résultats? Les résultats révèlent un taux de réussite d'environ 82% pour les 425 cas traités depuis lors. Le taux de mortalité élevé pourrait dépendre du diagnostic tardif de la tuberculose multirésistante dans certains cas.

Quels sont les enseignements tirés? La décentralisation des soins a été rendue possible grâce à diverses démarches, comme le recours à un système performant de transport des échantillons, qui a permis d'optimiser l'utilisation des appareils GeneXpert; la formation du personnel infirmier; la supervision des sites par les médecins; et le transfert de compétences à des cadres de niveau inférieur. Des éléments supplémentaires ont joué un rôle crucial dans la réussite. Il s'agit notamment de la disponibilité constante de médicaments et de stocks de sécurité, ainsi que d'une vision commune des soins entre le PNT et ses partenaires.

Figure 3.9: Évolution des cas de retraitement traités avec la méthode Xpert MTB/RIF



Les participants ont débattu de l'importance du déploiement d'un système fiable pour le transport des échantillons.

3.5 Résumé des présentations « affiches » sur les approches innovantes

[1. Guinée-Bissau: dépistage et prise en charge de la tuberculose multirésistante](#)

Dans la lutte contre la tuberculose multirésistante, la Guinée-Bissau fait face à un grand nombre de difficultés comme l'insuffisance de la détection des cas, de faibles capacités de diagnostic, le nombre de cas perdus de vue, une collaboration insuffisante entre les programmes contre le VIH et ceux contre la tuberculose, le manque d'engagement de la communauté, le non-respect de la stratégie DOT et l'absence du traitement de neuf mois. Pour remédier à cette situation, le programme s'est lancé dans une analyse de la situation et a mis en œuvre un plan d'amélioration qui a été proposé au Comité feu vert. Ce programme comportait l'élaboration d'un plan stratégique et d'un guide de gestion des cas de tuberculose multirésistante à l'intention du personnel clinique, l'établissement d'un comité thérapeutique, la réhabilitation du laboratoire national et l'acquisition de deux machines GeneXpert, la mise en place d'un système de transport des échantillons, l'identification d'un laboratoire supranational au Portugal, la définition du suivi des patients (c'est-à-dire, suivi centralisé la première année, puis soins ambulatoires), la formation du personnel clinique et des agents communautaires, et enfin la construction d'un service d'hospitalisation pour les patients atteints de cette maladie. Les résultats obtenus entre 2012 et 2015 révèlent une augmentation graduelle de la détection des cas de tuberculose multirésistante, l'engagement des partenaires dans la lutte contre cette maladie (ONG et communauté), la décentralisation de la prise en charge et une collaboration internationale grâce au laboratoire supranational. Parmi les difficultés d'exécution, on comptait notamment un faible taux de réussite du traitement en recourant au schéma sur 20 mois (46 % en 2015), un nombre élevé de cas perdus de vue (13%) et un taux de mortalité élevé (33%), un suivi insuffisant des effets secondaires et un faible suivi clinique des patients, ainsi que des systèmes de diagnostic des sujets contacts non satisfaisants.

[2. Guinée: dépistage et prise en charge de la tuberculose multirésistante](#)

La Guinée a contribué à promouvoir les efforts du PNT et de ses partenaires pour améliorer la prise en charge des cas de tuberculose multirésistante en renforçant les mesures de biosécurité du laboratoire national, en généralisant les machines GeneXpert sur 16 sites régionaux, en augmentant le nombre de sites de traitement, en élaborant un guide de traitement de la maladie et en actualisant les critères d'admissibilité au test GeneXpert, en mettant en place des comités technique et clinique pour le traitement de la maladie, en définissant un laboratoire supranational (celui d'Anvers, Belgique), en formant du personnel clinique et des employés de laboratoire, et en abandonnant le traitement long au profit du court. Les patients atteints de tuberculose multirésistante ont en outre reçu une aide nutritionnelle et le suivi clinique a été pris en charge; le système d'approvisionnement a été amélioré pour garantir la disponibilité constante des médicaments de deuxième intention, de ceux qui luttent contre les effets secondaires et des instruments de laboratoire; enfin, un système électronique de recueil de données a été mis en place. On constate en conséquence une augmentation du nombre de patients diagnostiqués, de 178 cas en 2016 à 219 en 2017, ainsi qu'une amélioration du taux de réussite du traitement, de 6 % (cohorte 2012) à 61 % (cohorte 2016, traitement court).

[3. Sierra Leone: mise en place d'un système de diagnostic et de traitement de la tuberculose multirésistante](#)

La Sierra Leone a adopté la machine GeneXpert pour diagnostiquer la tuberculose résistante aux médicaments antituberculeux en 2016 et le premier patient atteint de tuberculose multirésistante a commencé son traitement en avril 2017. Avant de mettre ce système en place, le pays a étudié le processus d'établissement d'un mode de traitement de la tuberculose multirésistante grâce à diverses activités, comme des débats et des missions dans les pays voisins, ainsi que la conception d'un cadre opérationnel. Ce travail a conféré au pays l'expérience nécessaire pour poursuivre l'expansion du diagnostic et du traitement de la maladie, en instituant notamment dix sites GeneXpert, en développant un système de transport des échantillons, en rénovant le laboratoire national pour lui accorder une capacité de conduite de tests de sensibilité aux médicaments, et enfin en adoptant le traitement court. À l'avenir, le programme cherche à décentraliser les services liés à la tuberculose multirésistante afin de fournir des soins orientés vers le patient. Des recherches sont en cours pour décrire l'expérience du pays en matière de prise en charge de la première cohorte de patients atteints de tuberculose multirésistante.



Participants et modérateurs échantent autour des affiches des présentations.

[4. Togo : la contribution des agents de santé communautaires au dépistage de la tuberculose](#)

Le Togo a amélioré le dépistage de la tuberculose entre 2008 et 2012 en engageant des agents de santé communautaires dans la région de Lomé et à l'échelle du pays. Des contrats ont été conclus entre les responsables du programme et des ONG, qui ont été chargées de superviser les agents de santé communautaires. Ces derniers (8 573 dans le pays et 687 pour la région de Lomé) ont été formés à la prise en charge communautaire intégrée et notamment à l'orientation des patients présumés atteints de tuberculose et au suivi du traitement. Les agents communautaires ont reçu 5 000 francs CFA par patient suivi jusqu'à la guérison. Ils travaillaient sous la responsabilité d'un membre du personnel infirmier du centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose. Les résultats révèlent une amélioration du taux de réussite du traitement, de 74% en 2007 à 85% en 2012 dans la région de Lomé et dans l'ensemble du pays. Au terme du programme, le taux de réussite a décliné, pour atteindre 83% en 2016.

[5. Guinée, Sénégal et Ghana : chimioprévention du paludisme saisonnier \(CPS\), dépistage de la tuberculose et de la malnutrition](#)

Des programmes pilotes ont été menés en Guinée (un district, soit 150 000 enfants), au Sénégal (un district, 120 000 enfants) et au Ghana (11 districts, 230 000 enfants), s'appuyant sur la campagne de chimioprévention du paludisme saisonnier pour mener un dépistage de la tuberculose et de la malnutrition chez les enfants de moins de 15 ans. Ce programme de recherche avait pour but d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité, l'efficacité et le coût de la mutualisation de ces services. La méthodologie faisait appel à l'engagement de personnel des programmes nationaux contre la tuberculose, le paludisme et la malnutrition à l'échelle nationale, régionale et à celle du district; à la participation des directeurs des services de santé des districts; et à la participation de l'UNICEF et d'autres acteurs locaux incontournables. Elle reposait également sur la conception d'une stratégie de dépistage de la tuberculose et sur sa mise en œuvre (c'est-à-dire, par le porte à porte ou bien en des points fixes, avec une intégration complète au CPS ou bien en comptant sur du personnel spécialisé dans la tuberculose associé à l'équipe CPS et à la population visée). Les premiers résultats indiquent une augmentation des déclarations des cas de tuberculose chez l'enfant de moins de cinq ans. Par exemple, dans la zone pilote du Ghana, seul un cas de tuberculose avait été déclaré chez un enfant de moins de cinq ans en 2015, contre 20 cas en 2016 (dont 18 au cours de la semaine du programme CPS). Les résultats préliminaires de cette étude révèlent que cette approche intégrée est réalisable, acceptable, efficace et que ses coûts sont modérés.

[6. Cameroun : amélioration de la détection des cas de tuberculose au Nord-Ouest du pays](#)

Le Cameroun s'efforce d'améliorer le dépistage de la tuberculose dans la région Nord-Ouest grâce à une subvention TB REACH. Ce pays affiche une faible couverture du traitement de la maladie et un taux de co-infection TB/VIH élevé. L'accent a été mis sur le renforcement de la détection des cas dans les centres de santé en s'assurant que le personnel de soins effectuerait systématiquement un dépistage de la tuberculose et orienterait les patients présentant des symptômes pour pratiquer un test en laboratoire à différents points d'entrée des infrastructures de santé (p.ex., centres de lutte contre le VIH, services hospitaliers et ambulatoires, laboratoires). Le personnel devait en outre rendre régulièrement compte des activités du site. Enfin, le nombre de machines GeneXpert disponibles a été augmenté (11 sites principaux interconnectés dans la région). Les résultats montrent que l'intensification du dépistage et des tests dans les centres de santé a mené à une augmentation de 83% des tests sur la tuberculose en laboratoire depuis le début du programme TB REACH. Par exemple : 9% des patients séropositifs admissibles pour commencer un traitement antirétroviral ont été diagnostiqués positifs pour la tuberculose. Parmi les patients séropositifs hospitalisés ou présentant des symptômes de tuberculose, 14% ont été détectés positifs pour la tuberculose. Le programme a également mis en évidence les avantages de l'interconnexion de toutes les machines GeneXpert grâce à GxAlert, de recevoir les résultats par SMS ou courriels et de pouvoir contrôler leur utilisation et leur performance en temps réel.

[7. Burkina Faso: la recherche des contacts de la tuberculose chez l'enfant de moins de cinq ans](#)

Un programme pilote de recherche active des sujets contacts de la tuberculose chez l'enfant a été exécuté au Burkina Faso. Cette approche reposait sur des visites à domicile par des agents communautaires dans une région déterminée. Les résultats étaient ensuite comparés à ceux d'une autre région utilisant la détection passive des cas et à la région initiale qui se fondait sur la détection passive avant l'intervention. Les résultats révèlent une amélioration de l'identification des sujets contacts grâce à l'approche active (rapport sujets contacts par cas de référence de 2,47) par opposition à l'approche passive (rapport de 0,72). De même, la couverture du dépistage a été étendue (99% des enfants dépistés grâce à la méthode active, contre 64% avec la méthode passive). Les deux approches ont conduit à démarrer de façon similaire un traitement préventif à l'isoniazide. En distinguant la relation entre les sujets contacts et les cas de référence, on constate que 91% des sujets contacts étaient des membres de la famille du patient et 9% vivaient dans le voisinage du cas de référence. Cette approche traduit également l'importance et l'efficacité du recours à des agents communautaires pour la recherche de sujets contacts et le suivi du traitement préventif à l'isoniazide. De même, le rôle joué par les centres de santé communautaires décentralisés dans l'évaluation des sujets contacts, le recueil des données et l'orientation des patients vers des centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose est primordial.

[8. Mali: diagnostic de la tuberculose chez les enfants de moins de 15 ans](#)

Les enfants de moins de cinq ans ne représentent que 4% du nombre total de cas déclarés au Mali (toutes formes confondues). En conséquence, le pays a entrepris des démarches d'amélioration du dépistage chez l'enfant de moins de 15 ans dans le district de Koutiala. Dans ce cadre, le centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose a établi une collaboration avec les deux structures de santé responsables des soins des enfants dans le district. Il s'agissait notamment de définir une personne référente en matière de tuberculose dans chacune de ces deux structures et de leur fournir des médicaments, des outils de recueil des données et de les épauler pour le diagnostic. Cette collaboration, associée aux activités de sensibilisation de masse menées par des agents communautaires et aux soins offerts gratuitement aux enfants, a permis d'augmenter le taux de déclaration chez l'enfant de moins de 15 ans.

[9. Gambie: réussites et échec des stratégies d'amélioration du dépistage de la tuberculose chez les populations vulnérables et les groupes à haut risque](#)

La Gambie a mis en place des stratégies innovantes pour soutenir le dépistage intensif des cas et améliorer les résultats du traitement. Ce programme a exploité avec succès le dépistage actif des cas chez l'enfant dans la région Greater Banjul grâce à l'appui du Medical Research Council (MRC). Cette stratégie a augmenté la détection des cas de tuberculose chez l'enfant de 40%. Le programme a également instauré un dépistage de la tuberculose à la prison centrale en y établissant un centre de diagnostic et de traitement de cette maladie. Certaines stratégies ont conduit à des résultats insignifiants, voire à aucun résultat positif. Il s'agissait notamment de la formation d'agents sanitaires villageois à l'identification précoce de la tuberculose, à l'orientation des cas présumés et au suivi du traitement. Le manque d'outils de déclaration pour enregistrer le nombre de cas qui ont été réorientés a entravé l'évaluation de cette activité. Compte tenu de ces enseignements, et dans le but d'améliorer le dépistage, le programme prévoit, parmi d'autres interventions: a) de généraliser la recherche de sujets contacts au domicile pour renforcer le dépistage de la tuberculose chez l'enfant; b) de recourir à une détection active des cas chez les personnes vivant avec le VIH; et c) de poursuivre la formation des agents sanitaires villageois à l'identification précoce de la maladie, à l'orientation des patients et au suivi du traitement. Ces démarches permettront d'obtenir la contribution de la communauté grâce à des outils de déclaration.

4 TRAVAILLER EN VUE DE SOLUTIONS POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE : CONNAISSANCES ESSENTIELLES ET ACTIONS

L'un des principaux objectifs de l'atelier consistait à donner aux participants l'occasion de débattre des difficultés et de trouver des solutions innovantes applicables. Lors de la deuxième journée de l'atelier, quatre domaines thématiques ont été abordés par des experts qui ont apporté des informations actualisées. Les quatre sujets ont ensuite été abordés en groupes de travail, dans le cadre desquels les participants ont échangé avec des experts et des partenaires concernant les défis et les opportunités et se sont mis d'accord sur au moins trois solutions innovantes possibles afin de traiter ces domaines. Les domaines thématiques étaient :

- [Domaine thématique 1: Diagnostic de la tuberculose en laboratoire](#), l'accent étant mis en particulier sur les aspects opérationnels des tests moléculaires rapides ;
- [Domaine thématique 2: Gestion des achats et des stocks \(GAS\)](#), l'accent étant mis en particulier sur l'importance d'établir des liens entre les données programmatiques relatives à la tuberculose et les aspects de la GAS et sur les problèmes liés à l'introduction de nouveaux médicaments et traitements ;
- [Domaine thématique 3: Suivi et évaluation](#), l'accent étant mis en particulier sur l'utilisation des données pour éclairer la politique, et sur les groupes et les populations sur lesquels des données ne sont pas collectées régulièrement et facilement disponibles ;
- [Domaine thématique 4: Mobilisation communautaire dans le cadre de la lutte contre la tuberculose](#), l'accent étant mis en particulier sur les ripostes à la tuberculose centrées sur les personnes et pilotées par la communauté.

Ces domaines thématiques étant intimement associés au renforcement du système de santé, le début de la journée a été consacré à une séance sur la construction de systèmes résistants et pérennes pour la santé. Les possibilités de renforcement des systèmes de santé pour épauler les programmes de lutte contre la tuberculose dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont notamment été évoquées (voir Section 2). Les commentaires des groupes de travail ont témoigné de leur grand intérêt en la matière, une volonté

Tableau 4.1 : Éléments marquants issus des retours des participants à propos des domaines thématiques

Domaine thématique	Solutions identifiées
1. Diagnostic de la tuberculose en laboratoire	<ul style="list-style-type: none">• Faire un meilleur usage des ressources en mutualisant les outils disponibles pour les différents programmes (comme les machines GeneXpert pour les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH)• Utiliser des contrats locaux ou une approche régionale pour le transport des échantillons par des sociétés spécialisées• Garantir que des politiques adéquates de dépistage de la tuberculose sont appliquées et renforcer le dépistage en premier lieu
2. Gestion des achats et des stocks	<ul style="list-style-type: none">• Développer des systèmes intégrés de GAS susceptibles d'être utilisés par de nombreux programmes• Recourir à des technologies innovantes pour la déclaration (p.ex., téléphonie mobile) et des ressources conjointes (RH, S&E, budget, logistique, etc.) pour l'approvisionnement et la gestion des stocks concernant la lutte contre les trois maladies• S'appuyer sur les nouveaux outils de quantification développés par les partenaires
3. Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer les outils de S&E et former les acteurs concernés à tous les échelons du suivi et de l'évaluation• Fournir une assistance technique aux pays en vue de l'adoption du système DHIS2• Développer un système de mentorat et intensifier les échanges entre les pays et les réunions régionales afin de partager les bonnes pratiques en matière de S&E
4. Mobilisation communautaire dans le cadre de la lutte contre la tuberculose	<ul style="list-style-type: none">• Élaborer et appliquer des documents d'orientation sur les politiques d'intervention communautaires• Échanger avec les communautés à l'échelle régionale au moyen d'un atelier de formation sur les outils du partenariat Halte à la tuberculose et d'un appui aux pays pour l'utilisation de ces outils sur le terrain• Décrire les interventions des communautés en matière de lutte contre la tuberculose ainsi que leur contribution au système de santé et au contrôle de la maladie, et adapter les interventions aux besoins recensés

d'étudier les innovations, d'impliquer davantage les communautés et de mettre à profit les ressources existantes et disponibles. Les participants ont indiqué que les solutions possibles à cet effet comprenaient une supervision et une formation conjointes en matière de tuberculose, de VIH et de paludisme, une meilleure coordination et intégration des programmes, l'utilisation commune d'outils (p.ex., la plateforme GeneXpert, les outils de suivi et d'évaluation [S&E], les circuits de GAS et les systèmes de transport des laboratoires), une meilleure utilisation des ressources humaines disponibles (p.ex., les communautés, les fournisseurs de services de santé et les ressources humaines volontaires après la crise d'Ebola), et la recherche de possibilités de financement supplémentaires (p.ex., subventions destinées aux systèmes résistants et pérennes pour la santé et à la lutte contre le VIH, ainsi que d'autres projets et initiatives d'aide de partenaires).

4.1 Diagnostic de la tuberculose en laboratoire

Les technologies de diagnostic de la tuberculose approuvées par l'OMS en Afrique

Présentation par : Jean De Dieu Iragena, Conseiller laboratoire du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Les techniques recommandées par l'OMS en matière de diagnostic de la tuberculose : avant 2017

Les techniques recommandées par l'OMS pour diagnostiquer la tuberculose sont notamment l'examen microscopique pour recherche de BAAR (techniques de Ziehl Neelsen et de coloration fluorescente); les cultures en milieu solide et liquide; le test phénotypique de sensibilité aux médicaments (TDS de première et deuxième intention), la priorité étant accordée aux technologies récentes rapides et moléculaires comme le test génotypique de sensibilité aux médicaments (test d'hybridation inverse en ligne [LPA] et GeneXpert, première et deuxième intention); l'amplification induite par boucle en remplacement de la microscopie et le dosage de lipoarabinomannane; et l'analyse d'urine, utilisée chez les personnes vivant avec le VIH qui sont gravement malades et pour lesquelles l'obtention de crachats pour le test Xpert MTB/RIF semble impossible.

Ces technologies sont réparties à différents échelons du système de santé, des niveaux périphériques aux intermédiaires, puis centraux. Les tests moléculaires présentent l'avantage d'être rapides. En effet, ils peuvent être mis en place au premier échelon du système de santé, les exigences qui leur sont associées en matière de biosûreté sont moindres, et ils permettent d'accélérer le diagnostic et la mise à l'échelle de la gestion programmatique et de la surveillance de la tuberculose pharmacorésistante. Parallèlement à de nouveaux outils de diagnostic rapide, les méthodes conventionnelles des laboratoires (la microscopie, les cultures et les TDS) doivent continuer à être utilisées pour surveiller la réponse des patients aux traitements (microscopie et cultures) et pour détecter la résistance aux médicaments autres que la rifampicine (TDS).

Les indications pour le recours à chaque test rapide reposent sur le test de diagnostic initial Xpert MTB/RIF chez l'adulte et l'enfant pour détecter la tuberculose pulmonaire, extrapulmonaire et la forme résistante à la rifampicine; et l'utilisation du test LPA pour les médicaments de première intention pour la forme multirésistante (résistance à l'isoniazide et à la rifampicine) et du test LPA pour les médicaments de deuxième intention pour détecter la résistance aux fluoroquinolones et aux médicaments injectables de deuxième intention. Un test préalable au traitement court de neuf mois peut être prescrit aux patients atteints de tuberculose. Le recours au dosage de lipoarabinomannane (LAM) dans l'urine pour détecter la tuberculose chez les patients gravement malades vivant avec le VIH présente un avantage. Il a été exigé des pays qu'ils prévoient l'utilisation de ce test vital. Il en va de même pour le test d'amplification isotherme induite par boucle (LAMP), qui peut remplacer la microscopie dans les contextes hors tuberculose multirésistante/VIH, lorsque Xpert MTB/RIF est la méthode de test privilégiée.

Mutualisation des plateformes de diagnostic

Les participants des pays ont été encouragés à envisager une plateforme de diagnostic où les cartouches GeneXpert destinées aux autres pathologies pourraient être utilisées sur la même machine GeneXpert que celle utilisée pour le test Xpert MTB/RIF. Cela permettrait de diagnostiquer le VIH chez les enfants nés de mères séropositives, l'hépatite C et de déterminer la charge virale du VIH. Le recours à une plateforme de diagnostic facilite le partage d'outils comme la formation du personnel du site, l'entretien, les systèmes d'approvisionnement, le transfert des prélèvements et l'assurance qualité.

Le réseau de laboratoires d'analyse de la tuberculose en Afrique de l'Ouest et du Centre

Dans le cadre de la Stratégie Halte à la tuberculose (qui s'étendait jusque 2015), une note d'information sur le réseau de laboratoires d'analyse de la tuberculose en Afrique de l'Ouest et du Centre indiquait que

60% des pays atteignaient le seuil d'un centre de microscopie pour 100 000 habitants. Seuls 30% des pays disposaient d'un centre pour les cultures pour cinq millions d'habitants et 18% pour les tests de sensibilité aux médicaments, pour la même population. Il est donc nécessaire d'épauler les pays afin qu'ils puissent atteindre les cibles de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé après 2015.

Les machines et les modules GeneXpert

Les informations sur le nombre total de machines et de modules GeneXpert entre 2010 et 2017 révèlent que la République démocratique du Congo, le Cameroun, le Burundi et l'Angola étaient les quatre premiers à commander ce matériel en Afrique du Centre. En matière d'utilisation de GeneXpert, le Cameroun était en tête, suivi par la République démocratique du Congo, le Burundi et l'Angola. En Afrique de l'Ouest, le nombre total de machines et de modules GeneXpert commandés entre 2010 et 2017 était le plus élevé au Nigéria, suivi par le Ghana, la Côte d'Ivoire et le Libéria, les deux premiers utilisateurs étant le Nigéria et le Ghana. Cependant, il a été remarqué que l'usage de GeneXpert n'était pas optimal dans l'ensemble des pays pour diverses raisons liées notamment aux algorithmes de diagnostic, aux systèmes de transfert des échantillons et à la lenteur de l'actualisation et de la mise en œuvre de GeneXpert (principalement à cause de l'insuffisance des plans de déploiement de GeneXpert dans la plupart des pays). Sur la base de ces conclusions, il semble qu'il y ait une opportunité d'intégrer d'autres diagnostics sur la même plateforme, ce qui serait profitable aux patients lorsque d'autres diagnostics ne peuvent être effectués (par exemple pour le diagnostic précoce chez le nourrisson et la mesure de la charge virale du VIH).

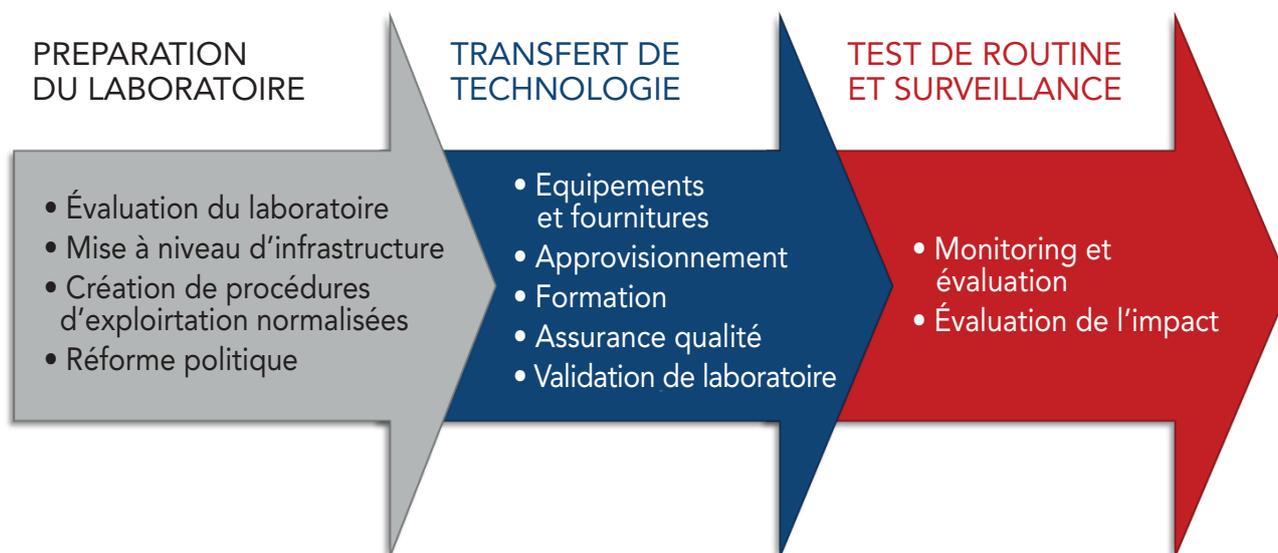
Indicateurs et cibles pour les laboratoires

Considérant les 12 indicateurs et cibles pour les laboratoires prévus dans stratégie pour mettre fin à la tuberculose après 2015, des activités semblent incontournables: les pays doivent améliorer l'accès à un dépistage rapide et fiable de la tuberculose grâce à des diagnostics rapides, proposer l'accès universel aux tests de sensibilité aux médicaments permettant de vérifier au moins la sensibilité à la rifampicine en première intention auprès de tous les cas confirmés; tous les cas de résistance à la rifampicine peuvent alors subir un test de sensibilité aux médicaments de deuxième intention; la qualité des services des laboratoires doit être améliorée en utilisant des systèmes d'assurance et de gestion de la qualité en vue d'obtenir l'accréditation de laboratoires nationaux de référence.

Les solutions stratégiques d'amélioration des services des laboratoires d'analyse de la tuberculose en Afrique

Le réseau de laboratoires en Afrique peut être renforcé grâce à des solutions stratégiques d'amélioration de leurs services. Un modèle traduisant les exigences de cette entreprise a été proposé : c'est le modèle « know how to » (ou « savoir comment faire »). Il doit tenir compte du niveau de préparation du laboratoire, puis du transfert de technologie, avant de se terminer avec des tests courants et le suivi de l'impact des technologies de diagnostic utilisées.

Figure 4.1 : Schéma par phases proposé



Conclusion

Enfin, le rôle du laboratoire et des indicateurs de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose a été souligné. Même si les futurs outils de diagnostics joueront un rôle important dans l'atteinte des cibles de la stratégie de l'OMS, les pays doivent exploiter au mieux ceux actuellement disponibles et commencer à envisager des plateformes de tests communes à plusieurs maladies. Ces outils permettront de mutualiser les laboratoires et leurs données afin d'améliorer la qualité des services et des soins. Dans ce but, l'adoption d'orientations de l'OMS sur les nouvelles méthodes de diagnostic de la tuberculose associées à celles qui concernent la mise en œuvre de l'Initiative Globale pour les Laboratoires (GLI) peut aider les pays à atteindre les cibles de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

Les enseignements tirés du déploiement international du test Xpert MTB/RIF

Présentation par : Riccardo Alagna, Conseiller en laboratoire, Milan SRL

La réussite du déploiement du test Xpert MTB/RIF

Le déploiement international du test Xpert MTB/RIF a changé les conditions de diagnostic de la tuberculose, permettant la transition d'un modèle de test centralisé vers un modèle de test décentralisé. Depuis le lancement de ce test en 2010, 42 392 modules et plus de 34,4 millions de cartouches Xpert MTB/RIF au total ont été achetés par le secteur public de 130 des 145 pays bénéficiaires de conditions tarifaires favorables, à la date du 31 décembre 2017.

L'adoption efficace de nouveaux outils de diagnostic est un défi multidimensionnel

Bien que les frottis restent le mode de test prédominant pour la tuberculose dans les pays les plus touchés, l'augmentation du nombre de tests Xpert MTB/RIF effectués auprès de patients au cours des dernières années traduit l'importance croissante de cette méthode pour le diagnostic de la tuberculose. Au cours des sept dernières années, l'intégration du test Xpert MTB/RIF aux protocoles nationaux de diagnostic de la tuberculose a été largement encouragée par un grand nombre de documents d'orientation et de stratégie. Dans l'ensemble, l'adoption des directives de l'OMS sur le test Xpert MTB/RIF a été relativement rapide par rapport aux autres orientations sur de nouvelles méthodes de diagnostic de la tuberculose. Cependant, le déploiement de ce test à l'échelle mondiale a mis en évidence des lacunes qui ont entravé les avancées du continuum de soins de la tuberculose. Par ailleurs, la mise en place du test Xpert MTB/RIF a montré que le recours efficace à cette méthode ne doit pas se limiter à mettre les politiques locales en conformité avec les directives internationales sur le diagnostic. Son succès est aussi tributaire de la présence de capacités nationales à réduire les difficultés d'accès et assurer la prestation continue de services de diagnostic.

Des obstacles entravent l'accès à des services de santé/diagnostic

Les difficultés qui entravent l'accès aux services de diagnostic sont complexes et multidimensionnelles. Du point de vue des fournisseurs, élargir l'accès au diagnostic exige de travailler au sein d'un système de santé renforcé où des services de haute qualité sont fournis aux personnes qui en ont le plus besoin. Dans ce contexte, la stratégie pour mettre fin à la tuberculose appelle à généraliser l'accès à des services de diagnostic de haute qualité et à des tests universels de sensibilité aux médicaments pour tous les cas de tuberculose.

Le test de diagnostic seul ne suffit pas

Le déploiement massif d'outils de diagnostic n'est pas forcément nécessaire pour élargir l'accès aux services de diagnostic. En fait, pour certains tests, un solide système de transfert des échantillons peut s'avérer plus rentable que l'emploi de personnel, l'approvisionnement et l'entretien de matériel destinés à mener des tests aux échelons inférieurs. Les systèmes de transfert des échantillons jouent donc un rôle déterminant pour l'accès aux services des laboratoires en permettant aux patients d'être soignés sur un site, tandis que leurs échantillons sont transférés pour être testés à différents échelons d'un système de laboratoires étagé.

L'intégration des systèmes nationaux de transfert des échantillons

Au cours des dernières années, les systèmes nationaux intégrés de transfert des échantillons ainsi que les directives correspondantes ont été largement plébiscités. De nombreuses réussites ont vu le jour dans divers pays. Plusieurs difficultés opérationnelles entravent cependant la mise en œuvre d'un tel système. Citons en particulier le manque d'outils d'élaboration, de planification et d'exécution d'une stratégie ; une appréhension erronée des coûts réels ; le nombre insuffisant de sociétés de transport locales susceptibles de transporter des échantillons biologiques ; et des capacités limitées à proposer un service flexible adapté aux besoins des patients.

En 2017, l'Initiative mondiale pour les laboratoires (GLI) a publié un guide sur les systèmes de transfert des prélèvements et les réseaux intégrés pour la lutte contre la tuberculose (« Guide to TB Specimens Referral Systems and Integrated Networks ») pour aider les pays à planifier et coordonner un réseau national cohérent répondant aux besoins de divers programmes de lutte contre des maladies. Dans ce contexte, les instruments de tests adaptés à plusieurs maladies, comme GeneXpert pour le dépistage de la tuberculose et du VIH, ouvrent des perspectives prometteuses de création de systèmes intégrés. La figure 20 (ci-après) montre comment un laboratoire GeneXpert régional peut jouer le rôle de centre de coordination ou de plateforme régionale dans une zone déterminée pour l'analyse des prélèvements et l'organisation des transports vers le laboratoire national référent. En outre, étant donné la polyvalence de la plupart des laboratoires dans les environnements aux ressources limitées, ce système peut faciliter la prise en charge d'autres maladies et permettre des analyses supplémentaires, comme la numération de CD4, la formule sanguine complète (FSC) et les analyses de sang.

Figure 4.2: Exemple de système intégré de transfert des échantillons



L'accessibilité doit également être prise en compte dans un cadre de qualité où les besoins sont anticipés et tous les équipements et fournitures sont disponibles afin de permettre des diagnostics fiables sans interruptions. L'absence de programmes d'entretien des machines et une gestion inefficace des cartouches sont deux causes courantes d'interruption de service dans de nombreux contextes, notamment en Afrique de l'Ouest et du Centre. Les extensions de garantie du matériel et le nécessaire d'étalonnage sont rarement achetés en raison de l'insuffisance des financements, d'une perception défavorable de leur réelle utilité et parfois de la méconnaissance de leur existence. Cela se traduit par de longues périodes d'indisponibilité. Les stocks nationaux de cartouches sont souvent épuisés en raison de mauvais systèmes de gestion des approvisionnements. De plus, l'insuffisance des systèmes d'inventaire électronique et la complexité des canaux de distribution entraînent souvent une surestimation du nombre de cartouches nécessaire.

Des approches exhaustives pour résoudre un problème multidimensionnel

Enfin, la foi en des dispositifs de haute technologie qui apporteraient des solutions miraculeuses traduit une compréhension erronée des composantes culturelles et systémiques complexes qui existent dans ces pays. Si le test Xpert MTB/RIF joue un rôle déterminant pour le diagnostic précoce de la tuberculose, y compris des tests universels de sensibilité aux médicaments, les nouvelles technologies à elles seules ne constituent pas une panacée pour la lutte contre la tuberculose. Elles ne dispensent pas d'approches plus exhaustives pour résoudre un problème multidimensionnel et obtenir les résultats attendus.

RETOURS DES PARTICIPANTS – DIAGNOSTICS DE LA TUBERCULOSE

Difficultés: le groupe a indiqué que la planification inadéquate de l'adoption de nouvelles technologies constituait un des problèmes principaux dans ce domaine. Il s'agit notamment de l'acquisition, du déploiement et de l'utilisation des outils et des algorithmes de diagnostic qui orientent leur utilisation. Le système de transport destiné à emmener les échantillons des patients du site de prélèvement au centre où sont rassemblés les outils de diagnostic forme un autre obstacle important. Enfin, l'entretien des équipements de diagnostic a été jugée difficile. Le besoin d'investissements locaux dans des contrats locaux peut être une solution, mais les capacités et les services sont souvent inadaptés.

Opportunités et solutions: Le réseau des laboratoires régionaux à venir a été identifié parmi les principales opportunités, afin d'encourager le partage des expériences ainsi que le soutien aux laboratoires nationaux. L'engagement des agents communautaires, pour le système de transport des échantillons ou des lames, par exemple, a également été classé parmi les perspectives favorables. Enfin, pour le diagnostic, le groupe a envisagé la possibilité de mieux exploiter les ressources en mutualisant les outils disponibles pour différents programmes (comme GeneXpert pour le dépistage de la tuberculose et du VIH). Le recours aux TIC (technologies de l'information et des communications) pour la transmission des résultats des tests et des données des laboratoires figure parmi les solutions proposées, de même que la mise à contribution d'organisations (comme les services postaux, les ONG, les laboratoires mobiles, les sociétés privées, etc.) par le biais de contrats de transport des échantillons. Enfin, certains systèmes de connectivité (comme GXAlert, Data to Care, etc.) ont été proposés pour la transmission des résultats des laboratoires. Une approche régionale du transport des échantillons par des sociétés spécialisées a également été proposée, mais il reste difficile de déterminer le mode de transport le plus adapté au pays, notamment depuis les régions les plus périphériques. Les participants ont également remarqué que les responsables de la lutte contre la tuberculose ne sont pas des logisticiens. Ils peuvent donc avoir du mal à définir le mode de transport le plus approprié. Le système le plus adéquat devrait être conçu à l'image des dispositifs dont le succès est attesté dans chacun des contextes proposés. Il devrait en outre être adapté à la réalité et aux besoins (à savoir, dans les pays faisant appel aux transports publics). Les participants ont ensuite expliqué que l'accès à des tests moléculaires de diagnostic rapide ne suffit pas si aucune politique de dépistage de la tuberculose n'est appliquée. Ils ont rappelé les exemples du Kenya, de la Tanzanie et de l'Ouganda cités le premier jour, ainsi que l'importance de renforcer le dépistage de la tuberculose en tout premier lieu.

4.2 Gestion des achats et des stocks

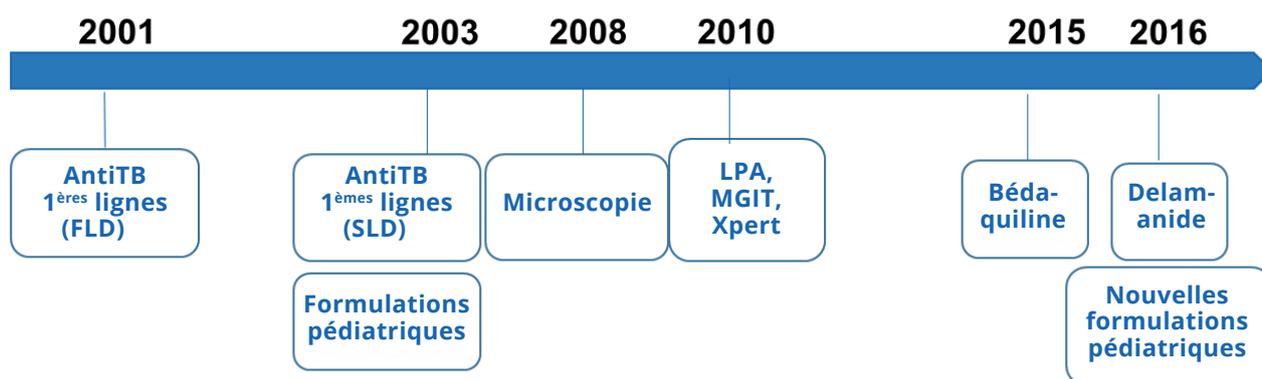
L'adoption de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose et l'importance des données sur le programme et sur la GAS

Présentation par : Fabienne Jouberton, Halte à la tuberculose (Stop TB)/GDF

Divers pays ont fait face à des difficultés pour prévoir la demande et planifier les approvisionnements lors de l'adoption de nouveaux outils de diagnostic. Dans ce contexte, et dans le but de donner des orientations sur la préparation à la période de mise en œuvre à venir, un résumé des outils de lutte contre la tuberculose les plus récents a été proposé, insistant également sur l'importance de corréliser les données du programme et celles qui concernent la gestion des achats et des stocks (GAS).

Un aperçu du GDF et un historique de la disponibilité des nouveaux médicaments, méthodes de diagnostic et fournitures de laboratoires ont souligné l'existence de plus de 600 produits de diagnostic de la tuberculose et fournitures de laboratoire au catalogue. Parmi les principales difficultés de l'adoption de nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques contre la tuberculose, on compte notamment : le manque de coordination entre le PNLT et les acteurs essentiels ; l'absence de systèmes d'information fonctionnels sur la maladie ; et enfin la difficulté de la collecte et de l'analyse des données associée à des capacités de RH insuffisantes pour la GAS à tous les échelons de la chaîne d'approvisionnement. Pour les pays, ces problèmes induisent des ruptures de stock plus fréquentes, entraînant des interruptions des traitements, mais également des retards dans l'adoption de nouveaux outils et la mise sous traitement de nouveaux patients. Une planification insuffisante a également mené à des gaspillages de fournitures (notamment lorsque le nombre de patients soignés est inférieur aux prévisions alors que les médicaments ont déjà été commandés).

Figure 4.3: Historique de la disponibilité de nouveaux médicaments



Étant donné ces conséquences, il est important de corréliser les données du programme (p.ex., le nombre de patients soignés, le nombre de cas attendus) et les données de la GAS (p.ex., consommation de médicaments, stock disponible, dates d'expiration). Les plans de transition sont particulièrement pertinents, non seulement avant l'adoption de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose, mais également d'une manière plus générale et pour l'organisation dans le temps. L'importance de l'accès à des données de qualité sur le nombre de cas, ventilées par catégorie et par médicament nécessaire, a été soulignée. Cela permet d'éviter les problèmes d'exécution. Dans ce but, les pays doivent assurer une bonne coordination entre les différents acteurs du traitement et de la chaîne logistique (p.ex., approvisionnement, stockage, distribution). Il convient en outre de faire des efforts de développement et/ou d'amélioration du système de rapportage, ainsi que de formation et de supervision des agents de santé. À l'échelle mondiale, il a été signalé que, grâce à un financement d'USAID, le GDF pouvait apporter une assistance technique aux pays en les aidant à développer différents scénarios d'adoption de nouveaux outils contre la tuberculose et en construisant des capacités supplémentaires afin d'obtenir un système d'information fonctionnel et d'utiliser les outils appropriés. Enfin, l'importance de la collaboration et de la coordination entre les acteurs de la gestion des achats et des stocks et les personnes travaillant pour l'exécution des activités et la collecte des données a été rappelée. Elle permet de garantir l'accès des patients aux traitements.

RETOURS DES PARTICIPANTS – GESTION DES ACHATS ET DES STOCKS

Difficultés: Le groupe a cerné trois degrés de difficultés: 1) le manque de coordination, notamment entre les ministères et les partenaires, et un respect limité des engagements financiers; 2) des ressources humaines limitées, notamment des effectifs insuffisants, une offre de formation réduite et une rotation fréquente du personnel; et 3) le manque de données fiables sur le programme de lutte contre la tuberculose afin de prendre des décisions éclairées en matière de quantification et de distribution.

Opportunités et solutions: Seules trois possibilités et solutions ont été proposées pour chaque obstacle. Cela révèle les difficultés de l'identification d'approches innovantes pour faire face aux besoins en matière de gestion des achats et des stocks. L'accès universel à des produits de soin de santé et les objectifs de développement durable constituent l'une des perspectives prometteuses, ainsi que les réunions internationales de haut niveau à venir (p.ex., réunion des chefs d'État de la sous-région, réunion des Nations Unies à New York en 2018, déclaration d'engagement financier des États, etc.). Enfin, le système intégré de GAS a été perçu comme une perspective favorable puisqu'il peut être utilisé par divers programmes. Les solutions proposées faisaient appel à l'utilisation de technologies de rapportage innovantes (p.ex., par téléphone mobile); à une utilisation conjointe des ressources (RH, S&E, budget, logistique, etc.) pour l'approvisionnement et la gestion des stocks concernant les trois maladies; et l'utilisation des nouveaux outils de quantification développés par des partenaires. Les participants ont déploré le nombre trop réduit de solutions proposées et ont préconisé la mise à profit des ressources disponibles, comme l'appui du GDF. Ils ont insisté sur les difficultés importantes que pose un acheminement efficace sur le « dernier kilomètre » et sur l'importance parfois peu reconnue de la pharmacovigilance. Il est donc nécessaire d'améliorer la façon dont les fournisseurs de services de santé appréhendent l'importance de la fourniture de données fiables sur la GAS à l'échelon central. De plus, certains « observatoires dirigés par la communauté » destinés à surveiller la gestion des médicaments, comme celui qui a été créé en Côte d'Ivoire, pourraient aider.

4.3 Suivi et évaluation

Systèmes de suivi et d'évaluation du programme national de lutte contre la tuberculose et utilisation des données pour éclairer les activités programmatiques

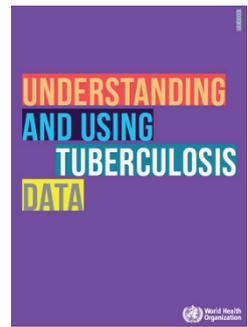
Présentation par: Corinne Merle (OMS/ Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales - TDR)

Il est essentiel d'améliorer les systèmes de surveillance de la tuberculose afin de mesurer la prévalence de cette maladie. En Afrique, on signale qu'environ 60% des cas manquants de tuberculose sont déclarés, les autres représentant un mélange de sous-diagnostic et de sous-déclaration. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour orienter les PNLT dans l'évaluation de la capacité du système de surveillance de la tuberculose, dont l'enquête épidémiologique. Une enquête épidémiologique est une analyse normalisée et systématique composée de deux volets: 1) une évaluation de la capacité du système de surveillance de la tuberculose à mesurer adéquatement sa morbidité; et 2) une analyse de données concernant la tuberculose et les autres maladies afin de définir l'ampleur et les tendances géographiques et temporelles de la morbidité, ainsi que les raisons des variations constatées.

Enquêtes épidémiologiques

La première partie de l'enquête épidémiologique repose sur l'outil [Normes et repères pour la surveillance de la tuberculose et l'enregistrement des statistiques vitales](#) («[The standards and benchmarks for the TB surveillance and vital registration system](#)») élaboré par l'OMS, qui contribue à caractériser le système de surveillance. De plus, des études d'inventaire peuvent être menées pour évaluer le sous-déclaration. Une étude d'inventaire compare le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués dans le secteur public ou privé au nombre de cas signalés au PNLT. Elle évalue les facteurs de risque du sous-déclaration et prévoit des actions correctives destinées à renforcer le système de surveillance de la tuberculose.

La deuxième partie de l'enquête épidémiologique vise à comprendre l'ampleur et les tendances de la morbidité de la tuberculose. Dans le cadre de ses orientations, l'OMS a conçu l'outil « Compréhension et utilisation des données de tuberculose ». Il permet d'évaluer l'ampleur et les tendances de la morbidité de la tuberculose (incidence, prévalence et mortalité) à partir de données de surveillance, d'enquêtes et de données programmatiques. Cet outil analyse les données par espace géographique, âge, sexe et autres variables pertinentes. La disponibilité du module tuberculose du DHIS2 dans les pays facilite grandement cette analyse. Avec l'aide de l'université d'Oslo, de l'OMS et du Fonds mondial dans le cadre de l'initiative « Health Data Collaborative » sur les données de santé, une plateforme a été élaborée pour compiler, sauvegarder et visualiser les données agrégées sur la tuberculose à l'échelon infranational. Le tableau de bord du module tuberculose du DHIS2 permet de visualiser le nombre et le taux de déclaration, ainsi que les tendances des résultats, aux échelons national et infranational.



Au cours de l'enquête épidémiologique, l'analyse des données doit être menée très régulièrement à l'échelle nationale et infranationale pour détecter d'éventuelles erreurs et incohérences. Cela permettra d'améliorer la qualité des données et d'orienter les activités du PNLT. Des formations sur l'analyse des données ont été menées grâce à l'appui de l'OMS pour le niveau central des PNLT d'Afrique de l'Ouest et du Centre. La décentralisation vers les échelons des régions et des districts est prévue pour 2018-2019 dans plusieurs pays. L'enquête épidémiologique analyse également des données recueillies dans le cadre d'autres programmes (comme celui sur le traitement antirétroviral et sur le TPI) concernant les populations les plus exposées au risque. Cela permet de déterminer l'impact de facteurs comme le VIH, la prévalence du diabète et le vieillissement de la population sur la détection des cas. Des exemples d'analyses d'enquête épidémiologique ont été présentés pour démontrer notamment la corrélation entre le taux de mortalité des enfants sous-alimentés et le taux de déclaration de la tuberculose.

Autres outils utiles

D'autres outils permettent de mesurer la morbidité de la tuberculose dans un pays :

- l'analyse du cheminement des patients (Patient Pathway Analysis) permettant d'aider les programmes à identifier à quelle étape du système de santé les patients atteints de tuberculose ont pu échapper aux soins ;
- les enquêtes sur les coûts liés à des catastrophes ;
- les enquêtes sur la prévalence ;
- les enquêtes ad hoc auprès des populations à risque, comme les personnes vivant avec le VIH, les patients diabétiques, les femmes enceintes, les migrants, les prisonniers, les consommateurs de drogues ; et
- l'analyse des coûts, permettant de comprendre le coût de chaque cas de tuberculose détecté, pour chacune des stratégies.

Des données pour agir auprès des populations clés vulnérables et mal desservies particulièrement touchées par la tuberculose

Présentation par : Ezra Tessera, MECA Team, Fonds mondial

Les populations clés englobent celles qui sont plus susceptibles de contracter la tuberculose en raison de risques environnementaux (surpeuplement, ventilation inadéquate), biologiques (inhibition immunologique, nutrition mal adaptée) ou comportementaux (transmission directe par voie respiratoire ou indirecte en raison de comportements augmentant le risque de maladies autres que la tuberculose affaiblissant l'immunité), ou encore de freins à l'accès aux services publics (exclusion systématique souvent due à la criminalisation, à la stigmatisation ou à la discrimination). Un grand nombre de ces groupes clés se recoupent (p.ex., personne qui consomme des drogues en détention et vit avec le VIH, mineurs immigrés, femmes victimes de la traite en provenance d'un autre pays). Ces personnes subissent des risques divers, ce qui rend la fourniture de services de prise en charge de la tuberculose et d'autres services de santé très difficile.

Les données concernant ces populations clés vulnérables et mal desservies manquent dans la plupart des pays. Il est recommandé de suivre un processus systématique de définition des groupes et de rassembler les informations nécessaires à la planification et à la prise de décisions. Voici les étapes essentielles permettant d'aider les pays à planifier et à déployer les services de lutte contre la tuberculose auprès des populations clés :

1. **Déterminer quels sous-groupes de la population doivent être considérés comme des populations clés** – Identifier les sous-groupes potentiels susceptibles de bénéficier d'une attention supplémentaire dans le cadre de l'éradication de la tuberculose dans le pays en fonction de leur taille estimée, des risques liés à leur environnement, à la biologie, à leurs comportements et des obstacles limitant leur accès aux services (juridiques, économiques, liés au sexe et au respect des droits fondamentaux), et les classer par ordre de priorité. Les sous-groupes prioritaires sont alors désignés comme populations clés.
2. **Mener une évaluation rapide contribuant au développement du programme ciblant ces populations** – Utiliser des recherches qualitatives pour cerner les lacunes des données et s'assurer que les programmes antituberculeux répondent aux risques, facteurs de risques et aux freins à l'accès aux services qui menacent les populations clés. Cela implique trois étapes : (a) recueillir des éléments clés pour identifier les difficultés spécifiques auxquelles il convient de remédier pour que les services antituberculeux destinés aux populations clés soient efficaces ; (b) donner la priorité aux réponses potentielles ; et (c) concevoir des interventions pour des réponses adaptées aux priorités.
3. **Comblent les lacunes des données du programme sur les populations clés et de la planification des services** – Recourir à des méthodes d'échantillonnage fondées sur la probabilité (sondage déterminé par les répondants, sondage déterminé par le lieu et le moment) pour quantifier en un lieu donné la taille et les risques des populations clés, qui sont souvent difficiles à contacter en l'absence de registres officiels des adresses ou des coordonnées, ainsi que les obstacles limitant leur accès aux services. S'assurer que les sondages utilisés pour les méthodes d'échantillonnage sont compatibles avec les techniques d'estimation des tailles des populations (méthodes du multiplicateur, des données, de l'objet unique). Puis, extrapoler des estimations à l'échelle locale pour en dériver des estimations régionales et nationales.
4. **Ajouter les populations clés faisant l'objet d'une priorité au programme national de lutte contre la tuberculose** – Intégrer des recherches qualitatives et des résultats de sondages quantitatifs sur les populations clés prioritaires au programme national de lutte contre la tuberculose. Préciser où les populations clés sont situées, quels sont les risques de tuberculose qui les menacent, ainsi que les facteurs de risques correspondants et les freins susceptibles d'entraver leur accès à des services, quels ensembles de services sont nécessaires pour limiter ces entraves, quels objectifs doivent être définis pour les programmes antituberculeux concernant ces populations clés, et quelles lacunes doivent être comblées en matière de données.
5. **Intégrer le continuum de services et le suivi communautaire au système de suivi et d'évaluation des services de lutte contre la tuberculose aux niveaux national et local** – Concevoir un continuum de services doté d'indicateurs à chaque étape du parcours et du système de responsabilité communautaire, afin de repérer et de corriger plus facilement les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre et la coordination entre les différents acteurs concernés (cliniques publiques, ministère et organisations de la société civile), le tout en vue de maximiser l'impact du programme.

Les cinq populations clés particulièrement touchées par la tuberculose : Bien que toutes les populations clés soient importantes, le cadre mondial d'action cible prioritairement cinq d'entre elles particulièrement touchées par la tuberculose, à savoir : les populations mobiles, les mineurs, les prisonniers et les détenus, les usagers de drogues injectables (UDI) et les personnes vivant avec le VIH (PVIH).

Sources de données utilisables : Faute de données suffisantes sur les populations clés, les programmes n'ont pas pu bien répondre aux besoins de ces groupes. Toutefois, les pays peuvent obtenir certaines données sur les différents groupes de populations clés auprès de sources locales et internationales. Par exemple, des données sur les populations mobiles sont disponibles auprès de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), de la Banque mondiale et de l'UNICEF (principalement sur les enfants migrants). L'activité minière étant pratiquée de manière informelle dans de nombreux pays, il est généralement difficile d'obtenir des données sur les mineurs. Toutefois, dans les pays où cette activité est exercée légalement, il est possible de se procurer des données auprès des autorités gouvernementales compétentes. Des données sur les prisonniers sont disponibles auprès de plusieurs sources : autorités locales, Banque mondiale, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), AidsInfo, etc. De la même façon, l'ONUDC et AidsInfo peuvent fournir des données sur les UDI. Enfin, les rapports des partenaires, notamment le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et le Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, fournissent des données sur les PVIH.

RETOURS DES PARTICIPANTS – SUIVI ET ÉVALUATION

Difficultés : Le principal obstacle cité concernait les systèmes de collecte des données sur la tuberculose : agents de niveau périphérique insuffisamment formés au remplissage des outils de données, manque de régularité et de rapidité, manque de supervision et de validation des données, et intégration insuffisante ou inexistante des données communautaires dans le système national. Une autre préoccupation concernait les capacités limitées du personnel de prise en charge de la tuberculose en matière d'analyse et d'utilisation des données. Enfin, une autre difficulté majeure rencontrée par les pays portait sur la faible collaboration avec les autres ministères et la communauté, ainsi que sur l'insuffisance des échanges/retours d'information des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose avec les acteurs impliqués (p. ex., collaboration insuffisante avec le ministère de la Justice concernant les données sur la tuberculose en milieu carcéral).

Opportunités et solutions: Le groupe a recensé plusieurs opportunités en termes de suivi et d'évaluation: existence d'outils de collecte de données; plateformes telles que le logiciel DHIS2; ateliers visant à faciliter les échanges entre pays; activités du Réseau ouest-africain de lutte contre la Tuberculose (WARN-TB) dans le domaine du renforcement du système de surveillance; appui au Programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales à des fins de recherche; possibilité de supervision et de formation conjointes; volonté des décideurs d'améliorer la couverture Internet et l'accessibilité de certaines zones difficiles à atteindre; et existence de nouveaux outils en voie d'élaboration. Afin de renforcer l'ensemble du système, le groupe a proposé les mesures suivantes: réalisation d'une analyse de la situation, amélioration des outils de suivi et d'évaluation (S&E), formation des acteurs impliqués à chaque étape des différents niveaux de suivi et d'évaluation, assistance technique aux pays pour l'adoption du logiciel DHIS2, mise en place d'un système de parrainage, participation des communautés aux réunions de retour d'information sur les activités, et implication des autres ministères dans le système. Il est notamment demandé d'intensifier les échanges entre les pays et de poursuivre les réunions régionales afin de partager les bonnes pratiques en matière de S&E.

4.4 Communautés et tuberculose

Partenariat Halte à la tuberculose (Stop TB)

Présentation par: Caoimhe Smyth, Partenariat Halte à la tuberculose

Les pays peuvent utiliser des données fiables et centrées sur les personnes afin de planifier des interventions de lutte contre la tuberculose qui soient efficaces et ciblées. Grâce à ces données, les pays peuvent adapter les services aux populations, aux lieux et aux besoins des plus vulnérables et lever les obstacles qui entravent l'accès aux services de traitement, de soin et de soutien en matière de lutte contre la tuberculose, afin d'accroître ainsi leur impact. Il est très probable qu'une grande partie des 4,2 millions de cas manquants de tuberculose se trouvent parmi les populations clés, ces dernières étant moins susceptibles d'être atteintes par les approches passives du dépistage de la tuberculose. Les populations clés touchées par la tuberculose sont les personnes vulnérables, mal desservies ou exposées à l'infection tuberculeuse et à la maladie, telles qu'elles sont définies dans le Plan mondial pour éliminer la tuberculose. Il existe actuellement peu de données disponibles sur ces populations clés, c'est pourquoi des efforts sont nécessaires afin de combler les lacunes, notamment en ce qui concerne les risques et les facteurs d'exposition, les obstacles en matière d'accès et la taille estimée de ces populations.

En 2017, le Partenariat Halte à la tuberculose a publié une série d'outils permettant aux pays de mettre en évidence les obstacles juridiques, politiques et liés au genre auxquels se heurtent les populations, d'identifier les populations clés, de comprendre leurs vulnérabilités et d'élaborer des interventions visant à s'assurer que les populations spécifiques ont accès à des services adaptés. Cette même année, les représentants du programme national de lutte contre la tuberculose et les partenaires de la société civile de six pays fortement touchés par la tuberculose ont été formés à ces outils. Ils ont réalisé des évaluations afin de recenser les obstacles juridiques, politiques et liés au genre et d'identifier les populations clés et vulnérables de leur pays respectif. Les données collectées sont utilisées par les programmes nationaux et la société civile pour compléter les systèmes de données existants, ainsi que pour éclairer et transformer les programmes et services de lutte contre la tuberculose afin de desservir les personnes atteintes de tuberculose «manquantes». Cette démarche innovante, centrée sur les personnes, inclusive et pilotée par les communautés s'inscrit dans ce que le Partenariat Halte à la tuberculose appelle «le changement de paradigme nécessaire pour mettre fin à la tuberculose». En 2018, grâce à ces mêmes outils, sept autres pays recueilleront des données complémentaires centrées sur les personnes dans le cadre de l'Initiative stratégique du Fonds mondial pour la recherche des cas manquants de tuberculose, afin d'éclairer et de renforcer les interventions nationales.

Utilisation d'interventions centrées sur les personnes et pilotées par les communautés afin d'identifier les populations clés et vulnérables en Tanzanie

Présentation par : Olive Mumba, Directrice exécutive - EANNASO (Réseaux nationaux d'Afrique orientale d'organisations de lutte contre le sida)

La Tanzanie exploite les données relatives aux populations clés afin d'agir dans le cadre d'une initiative conjointe impliquant le Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre (PNLTL) et l'EANNASO. L'utilisation de moyens d'évaluation à la fois quantitatifs et qualitatifs a permis d'identifier les populations clés suivantes : mineurs, prisonniers, diabétiques, PVVIH et enfants, en donnant la priorité aux mineurs de Chunya, l'un des sept districts de la région de Mbeya.

Tout au long du processus, le PNLTL et l'EANNASO ont recensé les lacunes en matière de données, à savoir : taille estimée de tous les groupes de populations vulnérables au niveau national, prévalence de la tuberculose ventilée par sexe et par âge, incidence estimée de la tuberculose ventilée par sexe et par âge, et taux de létalité des cas de tuberculose. Cette démarche a permis de tirer les enseignements suivants : importance de la collaboration entre le programme national et la société civile/les communautés, rôle majeur et déterminant joué par les communautés et la société civile tout au long du processus, et nécessité d'une approche multipartite pour mettre fin à la tuberculose dans le district minier de Chunya.

Au cours des prochaines étapes, le PNLTL et l'EANNASO mèneront les actions suivantes : cartographie de tous les partenaires du district de Chunya en mesure d'appuyer les activités de lutte contre la tuberculose, création et mobilisation d'une organisation communautaire capable d'informer et d'autonomiser la communauté minière, et réalisation d'une étude formative sur la tuberculose dans la communauté minière en vue d'orienter le prochain Plan stratégique national. L'action visionnaire et innovante menée par le PNLTL et l'EANNASO auprès des populations clés touchées par la tuberculose est très appréciée du Partenariat Halte à la tuberculose, car elle permet de mieux cibler les services et les programmes antituberculeux.

ENGAGE-TB : activités communautaires intégrées de lutte contre la tuberculose

Présentation par : Lana Syed - OMS/ENGAGE TB

En 2016, sur 10 millions de personnes atteintes de la tuberculose, 4 millions n'étaient pas desservies par les systèmes et services actuels, et 54 % de toutes les personnes co-infectées (tuberculose/VIH) ne recevaient aucun soin. Seules 22 % de toutes les personnes atteintes de tuberculose multirésistante avaient commencé un traitement, avec un taux de réussite de 54 %. En outre, de nombreux éléments prouvent les liens qui existent entre tuberculose et VIH, malnutrition, pauvreté, surpopulation, diabète, tabagisme, consommation d'alcool et usage de drogue.

La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose est alignée sur le cadre des objectifs de développement durable (ODD) et appelle à faire cesser l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030 au moyen d'une action multisectorielle. Ses principes de réussite reposent sur une coalition solide avec les organisations de la société civile (OSC) et les communautés, car celles-ci sont les mieux placées pour mobiliser les groupes vulnérables et adapter les services à leurs besoins. Les OSC bénéficient également des avantages comparatifs suivants : influence bidirectionnelle sur les structures communautaires et les institutions gouvernementales ; connaissance et compréhension de la situation locale ; et souplesse et capacité d'adaptation au contexte local. Les OSC jouent un rôle incontestable dans la lutte contre l'épidémie de tuberculose et l'aide à la riposte mondiale contre la maladie.

Afin de faciliter la mise en œuvre des activités communautaires intégrées de lutte contre la tuberculose par l'intermédiaire du gouvernement ou des OSC, l'OMS a conçu entre 2012 et 2015 l'approche ENGAGE-TB, qui s'accompagne d'outils de mise en œuvre. Cette initiative souligne l'importance d'une collaboration étroite entre les Programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et les acteurs communautaires en matière de planification, de supervision, de suivi et d'évaluation. Afin de pallier les faiblesses dans le suivi et l'évaluation, deux indicateurs clés ont été mis au point : pourcentage de nouvelles déclarations provenant des orientations communautaires, et réussite du traitement des patients ayant reçu tout type de soutien à la prise en charge communautaire. Le nombre de pays qui rendent compte de ces indicateurs est passé de 13 en 2013 à 53 en 2017. Les projets pilotes innovants déployés entre 2012 et 2014 en République démocratique du Congo (RDC), en Éthiopie, au Kenya, en Afrique du Sud, et en Tanzanie ont permis de démontrer l'efficacité et la faisabilité de l'approche ENGAGE-TB. À ce jour, 15 pays ont intégré cette approche dans leurs politiques et stratégies nationales, et les financements supplémentaires alloués par le Fonds mondial aux fins de mise en œuvre s'élèvent à 31,5 millions de dollars US jusqu'à fin 2017.

En novembre 2017, la première Conférence ministérielle mondiale de l'OMS a réuni 74 ministres et 1 000 participants afin d'accélérer la mise en œuvre de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose, en vue d'atteindre les cibles de cette dernière et les ODD des Nations Unies grâce à des engagements, des livrables et des responsabilités à l'échelle nationale et mondiale. La Conférence ministérielle informera la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose en septembre 2018. Afin d'exploiter pleinement le potentiel qu'offre cette période historique pour la lutte mondiale contre la tuberculose, le Secrétaire général des Nations Unies s'est adressé aux États Membres, leur rappelant que l'ensemble de la société civile est une partie prenante essentielle dans la préparation et les délégations nationales de la Réunion de haut niveau.

RETOURS DES PARTICIPANTS – COMMUNAUTÉS ET TUBERCULOSE

Difficultés: Les principales difficultés citées étaient les suivantes : comment impliquer les gouvernements dans l'appui aux interventions communautaires, et notamment aux agents communautaires ; comment renforcer la coordination des activités (p. ex., planification, S&E, recherche) entre toutes les parties prenantes concernées (p. ex., gouvernement, société civile) ; comment tirer parti des financements alloués aux activités communautaires afin de lutter contre les trois maladies ; et comment mettre en place un ensemble de soins intégrés dispensés par les agents communautaires. La question de l'appropriation est également considérée comme un obstacle potentiel à la participation communautaire.

Opportunités et solutions: Le groupe a relevé plusieurs opportunités : intérêt des gouvernements à élaborer une politique nationale relative aux interventions communautaires ; recours aux bonnes pratiques utilisées dans certains pays et/ou pour lutter contre d'autres maladies en vue de renforcer la mobilisation communautaire contre la tuberculose ; plaidoyer en faveur de la participation communautaire lors des réunions nationales et régionales de haut niveau ; existence et application de normes de l'OMS visant à encourager les gouvernements et la société civile à organiser une lutte communautaire contre la tuberculose ; organisation d'ateliers d'échange des bonnes pratiques et des enseignements tirés ; et mise en place de forums communautaires visant à analyser et à valider les données et à recenser les solutions adaptées aux différents contextes. Des solutions innovantes ont également été proposées : élaboration et mise en œuvre de documents d'orientation des politiques relatives aux interventions communautaires ; mobilisation des communautés au niveau régional dans le cadre d'un atelier de formation aux outils du Partenariat Halte à la tuberculose et d'un appui aux pays pour la mise en œuvre de ces outils sur le terrain ; meilleure documentation des interventions communautaires contre la tuberculose et de leur contribution au système de santé et à la lutte contre la maladie ; mise en place d'observatoires chargés d'améliorer la documentation et l'adaptation des interventions communautaires aux besoins identifiés ; et création de groupes de soutien aux patients et d'associations.

Les participants ont souligné qu'il était essentiel que tous les acteurs impliqués soient les premiers à être convaincus de la nécessité des interventions : les communautés n'accordant souvent aucune valeur à leur propre action, celle-ci mérite d'être documentée et doit l'être. Douze participants ont indiqué que leur pays disposait d'un plan national à l'intention des communautés, dont six en cours de mise en œuvre.

5 PERSPECTIVES DE PLANIFICATION NATIONALE : OÙ ALLONS-NOUS ? ET COMMENT ?

5.1 Goulots d'étranglement et opportunités identifiés par les participants après chaque séance

À l'issue de chaque séance, tous les participants étaient invités à remplir un formulaire leur demandant « **Quelle est la situation dans mon pays ?** » Plus précisément, il leur était demandé de noter brièvement leurs réactions immédiates aux présentations auxquelles ils avaient assisté et de répondre aux questions suivantes :

1. Dans quelle mesure mon pays est-il concerné par cette problématique ? P. ex. : lacunes programmatiques importantes dans ce domaine et/ou fort potentiel d'impact ;
2. Quelles sont les possibilités dans mon pays ? P. ex. : financements (nationaux, Fonds mondial/partenaires), ressources humaines, capacité technique, etc.
3. Quels sont les principaux obstacles ? P. ex. : risques programmatiques/financiers importants, modalités de mise en œuvre très complexes, forte dépendance vis-à-vis des autres parties prenantes, etc.
4. Est-il possible d'obtenir un impact en modifiant « la façon de faire » sans investissements supplémentaires importants ?

Pour chaque goulot d'étranglement, les participants étaient invités à suggérer des possibilités d'amélioration de la situation. Dans certains cas, les goulots d'étranglement étaient aussi identifiés comme des opportunités, car certains participants percevaient dans le problème (par exemple, le financement) à la fois le point faible de leur programme et le domaine qui, s'il était renforcé, pourrait avoir une réelle incidence sur la réussite de leur programme. Par ailleurs, étant donné que 19 pays différents ont répondu à cette enquête, certains estimaient parfois qu'un domaine était une force, alors que d'autres non (exemple : la solidité rapportée du système de santé dans certains pays mais pas dans tous). Une synthèse des goulots d'étranglement et des opportunités figure dans le présent document. Ces informations fournissent des renseignements essentiels sur les mesures que les pays pourraient prendre à l'avenir, en s'appuyant sur leur apprentissage et leur réflexion collectifs.

5.1.1 Goulots d'étranglement

Déficits de financement

Bien que les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose présentent des goulots d'étranglement dans plusieurs domaines, certains ont été mentionnés à de multiples reprises dans les discussions avec les pays. C'est pourquoi il semble que les pays de la région aient davantage en commun ce que pourrait laisser supposer leur diversité démographique (urbains/ruraux, différentes populations clés, etc.). Par exemple, les déficits de financement se sont révélés être un problème transversal bien plus important que prévu. Les déficits de financement relevés étaient de deux ordres : 1) dépendance excessive à l'égard du Fonds mondial et 2) manque d'engagement gouvernemental. Les subventions du Fonds mondial ne permettent pas de couvrir tous les besoins de la région, pourtant elles représentent un pourcentage élevé des dépenses dans les programmes nationaux. Une telle situation peut être problématique car les pays doivent disposer de plusieurs sources de financement, et le système du Fonds mondial est destiné à favoriser la participation à un échelon plus local. Parallèlement, les financements actuellement alloués par les gouvernements afin de couvrir les besoins programmatiques non financés par les subventions du Fonds mondial sont insuffisants ou non fiables. Cette situation met les PNLT en difficulté car de nombreux domaines présentent des goulots d'étranglement auxquels il est difficile de remédier sans financements supplémentaires.

Ressources humaines insuffisantes

Parmi les autres problèmes fréquemment cités figurait également le manque de ressources humaines, à savoir : faible disponibilité du personnel, forte rotation des effectifs, et insuffisance des budgets alloués aux postes non permanents qui devraient être pérennisés. Il n'est donc pas surprenant que le mot « motivation », associé aux autres goulots d'étranglement qui affaiblissent l'ensemble du système, soit revenu de façon récurrente. La faible motivation ou l'absence de motivation ont été fréquemment évoquées, parfois même au niveau de la direction.

Prise en charge de la tuberculose multirésistante et résultats en matière de traitement

Le plus grand nombre de goulets d'étranglement (et d'opportunités) mentionnés concernaient plus particulièrement la prise en charge de la tuberculose multirésistante et les résultats en matière de traitement. Les difficultés identifiées étaient les suivantes : centralisation de la prise en charge, médiocrité des systèmes de transport des crachats, manque de suivi des effets secondaires médicamenteux, et difficultés liées aux ressources humaines mentionnées au cours d'autres séances.

5.1.2 Opportunités

Ressources humaines

La principale solution identifiée doit s'articuler autour des ressources humaines. Si les participants ont convenu que la formation était nécessaire à tous les niveaux du système de santé, ils ont également mis en évidence des exemples de professionnels compétents capables de former d'autres personnes afin de renforcer l'ensemble du système.

Financement

Parmi les autres opportunités, de nombreux participants ont cité l'obtention de financements supplémentaires, sous la forme de subventions plus modestes allouées à des projets pilotes tels que ceux proposés par le Partenariat Halte à la tuberculose aux fins des activités communautaires. L'atelier a également permis aux pays de trouver quelques nouvelles sources de financement. Dans certains cas, il pouvait s'agir des subventions actuelles du Fonds mondial ou d'autres sources (y compris d'autres partenaires).

Soutien des partenaires

La présence des partenaires a été largement soulignée, et le soutien apporté par ces derniers a été cité à plusieurs reprises comme une opportunité. Outre les partenariats actuellement actifs dans la région, l'atelier a encouragé la discussion sur la participation accrue des partenaires, notamment aux fins de l'assistance technique considérée comme une mesure nécessaire à l'amélioration de la lutte contre la tuberculose.

Projets pilotes

Les pays ont évoqué plusieurs projets dont l'expérimentation s'est révélée prometteuse. Malgré la réussite à petite échelle de ces projets, il est possible de les déployer à l'échelle nationale. Les participants dont les pays n'avaient pas mené de projet pilote visant à répondre à des besoins spécifiques ont exprimé le souhait d'expérimenter les approches innovantes décrites au cours de l'atelier.

Systèmes en place

La solidité des systèmes existants a été citée par certains comme un moyen qui pourrait permettre de renforcer le dépistage et la prise en charge des cas. Les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles (telles que le diabète) ou pédiatriques (santé maternelle, néonatale et infantile) étaient considérés comme suffisamment solides pour y appuyer le renforcement du dépistage des cas de tuberculose.

5.2 Points à retenir des projets de plans et stratégies de portée nationale pour l'avenir

Planification nationale

Le troisième jour de l'atelier, les pays étaient invités à travailler sur leurs propres **plans nationaux**, ce qui était l'occasion de définir en détail ce qui pourrait être mis en œuvre, intensifié et/ou mis à l'essai en vue d'améliorer le dépistage de la tuberculose et les résultats en matière de traitement dans leurs propres contextes, ainsi que les modalités de mise en œuvre. En particulier, trois questions d'orientation ont été fournies aux participants afin d'éclairer leurs axes stratégiques une fois de retour dans leurs pays. Les délégations nationales ont travaillé individuellement dans le cadre de groupes de travail en vue d'élaborer un plan fondé sur les questions, puis ont pu débattre en temps réel de leurs projets de propositions avec des experts et soumettre ces projets à un examen par les pairs. Les ressources mises à la disposition des pays pendant ce processus comprenaient une contrepartie du Programme national de lutte contre la tuberculose d'un autre pays de la région et d'autres partenaires pouvant offrir des orientations complémentaires et éventuellement une assistance technique plus formelle ou quelques petites subventions pour la composante communautaire. Il convient de mentionner que les participants ont pu intégrer des idées suggérées par les présentations nationales dans les connaissances relatives aux solutions testées et éprouvées dans un contexte similaire.

Dans l'ensemble, le processus de planification nationale a été un exercice très utile qui a contribué à consolider les expériences et les enseignements partagés, et a permis aux pays de recueillir les impressions immédiates d'autres pays, d'explorer l'assistance technique et d'étudier des possibilités financières et techniques en matière de mise en œuvre.

Les trois questions directrices étaient les suivantes :

- Intervention proposée, population ciblée et zone géographique d'intervention en matière de lutte contre la tuberculose et/ou de dépistage/traitement de la tuberculose multirésistante : **Que ferons-nous différemment ?**
- Principales activités/stratégies à mettre en œuvre : **Que ferons-nous différemment ?**
- Moyens de suivi et de documentation des résultats : **Que ferons-nous différemment ?**

Voici quelques exemples d'interventions proposées par les pays dans leurs projets de plans :

- Actions auprès des populations clés qui rencontrent des difficultés pour accéder au système de santé (enfants, nomades et prisonniers) : décentralisation du dépistage et de la prise en charge grâce à la généralisation de GeneXpert, recherche active des cas de tuberculose, utilisation de cliniques mobiles, et mise en place de systèmes innovants de connectivité, d'enregistrement et de déclaration. Selon le pays à l'origine de ce projet, les données et l'optimisation de GeneXpert pourraient contribuer de manière significative à augmenter le nombre de cas dépistés de 51 % à 68 %, et le taux de réussite du traitement de 77 % à 86 % d'ici à 2020.
- Mise en œuvre d'une recherche active des cas dans les prisons et les zones habitées par des populations autochtones (trois campagnes par an) et amélioration du dépistage dans la population générale grâce au renforcement des capacités des techniciens de laboratoire.
- Amélioration du transport des crachats : 1) en trouvant de nouveaux transporteurs, 2) en établissant de nouveaux contrats, et 3) en formant les agents communautaires à la collecte et au transport d'échantillons. Le suivi de ces actions pourrait se faire au moyen de registres distribués à grande échelle dont les données pourraient être compilées et analysées. S'il obtient les financements supplémentaires nécessaires, le pays espère augmenter le dépistage des cas de 15 % chaque année.
- Dépistage de tous les patients diabétiques symptomatiques au moyen d'une radiographie pulmonaire en vue de réduire la mortalité de cette population à haut risque. Compte tenu du prix élevé de l'intervention et du nombre limité d'appareils de radiographie dans le pays, plusieurs sources de financement seront nécessaires pour mener à bien ce projet.

Afin de donner suite à cet atelier et à l'élaboration de ces projets de plans, les participants se réuniront à l'occasion d'un événement organisé en marge de la Conférence mondiale de L'Union sur la santé respiratoire, qui se tiendra à La Haye, afin d'examiner les progrès accomplis et de déterminer la voie à suivre.

5.3 L'un des principaux résultats de l'atelier : la Déclaration de Cotonou sur la tuberculose

Outre les projets de plans nationaux élaborés pendant le troisième jour, qui étaient un résultat clé de l'atelier, ce processus a également donné lieu à la **Déclaration de Cotonou sur la tuberculose**, une résolution prise par les participants (voir l'annexe 1).

Au cours des deux premiers jours, un groupe de participants a examiné la question de la longévité de l'initiative et des moyens qui permettraient de pérenniser l'engagement. Après un débat informel sur les mesures à prendre pour parvenir à cet objectif, le groupe a convenu que l'adoption d'un engagement visant à résoudre les principaux problèmes relatifs à la tuberculose dans la région constituait une priorité majeure. Afin de renforcer les actions et les efforts, cet engagement devrait être pris par tous les participants présents mais, tout aussi important, par leur gouvernement respectif, détenteurs du capital politique et financier nécessaire pour faire avancer l'initiative conformément aux objectifs de développement durable et au Plan mondial pour éliminer la tuberculose.

Le groupe se composait de partenaires, responsables de PNLT et acteurs communautaires d'origines diverses qui se sont réunis à de multiples reprises afin de rédiger la déclaration. Après plusieurs soumissions, et en tenant compte des commentaires et de l'approbation émis par la majorité des participants le dernier jour de l'atelier, la déclaration était prête à être publiée. Le document insiste sur les besoins particuliers de la

région et demande aux gouvernements et aux parties prenantes d'apporter le niveau de soutien nécessaire pour s'attaquer au défi que représente la tuberculose dans la région. Les participants se sont entendus sur sept mesures portant sur les domaines les plus prometteurs en matière de réduction de la prévalence de la tuberculose, et qui doivent également faire l'objet d'une attention et d'une amélioration accrues. Ces mesures sont les suivantes :

1. Réduire la proportion de cas de tuberculose manquants de 50% d'ici 2020 pour la TB sensible et la TB pharmaco-résistante.
2. Réduire de moitié la mortalité liée à la co-infection TB/VIH d'ici 2020.
3. Accélérer les interventions de traitement de la TB chez les enfants, y compris le traitement préventif, la recherche des cas et le traitement d'au moins 50% d'ici 2020.
4. Renforcer l'utilisation systématique de la recherche opérationnelle pour générer localement des données probantes et pertinentes pour des interventions innovantes et leur mise à l'échelle.
5. Renforcer le partenariat stratégique avec les communautés et la société civile pour favoriser des approches intégrées, menées par les communautés, autour des personnes touchées, basées sur le genre et sur les droits.
6. Veiller au financement adéquat de la TB, y compris le plaidoyer pour le respect des engagements nationaux, pour soutenir les services, les ressources humaines et la disponibilité des médicaments essentiels anti-TB.
7. Renforcer le partenariat des parties prenantes pour l'élimination de la TB, y compris l'obtention des résultats liés à cette déclaration au niveau national, régional et mondial.

5.4 En conclusion

Bien que la tuberculose reste une menace majeure à l'échelle mondiale, le fardeau que fait peser la maladie sur les services de santé de l'Afrique subsaharienne est particulièrement lourd. Parmi les nombreux obstacles communs auxquels se heurtent les pays de la région: faible taux de dépistage, faiblesse des stratégies de diagnostic et de traitement, capacités limitées des laboratoires et en matière de diagnostic, systèmes de communication de l'information peu performants, financements nationaux et extérieurs insuffisants, et manque de ressources humaines. Malgré ces difficultés, les avancées prometteuses qui sont en cours dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et au-delà ont été l'occasion de s'arrêter sur les progrès accomplis, de recentrer les compétences et d'appliquer les enseignements tirés afin d'accélérer les interventions de lutte contre la tuberculose.

Les bonnes pratiques et les expériences partagées tout au long de cet atelier démontrent qu'il est possible de mettre en place un certain nombre de stratégies innovantes et efficaces pour trouver les personnes atteintes de tuberculose «manquantes» et d'améliorer les résultats en matière de traitement. Parmi ces exemples encourageants, plusieurs messages clés à prendre en considération ont émergé, qui s'adressent non seulement aux pays de la région mais aussi aux acteurs de la lutte contre la tuberculose de tout le continent et du monde entier:

1. **Tirer parti de l'action communautaire en vue de mener à bien les efforts de lutte contre la tuberculose.** Dans des communautés de la région et du continent, des agents de santé communautaires, des prestataires de services communautaires et des dirigeants locaux ont contribué à ouvrir la voie à la détection des personnes atteintes de tuberculose «manquantes» et à l'amélioration des résultats en matière de tuberculose. La mobilisation et l'intensification de ces ressources locales en vue de mettre en œuvre des solutions locales et adaptées au contexte – et l'alignement conséquent des investissements de renforcement des capacités – représentent une occasion unique de renforcer les liens fondamentaux entre les services de santé et les communautés locales.
2. **Renforcer les systèmes de santé afin de soutenir la prévention, le dépistage et la prise en charge efficaces de la tuberculose, en particulier chez les enfants.** À cette fin, il convient de mobiliser les investissements en vue de renforcer le système de santé par le biais d'interventions à la fois transversales et spécifiques à la maladie. Il faut notamment: remédier aux déficits de ressources humaines, renforcer les capacités sur le plan technique et en matière de gestion à tous les niveaux du système de santé, impliquer les établissements de soins de santé primaires, et intensifier les interventions spécifiques à la tuberculose qui renforcent les systèmes de santé (p. ex., prise en charge des cas, capacités laboratoires, système d'information sanitaire [SIS], GAS, etc.).
3. **Intégrer les services afin d'élargir l'accès au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose et d'améliorer les résultats.** Par exemple, des stratégies encourageantes ont émergé en matière de

collaboration et d'intégration stratégiques des services de lutte contre le VIH et la tuberculose, ce qui est primordial pour combler les lacunes de dépistage et de traitement des cas et réduire l'incidence et la prévalence de la tuberculose et du VIH, ainsi que la mortalité associée. Des expériences sur le terrain ont également montré l'importance de recourir à plusieurs points d'entrée pour dépister la tuberculose (par exemple, les services de santé de la mère et de l'enfant) et d'obtenir l'adhésion des PNLT et des autres programmes (paludisme, nutrition, etc.) pour améliorer les résultats en matière de tuberculose.

4. **Optimiser l'utilisation des ressources et des outils existants.** Examiner comment les compétences, les ressources et les outils existants (p. ex., les compétences et les aptitudes du personnel, le SIS, les plateformes de diagnostic, etc.) du système de santé peuvent être appliqués à la mise en œuvre des interventions de lutte contre la tuberculose et soutenir non seulement les services liés à cette maladie mais aussi leur pérennité.
5. **Maximiser le déploiement à grande échelle des projets pilotes réussis et la diffusion des bonnes pratiques.** Un certain nombre de projets pilotes réussis ont été partagés tout au long de l'atelier concernant l'intensification de la détection de la tuberculose, l'amélioration du dépistage des cas, la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et l'amélioration des résultats en matière de traitement. À l'avenir, les pays peuvent – et doivent – axer leurs efforts sur l'application de ces enseignements et expériences, en les mettant en œuvre, s'il y a lieu, à l'échelle nationale, et en les intégrant aux pratiques de routine. Les actions suivantes doivent être prioritaires : sensibiliser les décideurs et les autres parties prenantes clés aux bonnes pratiques ; et créer d'autres réseaux pour communiquer régulièrement et partager les expériences à l'intérieur comme à l'extérieur des pays.
6. **Financer adéquatement les efforts et s'engager au niveau gouvernemental.** La réussite des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose repose sur la volonté de chaque gouvernement d'accorder une grande importance à l'élimination de la tuberculose et, par conséquent, de doter les programmes des ressources humaines et financières nécessaires, ainsi que d'un soutien aux plus hauts niveaux. Cet élément, combiné au soutien continu de donateurs internationaux, sera essentiel pour inverser les tendances observées dans toute la région.

En mettant l'accent sur les efforts pilotés par la communauté, sur la tuberculose pédiatrique et sur les autres groupes à haut risque de tuberculose – mais également en s'inspirant des expériences partagées en matière d'intensification des interventions de lutte contre la tuberculose multirésistante et en s'appuyant sur les avancées majeures obtenues par les PNLT, les partenaires engagés et les défenseurs nationaux malgré des moyens limités – cet atelier a souligné les progrès remarquables accomplis et les principaux domaines où des mesures urgentes sont nécessaires pour surmonter les difficultés. Les pays qui ont participé à l'atelier ont non seulement pris un élan considérable, mais leurs expériences ont également offert des enseignements importants aux pays rencontrant des obstacles similaires en matière de lutte contre la tuberculose. Il convient de poursuivre et d'approfondir ces progrès – en instaurant des mécanismes solides de collaboration entre les secteurs et les services et en renforçant la mise en œuvre – afin que les cas manquants de tuberculose soient détectés, que les résultats en matière de traitement de la tuberculose dans la région s'améliorent et, à terme, qu'une voie commune soit ouverte en vue d'atteindre les cibles de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » (End TB) à l'horizon 2030.

Annexe 1 : La Déclaration de Cotonou sur la tuberculose

DÉCLARATION DE COTONOU SUR LA TUBERCULOSE

Atelier de partage des meilleures pratiques et leçons
appries pour le dépistage et le traitement de la
tuberculose en Afrique de l'Ouest et du Centre

Du 26 au 28 Mars 2018



Préambule

Nous notons avec préoccupation que chaque année, la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) échoue à détecter plus de 50% des cas de tuberculose. Notamment, trois quarts des cas touchant les enfants ne sont pas détectés.

La région de l'AOC enregistre un taux de mortalité estimé chez les patients co-infectés TB/VIH de 50% plus élevé que dans le reste de l'Afrique.

Actuellement, nos programmes nationaux ne parviennent à détecter et traiter que 20% des patients atteints de tuberculose pharmaco-résistante.

Nous, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose de la région de l'AOC*, de concert avec les partenaires présents à l'atelier régional, réaffirmons notre engagement à mettre fin à l'épidémie de tuberculose, en ligne avec les objectifs de développement durable, et en appelons à l'engagement inconditionnel de nos gouvernements.

Avec la prochaine réunion de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre, l'année 2018 sera une année charnière dans la lutte contre la tuberculose.

Pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose, nous demandons à nos gouvernements et à l'ensemble des parties prenantes la mise en place d'une réponse multisectorielle de même que le leadership **politique** et **opérationnel** approprié afin de:



Réduire la proportion de cas de tuberculose manquants de 50% d'ici 2020 pour la TB sensible et la TB pharmaco-résistante



Réduire de moitié la mortalité liée à la co-infection TB/VIH d'ici 2020

* Les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre présents lors de l'atelier: Benin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Congo, Cote d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Sao Tome et Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo.



Accélérer les interventions de traitement de la TB chez les enfants, y compris le traitement préventif, la recherche des cas et le traitement d'au moins 50% d'ici 2020



Renforcer l'utilisation systématique de la recherche opérationnelle pour générer localement des données probantes et pertinentes pour des interventions innovantes et leur mise à l'échelle



Renforcer le partenariat stratégique avec les communautés et la société civile pour favoriser des approches intégrées, menées par les communautés, autour des personnes touchées, basées sur le genre et sur les droits



Veiller au financement adéquat de la TB, y compris le plaidoyer pour le respect des engagements nationaux, pour soutenir les services, les ressources humaines et la disponibilité des médicaments essentiels anti-TB



Renforcer le partenariat des parties prenantes pour l'élimination de la TB, y compris l'obtention des résultats liés à cette déclaration au niveau national, régional et mondial

Annexe 2 : Programme et liste des participants/intervenants

<p style="text-align: center;">Atelier de partage des bonnes pratiques et des enseignements tirés en matière de dépistage et de traitement de la tuberculose dans la région de l’Afrique de l’Ouest et du Centre Date: 26-28 mars 2018. Lieu: Hôtel Marina de Cotonou, Bénin</p>			
JOUR 1 - PROGRAMME (26/03/2018)			
N°	POINT/ACTIVITÉ À L’ORDRE DU JOUR	RESPONSABLE/INTERVENANTS	DURÉE
1	Inscription	Secrétariat du WARN-TB	8 h 00 – 8 h 30
2	Ouverture de l’atelier	Représentant de l’OMS, du Fonds mondial, de la commu- nauté ou du ministère de la Santé du Bénin	8 h 30 – 8 h 50
3	Présentation succincte de l’atelier : objectifs et méthodologie	Gilles Cesari / Ibrahima Coulibaly (Fonds mondial)	8 h 50 – 8 h 55
4	Logistique de l’atelier	Secrétariat du WARN-TB	8 h 55 – 9 h 00
5	Présentation rapide du sujet: dépistage de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante et résultats en matière de traitement: quelle est la situation dans la région?	Corinne Merle (OMS/TDR)	9 h 00 – 9 h 20
6	Bref aperçu des formulaires transmis par les pays	Anna Scardigli (Fonds mondial)	9 h 20 – 9 h 30
7	1. Expériences des pays: L’intensification du dépistage de la tuberculose grâce à l’engagement communautaire et à la décentralisation des services 1a) Rôle des agents de santé communautaires dans le dépistage en Éthiopie 1b) PROCESSUS DE DÉCENTRALISATION DES STRUCTURES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN CÔTE D’IVOIRE DE 2016 À 2017 1c) Contribution des communautés dans la lutte contre la tuberculose au Sénégal	<i>Présidents:</i> Miriam Faid (Halte à la tuberculose) et Adjima Combary (PNLT Burkina Faso) <i>Intervenants:</i> 1a. Daniel Gemechu (consultant Éthiopie) 1b. Fatou Tiépé Coulibaly Adjobi (PNLT Côte d’Ivoire) et M. Kambou Edouard Sansan, (Alliance Côte d’Ivoire) 1c. Elhadji Mamadou Dioukhane (PLAN Sénégal)	9 h 30 - 10 h 30
8	Débat sur les expériences partagées; quelle est la situation dans votre pays?	Deux présidents, tous les partici- pants sont aussi intervenants	10 h 30 – 11 h 00
	Pause-café		11 h 00 – 11 h 30
9	2. Expériences des pays: Optimisation du dépistage de la tuberculose dans les centres de santé 2a) Renforcer la qualité et l’efficacité en vue d’améliorer le dépistage des cas de tuberculose: expériences du Kenya et de la Tanzanie 2b) Intensifier le dépistage actif des cas chez les per- sonnes vivant avec le VIH/sida et les patients diabétiques (étude RAFAscreen) - Sénégal, Bénin et Guinée-Conakry 2c) Difficultés et possibilités de mise en œuvre du dépis- tage intensif des cas au Ghana	<i>Présidents:</i> Meghan Holohan (USAID) et Eliud Wandwalo (Fonds mondial) <i>Intervenants:</i> 2a. Samuel Kinyanjui (consultant Kenya) et Sode Matiku (consultant Tanzanie) 2b. Ablo Wachinou au nom de l’équipe RAFAscreen 2c. Frank Bonsu (PNLT Ghana)	11 h 30 – 12 h 30
10	Débat sur les expériences partagées; quelle est la situation dans votre pays?	Deux présidents, tous les partici- pants sont aussi intervenants	12 h 30 – 13 h 00
	Déjeuner		13 h 00 – 14 h 00

11	3. Expériences des pays : Tuberculose : que fait-on pour les enfants ? Présentation liminaire : le point sur la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent 3a « Expérience de l'investigation des contacts chez les enfants au Bénin ». 3b) Décentraliser et intégrer le diagnostic et le traitement de la tuberculose pédiatrique en Ouganda	<i>Présidents</i> : Nicolas Furtado (Fonds mondial) et Musa Jallow (PNLT Gambie) <i>Intervenants</i> : Présentation liminaire : Corinne Merle au nom de Annemieke Brands (OMS/Programme mondial de lutte contre la tuberculose) 3a. Menonli Adjobimey (PNLT Bénin) 3b. Moorine Sekadde (PNLT Ouganda)	14h 00 – 15 h 00
12	Débat sur les expériences partagées ; quelle est la situation dans votre pays ?	Deux présidents, tous les participants sont aussi intervenants	15h 00 – 15h 30
	<i>Pause-café</i>		15h 30 – 16h 00
13	4. Expériences des pays : PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE ET DE SA FORME MULTIRÉSISTANTE ET RÉSULTATS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT 4a) Présentation sur la tuberculose associée au VIH 4b) Paquet de services complets de prise en charge de la tuberculose multirésistante au Niger 4c) Paquet de services complets de prise en charge de la tuberculose multirésistante au Cameroun	<i>Présidents</i> : André Ndongosieme (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique) et Fatou Kine Wathie Thiam (PLAN Guinée) 4a. Corinne Merle au nom de Anabel Baddeley (OMS/Programme mondial de lutte contre la tuberculose) 4b. Bassirou Souleymane (Damien Foundation) 4c. Vincent Mbassa (PNLT Cameroun)	16h 00 – 17h 00
14	Débat sur les expériences partagées ; quelle est la situation dans votre pays ?	Deux présidents, tous les participants sont aussi intervenants	17h 00 – 17h 30
15	Inscription à la séance du lendemain de « rencontre avec des experts »	Participants	17h 30 – 18h 00
16	Réunion des partenaires	Partenaires	18h 00 – 19h 00

JOUR 2 - PROGRAMME (27/03/2018)

N°	POINT/ACTIVITÉ À L'ORDRE DU JOUR	RESPONSABLE	DURÉE
1	Bref résumé de la séance de la veille	Anna Scardigli et Noemi Cambray (Fonds mondial) avec le concours des participants	8h 30 – 8h 40
2	Présentation du programme du deuxième jour (y compris : constitution des groupes pour les séances organisées en parallèle et des groupes de travail) Anna Scardigli et Noemi Cambray	Anna Scardigli et Noemi Cambray	8h 40 – 8h 50
3	Vue d'ensemble de la région : opportunités du point de vue des systèmes résistants et pérennes pour la santé	Nicolas Furtado (Fonds mondial)	8h 50 – 9h 15
4	1 ^{er} domaine thématique : Diagnostic de la tuberculose : 1. Point rapide sur le diagnostic de la tuberculose, notamment dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre 2. Enseignements tirés du déploiement international du test Xpert MTB/RIF	<i>Présidents</i> : Dissou Affolabi (PNLT Bénin) et Nimer Ortuno (Damien Foundation) <i>Intervenants</i> : 1. Jean De Dieu Iragena, conseiller laboratoire du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique 2. Riccardo Alagna, conseiller laboratoire Milan SRL	9h 15 – 10h 05

5	2 ^e domaine thématique (séance organisée en parallèle de la séance sur la GAS) : S&E, système de données et utilisation de données en vue d'éclairer les politiques, en mettant particulièrement l'accent sur les populations difficiles à atteindre et les groupes qui ne sont pas systématiquement ciblés	<i>Intervenant</i> : Corinne Merle <i>Panel</i> : Corinne Merle, Ezra Tessera (Fonds mondial), Kobto Koura (L'Union), Ibrahima Coulibaly, (Fonds mondial), Madou Kane (PNLT Sénégal) et Dubliss Nguafack (PNLT Cameroun)	10h 05 – 11 h 00
5	3 ^e domaine thématique (séance organisée en parallèle de la séance sur le S&E) : GAS - gestion des achats et des stocks, en mettant particulièrement l'accent sur la mise en relation des données programmatiques avec les aspects liés à la gestion des achats dans le cadre du déploiement de traitements courts et de nouveaux médicaments.	<i>Intervenants</i> : Fabienne Jouberton (Halte à la tuberculose/GDF) <i>Panel</i> : Khoudia Diokhane (Fonds mondial), Alberto Piubello (L'Union), Achille Yemoa (PNLT Bénin)	10h 05 – 11 h 00
	<i>Pause-café</i>		11 h 00 – 11 h 30
6	Présentation d'affiches	<i>Présidents</i> : Henriette Wembanyama (consultante tuberculose/VIH), Soleil Labelle (OMS/Programme mondial de lutte contre la tuberculose), Andre Ndongosieme (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique) et partenaires	11 h 30 – 12 h 30
7	Commentaires sur les affiches présentées, en séance plénière	<i>Présidents</i> : Henriette Wembanyama, Soleil Labelle, Andre Ndongosieme et partenaires	12h 30 – 13 h 00
	<i>Déjeuner</i>		13h 00 – 14 h 00
8	4 ^e domaine thématique : Interventions de lutte contre la tuberculose centrées sur les personnes et pilotées par les communautés – Renforcement des services communautaires intégrés de lutte contre la tuberculose et des partenariats avec les communautés en vue de lever les obstacles à l'accès à des soins de qualité	<i>Présidents</i> : Abdulai Abubakar Sesay (CISMAT-Sierra Leone) et André Ndongosieme <i>Panel conjoint</i> : Caoimhe Smyth (Halte à la tuberculose), Lana Syed (OMS/Engage-TB), Olive Mumba (EANNASO) et Nicolas Nkiere Masheni (OMS RDC)	14 h 00 – 15 h 00
9	Discussion plénière et présentation des groupes de travail sur les domaines thématiques	<i>Animateurs</i> : Anna Scardigli, Oriol Ramis (Halte à la tuberculose) et les intervenants (Jean de Dieu Iragena, Riccardo Alagna, Corinne Merle, Fabienne Jouberton, Caoimhe Smyth, Lana Syed)	15h 00 – 15h 30
	<i>Pause-café (pendant les discussions des groupes de travail)</i>		15h 30 – 16h 00
10	Chaque groupe travaille sur les quatre domaines thématiques : quelles sont les difficultés et possibilités que présente votre pays ?	<i>Animateurs</i> : tous les intervenants de chaque groupe thématique plus les partenaires. 5 groupes de 4 ou 5 pays plus 2 ou 3 partenaires et experts	15h 00 – 16h 00

11	Commentaires des groupes en séance plénière (20 minutes de retours/discussions sur chacun des 4 domaines thématiques)	<i>Animateurs</i> : Anna Scardigli, Oriol Ramis et les intervenants	16h 00 – 17 h 30
12	Rencontre avec les experts (10 minutes par pays souhaitant s'entretenir avec un membre des « panels d'experts »)	Pays et panels d'experts	17h 30 – 18h 30
JOUR 3 - PROGRAMME (28/03/2018)			
N°	POINT/ACTIVITÉ À L'ORDRE DU JOUR	RESPONSABLE	DURÉE
1	Rencontre avec les experts (10 minutes par pays souhaitant s'entretenir avec un membre des « panels d'experts »)	Pays et panels d'experts	8h 00 – 9h 00
2	Bref résumé de la séance de la veille	Ibrahima Coulibaly et Maria Padkina (Fonds mondial) avec le concours des participants	9h 00 – 9h 10
3	Présentation du programme du jour, des objectifs et de la méthodologie : chaque pays élabore un plan, puis les pays sont répartis en groupes afin d'examiner les plans et d'approfondir la discussion	<i>Animateurs</i> : Tina Draser (Fonds mondial) et Maria Padkina (avec l'aide de G. Cesari, I. Coulibaly, N. Cambray, K. Diokhane et des autres partenaires pour animer le travail des groupes)	9h 10 – 9h 35
4	Groupes de travail sur la planification nationale	21 groupes de travail (1 par pays)	9h 30 – 10h 30
	<i>Pause-café</i>		10h 30 – 11h 00
5	Groupes de travail sur la planification nationale (suite)	21 groupes de travail (1 par pays)	11h 00 – 13h 00
	<i>Déjeuner</i>		13h 00 – 14h 00
6	Examen des plans par les pairs (les pays sont répartis en binômes; chaque pays présente son plan et examine celui de l'autre pays - 15 minutes de présentation et 15 minutes d'examen constructif par l'autre pays)	21 pays répartis en binômes	14h 00 – 15h 00
7	Les groupes se rassemblent pour harmoniser leurs commentaires finaux (Quoi? Comment? Qui?)	Pays	15h 00 – 15h 30
	<i>Pause-café</i>		15h 30 – 16h 00
8	Partage d'expérience et évaluation (chaque pays répond aux questions suivantes : en quoi consistera la mise en œuvre du dépistage des cas/des résultats des traitements, comment cette mise en œuvre sera-t-elle assurée et par qui?)	Tina Draser et Gilles Cesari Tous les pays (2-3 minutes chacun)	16h 00 – 17h 15
9	Clôture officielle	WARN-TB, Eliud Wandwalo	17h 15 – 17h 30
10	Cocktail dînatoire	Tous les participants	18h 00 – 19h 00

Liste des participants		
N°	Nom	Affiliation/pays
1	Eliud Wandwalo	Fonds mondial
2	Tina Draser	Fonds mondial
3	Anna Scardigli	Fonds mondial
4	Gilles Cesari	Fonds mondial
5	Ezra Tesera	Fonds mondial
6	Nicolas Furtado	Fonds mondial
7	Ibrahima Coulibaly	Fonds mondial
8	Noemi Cambray	Fonds mondial
9	Khoudia Diokhane	Fonds mondial
10	Nnamdi Nwaneri	Fonds mondial
11	Mariam Toure	Fonds mondial
12	Maria Padkina	Fonds mondial
13	Corinne Merle	OMS/Recherche sur les maladies tropicales (TDR)
14	Lana Syed	Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS
15	Soleil Labelle	Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS
16	Miriam Faïd	Halte à la tuberculose
17	Caoimhe Smyth	Halte à la tuberculose
18	Oriol Ramis	Halte à la tuberculose
19	Meghan Holohan	USAID
20	Jean De Dieu Iragena	Conseiller laboratoire du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
21	Ndongosiemme André	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
22	Riccardo Alagna	Milan SRL, conseiller laboratoire
23	Abdulai Abubakar Sesay	Représentant communautaire; CISMAT Sierra Leone
24	Alberto Piubello	L'Union
25	Kobto Koura	L'Union
26	Dissou Affolabi	WARN-TB
27	Ablo Prudence	WARN-TB
28	Saran Branchi	Conseillère régionale santé mondiale Côte d'Ivoire, Bénin, Togo, Ghana, Libéria, Nigeria Ambassade de France à Abidjan
29	Fabienne Jouberton	Halte à la tuberculose/GDF
30	Nimer Ortuno Gutierrez	Damien Foundation
31	Bassirou Souleymane	Damien Foundation
32	Sophie Hermanns	GIZ
33	Jean-Pierre Baptiste	OMS Bénin
34	Henriette Wembanyama	Consultante tuberculose/VIH
35	Sode Matiku	Consultant Tanzanie
36	Samuel Kinyanjui	Consultant Kenya
37	Daniel Gemechu	Consultant Éthiopie
38	Moorine Sekadde	PNLTL Ouganda
39	Oumar Abdelhadi	PNLT Tchad

Liste des participants (suite)		
N°	Nom	Affiliation/pays
40	Abderramane Abdelrahim	PNLT Tchad
41	Arouna Tena	CAMNAFAW Cameroun
42	Vincent Mbassa	PNLT Cameroun
43	Dubliss Nguafack	PNLT Cameroun
44	Mourtala Assao	PNLT Niger
45	Menonli Adjobimey	PNLT Bénin
46	Musa. B. Jallow	PNLT Gambie
47	Lamin Badjie	Secrétariat national sur le sida, Gambie
48	Marie Sarr	PNLT Sénégal
49	Madou Kane	PNLT Sénégal
50	Elhadji Dioukhane	PLAN Sénégal
51	Magalie Nelson	PLAN Canada
52	Miguel Camara	PNLT Guinée-Bissau
53	Victor Gomes	PNLT Guinée-Bissau
54	Adjima Combarly	PNLT Burkina Faso
55	Guy Arnaud Konseimbo	Burkina Faso, IPC/BF
56	Bakary Konate	Mali, PNL
57	Mamadou Diop	Mali, CRS
58	Aboubacar Sidiki Magassouba	PNLT Guinée
59	Fatou Kine Wathie Thiam	Guinée, PLAN International
60	Ernest Cholopray	PNLT Libéria
61	Henry Dickson	PNLT Libéria
62	Manjo A. Lamim	PNLT Sierra Leone
63	James Holima Katta	PNLT Sierra Leone
64	Ndikumana Thaddé	PNLT Burundi
65	Georges Hermana	PNLT République centrafricaine
66	Hervé Gando Gildas	PNLT République centrafricaine
67	Jorge Barreto	PNLT Cabo Verde
68	Franck Hardain Okemba-Okombi	PNLTL Congo
69	Jacques Ndion-Ngandzien	PNLTL Congo
70	Jocelyn Mahoumbou	PNLT Gabon
71	Marguerite Massinga Loembe	Gabon, CERMEL
72	Komi Adjoh	CHU Togo
73	Samey Agbenyegan	PNLT Togo
74	Bonifacio Sousa	CNE Sao-Tomé-et-Principe
75	Swasilanne Sousa	CNE Sao-Tomé-et-Principe
76	Olive Mumba	EANNASO, Tanzanie
77	Fatou Tiepe Coulibaly	PNLT Côte d'Ivoire
78	Sansan Edouard Kambou	Alliance Côte d'Ivoire

Annexe 3 : Formulaire à compléter par les pays aux fins de préparation et de planification de l'atelier

FORMULAIRE DE PAYS	
Information de contexte	
Pays:	Noms des personnes / partenaires qui ont contribué aux discussions lors du remplissage de ce formulaire. Veuillez inclure le nom de leur institution dans une parenthèse à côté du nom de la personne / partenaire.
1. a) Les cas manquants: Qui sont-ils Où sont-ils Pourquoi ne sont-ils pas atteints?	
Sur la base de la demande de financement soumise au Fonds mondial et d'autres documents stratégiques et programmatiques, énumérez et décrivez (considérer aussi les droits humains et les questions liées au genre):	
Population / groupe / zone géographique non détectés et / ou déclarés au PNLT pour la TB et / ou la TB-MDR	Les obstacles rencontrés qui empêchent d'être détecté et / ou déclaré (examiner également les problèmes liés au système de données sur la tuberculose et la tuberculose multirésistante)

1. b) Les cas manquants: Qu'est-ce qui a fonctionné jusqu'à présent? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné du tout?

Décrivez si/et quelles stratégies mises en œuvre avec le FM ou d'autres subventions qui ont donné de bons résultats pour trouver les cas manquants.

Population / groupe détecté et déclaré au PNLT pour TB et / ou TB-MR	Activité / stratégie de mise en œuvre	Résultats préliminaires atteints

1. c) ACTIVITÉS POUR COMBLER LES LACUNES DANS LA DÉTECTION DE CAS DE TB

En considérant CHACUN des groupes de population susmentionnés, leur emplacement et les obstacles à la détection des cas de tuberculose, ainsi que tenant compte des expériences réussies jusqu'à présent (le cas échéant), décrivez:

Intervention proposée, Population ciblée et zone géographique d'intervention pour la tuberculose et / ou la tuberculose multirésistante	Comment l'intervention abordera-t-elle les principaux obstacles décrits dans la section 1.a) précédente	Existe-t-il un système de rapportage pour analyser les données et documenter les résultats pour cette intervention ?

2. a) Les résultats du traitement infructueux: QUI? OÙ? POURQUOI?

Sur la base de la demande de financement soumise au Fonds mondial et d'autres documents stratégiques et programmatiques, énumérez et décrivez (considérer aussi les droits humains et les questions liées au genre):

Population / groupe / zone où les résultats du traitement TB ou TB-MDR sont les plus mauvais	Obstacles possibles rencontrés pour ne pas avoir atteint des résultats de traitement réussis (examiner également les problèmes liés au système de données sur la tuberculose et la tuberculose multirésistante)

2. b) Résultats positifs du traitement de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante: Qu'est-ce qui a fonctionné jusqu'à présent? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné du tout?	
Décrivez si/et quelles stratégies mises en œuvre avec le FM ou d'autres subventions ont donné de bons résultats dans le traitement des patients TB et TB multirésistante.	
Population / groupe / zone concernée pour la tuberculose et / ou la tuberculose multirésistante	Activité / stratégie de mise en œuvre
	Résultats préliminaires atteints
2. c) ACTIVITÉS POUR COMBLER LES LACUNES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ET DE LA TB MULTIRÉSISTANTE	
En considération de CHACUN des groupes de population susmentionnés, leur emplacement et leurs obstacles pour atteindre les résultats du traitement, ainsi que tenant compte des expériences réussies jusqu'à présent (le cas échéant), décrivez:	

Intervention proposée, Population ciblée et zone géographique d'intervention pour la tuberculose et la tuberculose multirésistante	Comment l'intervention abordera-t-elle les principaux obstacles décrits dans la section précédente 2.a)	Existe-t-il un système de rapportage pour analyser les données et documenter les résultats pour cette intervention?

Annexe 4 : Synthèse des conclusions tirées de l'évaluation de l'atelier

À la fin de chaque journée d'atelier, les participants ont complété un formulaire d'évaluation dans lequel ils ont fait part de leur appréciation concernant les séances du jour. Comme le montrent les figures ci-dessous, cette appréciation va de « très satisfaisant » à « très insatisfaisant ». Les participants ont également fait part de commentaires sur ce qu'ils avaient préféré et ce qu'ils avaient le moins aimé des séances du jour, et sur les éléments qui pourraient être ajoutés ou améliorés à l'avenir.

Globalement, les commentaires reçus étaient très encourageants. Ainsi, 17 participants ont jugé « très satisfaisantes » les séances portant sur « L'intensification du dépistage de la tuberculose grâce à l'engagement communautaire et à la décentralisation des services », et 10 participants ont estimé que la séance thématique sur les données de suivi et d'évaluation était « satisfaisante ». Seul un participant a jugé une séance « non satisfaisante » (celle de présentation d'affiches), et aucune séance ne s'est vu attribuer l'appréciation « très insatisfaisante » de la part des participants. Il est également important de souligner que le nombre de participants ayant complété le formulaire d'évaluation était variable selon la séance thématique et le jour de l'atelier, comme le montre le graphique ci-dessous. Les figures ci-dessous présentent également de façon synthétique les principales observations formulées par les participants au sujet de l'atelier.

Figure 6.1 : Évaluation du jour 1 par les participants

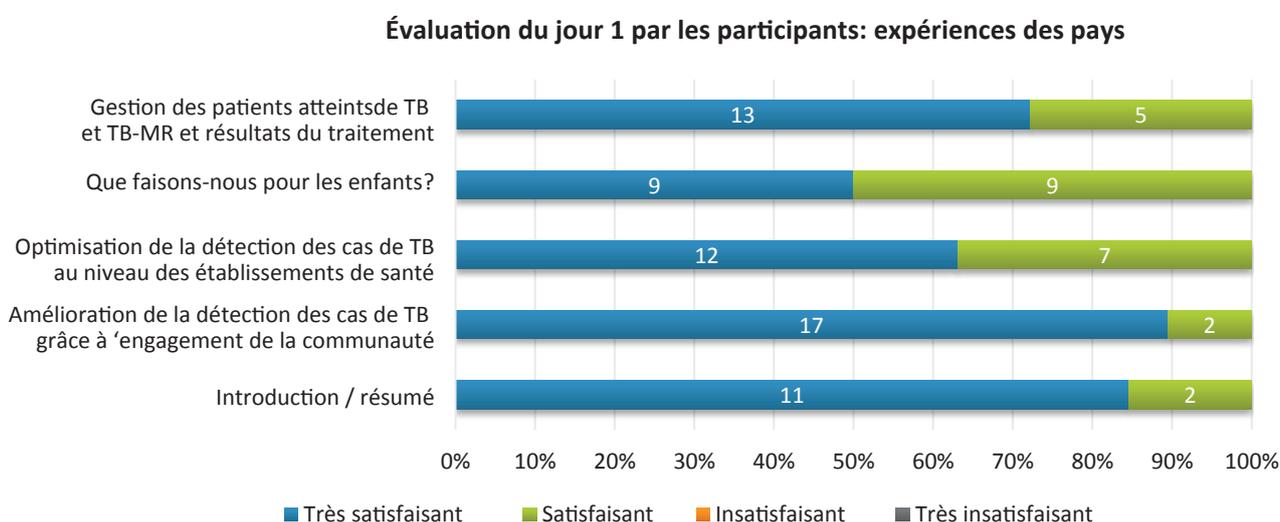


Figure 6.2 : Évaluation du jour 2 par les participants

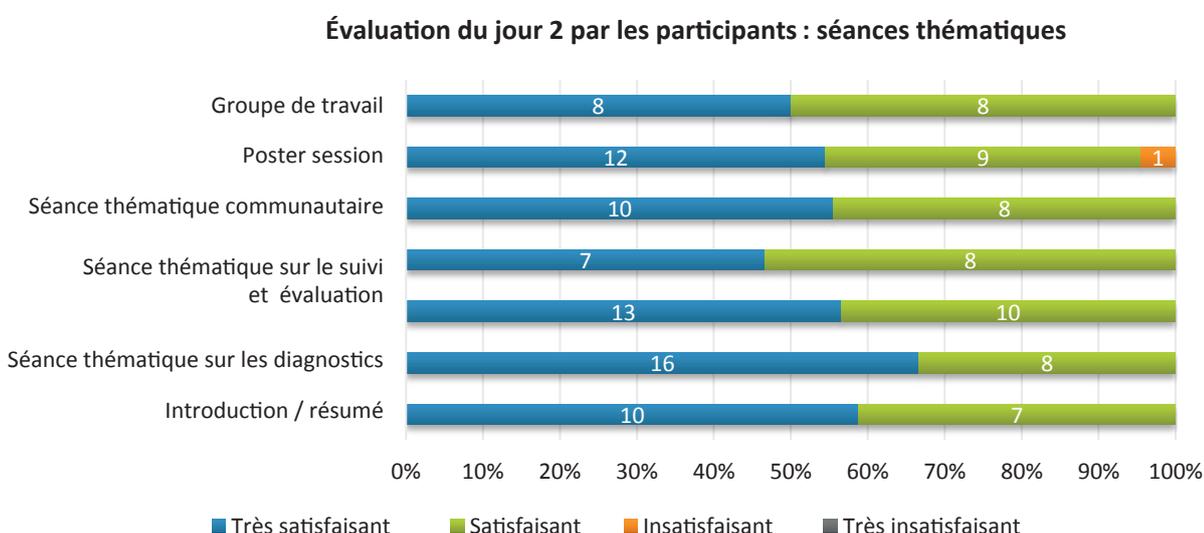
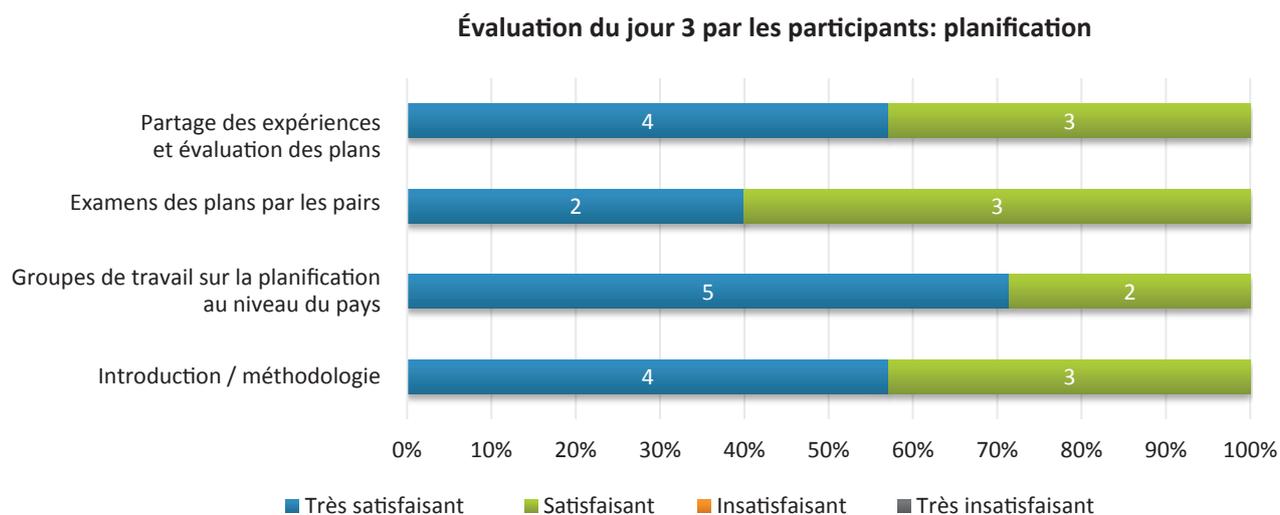


Figure 6.3: Évaluation du jour 3 par les participants



Remarque: le nombre de formulaires d'évaluation remis par les participants le troisième jour étant nettement inférieur par rapport aux premier et deuxième jours, le nombre de réponses analysées concernant le troisième jour est également inférieur.

Synthèse des principales observations formulées par les participants

Les éléments/aspects de l'atelier que les participants ont le plus appréciés étaient les suivants: diversité des séances de partage d'expériences et des discussions entre les pays, en particulier la séance du premier jour sur « L'intensification du dépistage de la tuberculose grâce à l'engagement communautaire et à la décentralisation des services »; séances thématiques sur le diagnostic de la tuberculose, le S&E/les données et séances de présentation d'affiches du deuxième jour; et synergie/collaboration entre les représentants des pays et les partenaires au cours de l'élaboration des plans nationaux le troisième jour.

Certains participants ont fait remarquer que le temps alloué à la plupart des séances, notamment la partie consacrée aux questions/réponses et aux échanges, était tout à fait insuffisant. Ils ont vivement recommandé d'allouer, à l'avenir, davantage de temps à ces séances et à l'ensemble de l'atelier, afin de permettre à chacun de tirer pleinement parti de l'expérience d'apprentissage.

**The Global Fund to Fight
AIDS, Tuberculosis and Malaria**

Global Health Campus
Chemin du Pommier 40
1218 Grand-Saconnex
Geneva, Switzerland

T +41 58 791 1700

theglobalfund.org

 [theglobalfund](https://www.facebook.com/theglobalfund)
 [@GlobalFund](https://twitter.com/GlobalFund)
 [theglobalfund](https://www.youtube.com/theglobalfund)

October 2018