

METTRE FIN À LA TUBERCULOSE D'ICI 2030



CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA "STRATÉGIE DE L'OMS POUR METTRE FIN A LA TUBERCULOSE" DANS LA RÉGION AFRICAINE AU COURS DE LA PÉRIODE 2016 - 2020



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA “STRATÉGIE DE L’OMS POUR METTRE FIN A LA TUBERCULOSE” DANS LA RÉGION AFRICAINE AU COURS DE LA PÉRIODE 2016 - 2020

© Bureau régional de l’Organisation mondiale de la Santé pour l’Afrique, 2017

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

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l’œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l’œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l’utilisation qui sera faite de l’œuvre, quelle qu’elle soit, il ne devra pas être suggéré que l’OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers.

L’utilisation de l’emblème de l’OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d’ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n’a pas été établie par l’Organisation mondiale de la Santé (OMS). L’OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l’exactitude de la présente traduction. L’édition originale anglaise est l’édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l’Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Cadre pour la mise en œuvre de la “Stratégie de l’OMS pour mettre fin à la tuberculose” dans la Région africaine au cours de la période 2016 - 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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

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

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

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

Imprimé en Afrique du Sud

Abbréviations	v
Résumé d'orientation	vi
Introduction	1
Situation actuelle	2
Enjeux et défis	3
Vision, buts et objectifs	5
Cibles régionales : 2016 - 2020	6
Principes directeurs	7
Interventions et mesures prioritaires	9
Annexe 1 Aperçu de la « Stratégie de l'oms pour mettre fin à la tuberculose »	15
Annexe 2 Indicateurs opérationnels et cibles pour 2020 au titre du suivi de la mise en œuvre de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose »	19



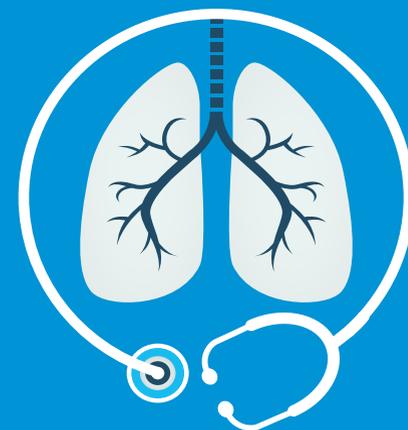
SYMPTÔMES



DIAGNOSTIC



TRAITEMENT



BCG	Bacille Calmette-Guérin
CSU	Couverture sanitaire universelle
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
TAR	Traitement antirétroviral ou thérapie antirétrovirale
UA	Union africaine
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

La lutte contre la tuberculose dans la Région africaine a évolué depuis 1993, lorsque l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que cette maladie constituait une urgence mondiale de santé publique. Les États Membres ont adopté et mis en œuvre les stratégies et résolutions pertinentes successives adoptées à l'échelle mondiale et régionale, avec des impacts positifs perceptibles sur l'incidence, la prévalence et la mortalité tuberculeuses, malgré des variations d'un pays à l'autre. À la fin de 2015, la Région dans son ensemble a atteint la cible clé des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui consiste à maîtriser l'incidence de la tuberculose et à en inverser la tendance. Toutefois, seuls 35 des 47 États Membres de la Région africaine ont réussi à obtenir ce résultat.

En dépit des progrès actuels, la tuberculose reste un problème majeur de santé publique, eu égard à son incidence, à sa prévalence et à sa mortalité toujours élevées. Il convient dès lors d'adopter une approche multisectorielle, d'intégrer la santé dans toutes les politiques, et d'opérer un changement de paradigme du contrôle de la tuberculose vers l'élimination de cette épidémie. En outre, l'élimination de l'épidémie de tuberculose est sous-tendue par des facteurs décisifs comprenant une forte tutelle des pouvoirs publics, l'accès universel aux traitements, l'accès à toutes les populations vulnérables, la collaboration avec la société civile et les collectivités, ainsi que l'adoption de nouvelles technologies.

La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose vise, comme son nom l'indique, à mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose. Il s'agit de réduire la charge mondiale de tuberculose pour atteindre le niveau d'incidence que l'on

observe dans les pays industrialisés. La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose s'appuie sur la cible 3.3 des objectifs de développement durable des Nations Unies et élargit la portée des interventions menées dans le contexte de cette cible. La Stratégie mondiale comprend les trois piliers suivants : 1) Soins et la prévention intégrés, centrés sur le patient – ce pilier a pour but de garantir un accès précoce et universel au diagnostic et le traitement de toutes les formes de tuberculose ; 2) Politiques audacieuses et systèmes de soutien – les composantes de ce pilier sont le renforcement de la tutelle des pouvoirs publics, la collaboration avec les organisations de la société civile et le secteur privé, ainsi que la couverture sanitaire universelle, la protection sociale, la réduction de la pauvreté et les actions sur les déterminants sociaux de la tuberculose ; 3) Intensification de la recherche et de l'innovation – au titre de ce pilier, il s'agit d'accélérer la découverte, la mise au point et l'adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies. La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose comporte des indicateurs, des étapes et des cibles spécifiques à atteindre d'ici à 2020, d'ici à 2025, d'ici à 2030 et à l'horizon 2035.

Le présent cadre soutient l'adaptation et la mise en œuvre de la Stratégie mondiale dans les pays de la Région, en fonction de leurs contextes particuliers.

Le Comité régional a examiné et adopté le présent Cadre pour la mise en œuvre de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » dans la Région africaine au cours de la période 2016 - 2020.

Précédemment en baisse, l'incidence de la tuberculose a régulièrement augmenté après 1986, en raison de l'émergence du VIH, ce qui a poussé l'Organisation mondiale de la Santé à déclarer la tuberculose urgence mondiale¹ de santé publique en 1993. Les États Membres ont adopté la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS)² recommandée pour la lutte contre la tuberculose en 1995. En 2003, le cadre élargi de la stratégie DOTS intégrant la riposte à la co-infection tuberculose-VIH et à la tuberculose multirésistante a été lancé. Cette initiative a été suivie par le déploiement de la Stratégie Halte à la tuberculose en 2006³.

En mai 2014, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une stratégie pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015, dénommée *Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose*⁴ (annexe 1), qui vise à mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose d'ici à 2035. En 2015, les objectifs de développement

durable (ODD)⁵ des Nations Unies, en parfaite adéquation avec la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose, ont été adoptés dans le but de mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030. La mise en œuvre de la Stratégie Halte à la tuberculose permettra aux pays d'atteindre le but et les cibles définis. En novembre 2015, l'Union africaine a adopté une feuille de route, suivie par le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici à 2030.

La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose apporte une réponse globale et multisectorielle qui permet de surmonter les problèmes et autres contraintes et de mettre fin à l'épidémie dans le contexte des objectifs de développement durable des Nations Unies, qui doivent être atteints à l'horizon 2030. Ce cadre vise à fournir aux États Membres l'orientation politique et technique nécessaire pour adapter et mettre en œuvre la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose au cours de la période 2016 - 2020.

¹. Organisation mondiale de la Santé. Programme Halte à la tuberculose 1993 : la tuberculose déclarée urgence mondiale. Genève.

². Compendium des stratégies de lutte contre la tuberculose recommandées par l'OMS en 1995 et 2006.

³. Organisation mondiale de la Santé. Programme Halte à la tuberculose 2006 : la Stratégie Halte à la tuberculose. Genève.

⁴. Résolution A67/11 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Mai 2014, Genève, Suisse.

⁵. Résolution A/RES/70/1 adoptée par la 70^e session de l'Assemblée générale des Nations Unies le 25 septembre 2015. Points 15 et 116 de l'ordre du jour, intitulé « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ».

La Région africaine continue de supporter une part importante de la charge mondiale de tuberculose, soit 28 % des 9,6 millions de cas incidents de tuberculose survenus dans le monde en 2014. Entre 2000 et 2014, la mise en œuvre des stratégies DOTS et Halte à la tuberculose par les États Membres a permis de sauver environ 10,1 millions de vies dans la Région africaine. De 2000 à 2014, la Région a également enregistré une baisse de 37 % du taux de mortalité par tuberculose, lequel taux a diminué de 47 % chez les personnes vivant avec le VIH. Le taux de succès thérapeutique cible fixé à 85 % en 2015 dans la Stratégie Halte à la tuberculose a été atteint par 21 États Membres⁶, alors que la moyenne régionale s'établit à 79 %.

La Région africaine abrite 74 % de tous les patients tuberculeux VIH-positifs (1,2 million) notifiés dans le monde en 2014. Et ce, malgré un certain nombre d'avancées telles que la forte augmentation des interventions de collaboration contre la co-infection VIH/tuberculose qui ont été mises en œuvre en faveur de plus de 90 % des patients tuberculeux diagnostiqués positifs pour le VIH dans 24 pays ; la réalisation d'une couverture par la thérapie antirétrovirale de 77 % chez les patients tuberculeux co-infectés par le VIH ; l'administration du traitement préventif au cotrimoxazole à 89 % des patients ; et une baisse de 47 % de la mortalité chez les patients tuberculeux VIH-positifs de 2000 à 2014.

Selon les estimations de l'OMS, la Région africaine a enregistré entre 32 000 et 49 000 cas de tuberculose multirésistante en 2014⁷. Grâce à la prise en charge programmatique élargie de la tuberculose pharmacorésistante dans les pays, on a pu dépister 26 531 (soit 83 %) des 32 000 cas estimatifs de tuberculose multirésistante chez les patients tuberculeux notifiés en 2014. Soixante-huit pour cent des cas diagnostiqués ont été placés sous traitement, mais avec un taux de succès thérapeutique moyen, peu satisfaisant, de 55 % en 2012 (la dernière année pour laquelle des données sont disponibles). La tuberculose multirésistante continue donc de poser un problème de santé publique à cause des lacunes dans le dépistage et l'accès au traitement.

Le nombre de centres de microscopie de la tuberculose est passé de 10 469 en 2009 à 15 200 à la fin de 2014. Vingt-huit États Membres⁸ ont atteint le ratio de référence de l'OMS concernant la couverture des laboratoires de microscopie, fixé à un pour 100 000 habitants, tandis que 15 pays ont respecté la norme d'un laboratoire de culture pour cinq millions d'habitants⁹, et seulement 10 États Membres ont réussi à se doter d'un laboratoire de test de pharmacosensibilité pour cinq millions d'habitants¹⁰. L'OMS recommande d'abandonner la microscopie au profit des méthodes de diagnostic rapide. Il est encore plus difficile d'obtenir une couverture optimale en recourant au diagnostic rapide.

⁶. Algérie, Bénin, Burundi, Cabo Verde, Comores, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigéria, Rwanda, République démocratique du Congo, République islamique de Gambie, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie.

⁷. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde* 2015. Genève, 2015.

⁸. Botswana, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République islamique de Gambie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

⁹. Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Érythrée, Gabon, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Mauritanie, Namibie, Niger, République centrafricaine, République islamique de Gambie, Rwanda et Zambie.

¹⁰. Afrique du Sud, Botswana, Érythrée, Lesotho, Libéria, Mauritanie, Namibie, Niger et République centrafricaine et République islamique de Gambie.

Enjeux et défis

L'Afrique a déjà atteint la cible 6 des OMD qui consistait, avant 2015, à avoir maîtrisé l'incidence de la tuberculose et commencé à inverser son évolution. Toutefois, les cibles mondiales fixées pour 2015 en matière de mortalité et de prévalence, soit une réduction de 50 %, n'ont pas été atteintes dans la Région africaine. Ce résultat traduit en partie l'inadéquation de la mise en œuvre des stratégies recommandées par l'OMS, conjuguée entre autres à la fragilité des systèmes de santé.

En dépit des résultats remarquables enregistrés dans la Région, les nouvelles avancées vers l'arrêt de l'épidémie et à terme vers l'éradication de la tuberculose restent lentes. Seulement 36 pays¹¹ sur 47 ont réalisé la cible des OMD consistant à maîtriser l'incidence de la tuberculose et à en inverser l'évolution. L'atteinte des cibles a été entravée par l'accès limité aux services de santé, l'inadéquation des infrastructures sanitaires, la mauvaise qualité des soins, l'insuffisance de ressources humaines et financières pour la santé et l'inadéquation de la protection sociale. Aucune action appropriée n'a été prise sur les déterminants sociaux profonds de la tuberculose.

L'association entre la pauvreté, la sous-nutrition, le VIH, le diabète et la tuberculose et la concentration de la maladie chez les populations vulnérables ont constitué les principaux obstacles aux efforts de lutte. Ces principaux groupes de population touchés qui peuvent comprendre des mineurs, des migrants, des prisonniers, des fumeurs, des toxicomanes, des enfants et des personnes âgées, contribuent aux cas manquants de tuberculose, qui se chiffrent à 1,26 million d'individus en Afrique. De plus, en dépit de la mise en œuvre d'une politique de gratuité des soins de la tuberculose dans la majorité des pays de la Région, les patients tuberculeux et leurs familles continuent de supporter des coûts catastrophiques pour obtenir les soins de la tuberculose. Toutefois, l'ampleur de la situation doit encore être documentée par des données supplémentaires.

Seuls 35 (83 %) des 42 États Membres qui disposent de laboratoires nationaux de référence pour la tuberculose sont reliés à un laboratoire supranational de référence, et 60 % seulement sont dotés de systèmes de gestion de la qualité. Onze pays manquent de capacités de laboratoire pour diagnostiquer la tuberculose multirésistante¹², tandis que 15 seulement sont dotés d'une capacité nationale de laboratoire leur permettant de confirmer le diagnostic de la tuberculose ultrarésistante¹³.

¹¹ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République islamique de Gambie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.

¹² Cabo Verde, Comores, Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud et Tchad.

¹³ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Éthiopie, Madagascar, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.



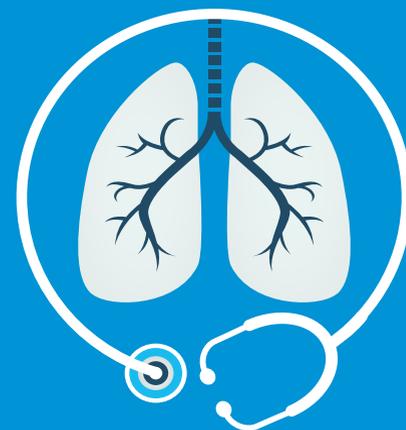
SYMPTÔMES

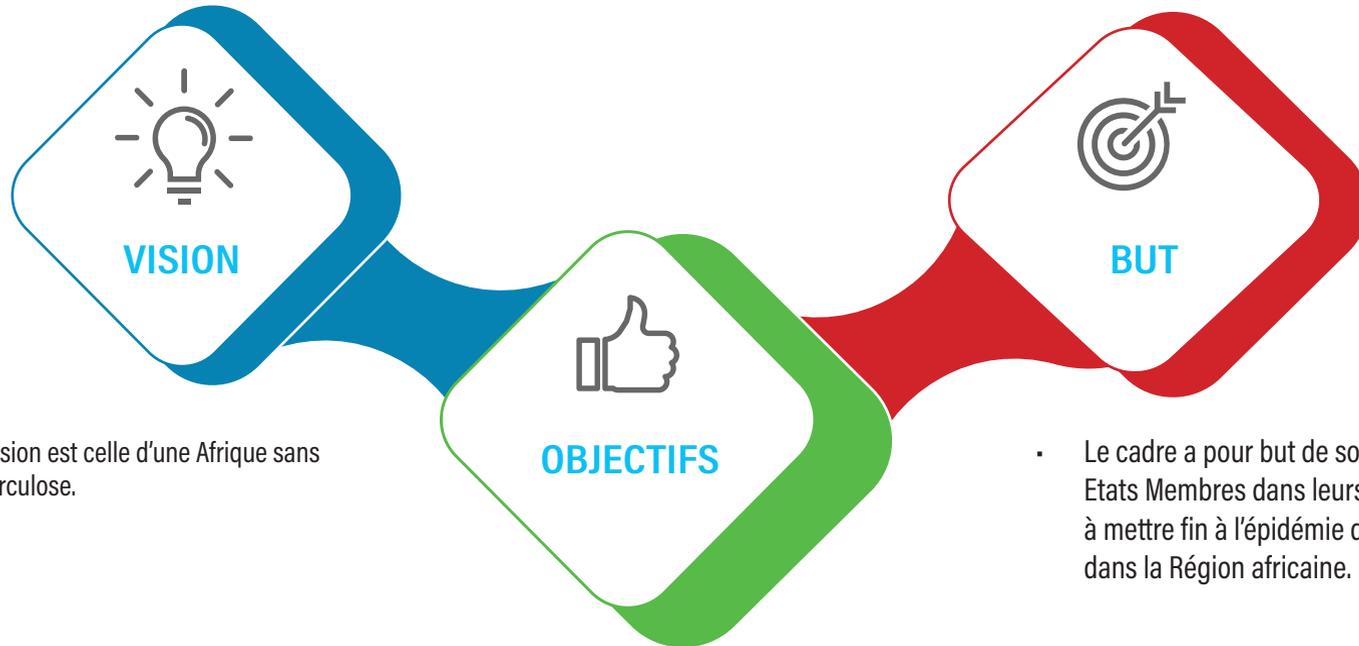


DIAGNOSTIC



TRAITEMENT

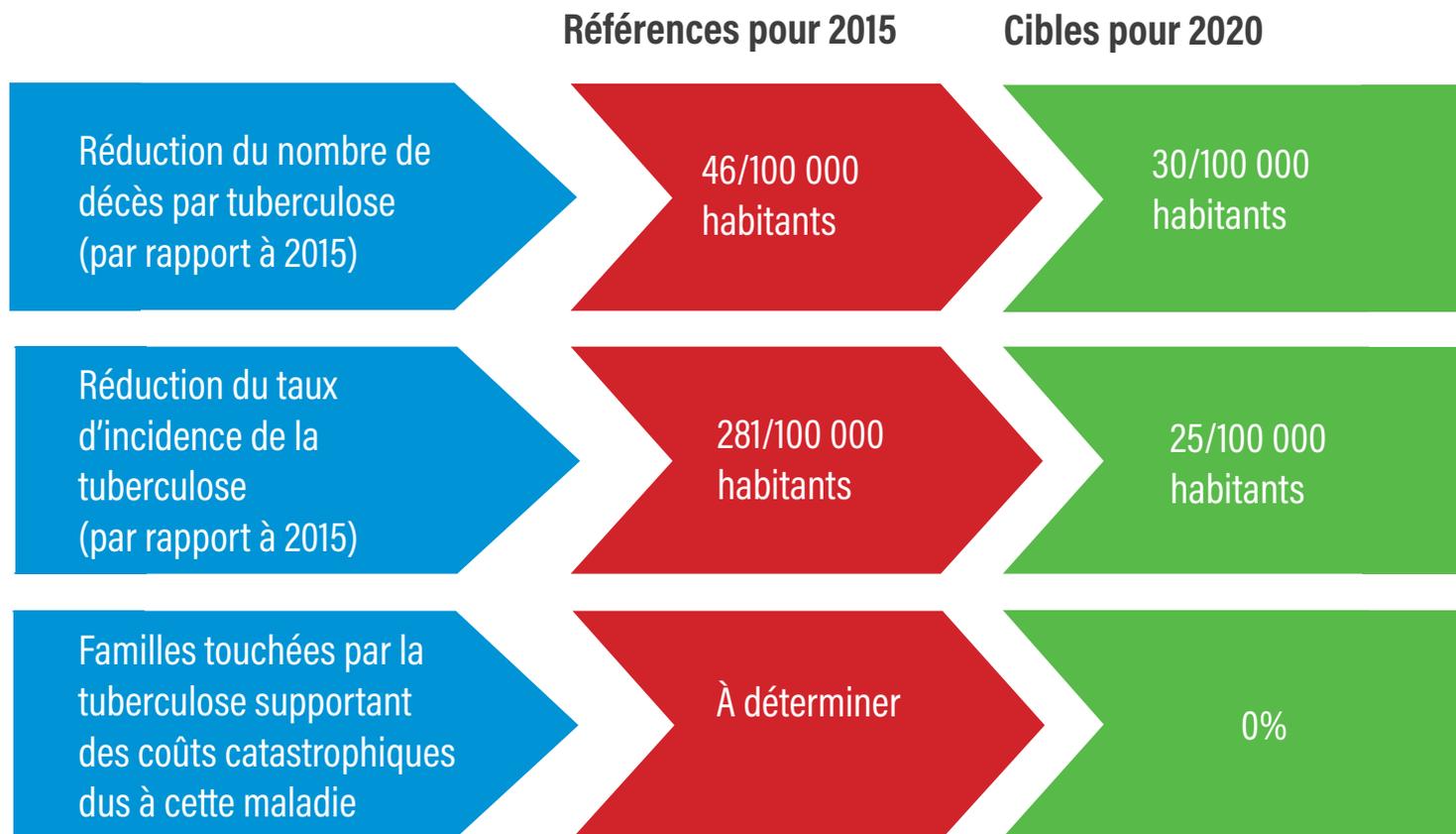




- La vision est celle d'une Afrique sans tuberculose.

- Le cadre a pour but de soutenir les Etats Membres dans leurs efforts visant à mettre fin à l'épidémie de tuberculose dans la Région africaine.

- réduire de 35 % le nombre de décès par tuberculose (par rapport à 2015) ;
- réduire de 20 % le taux d'incidence de la tuberculose (par rapport à 2015) ;
- faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques dus à la tuberculose.



Les principes directeurs du cadre d'action sont :

1. **Tutelle des pouvoirs publics, justification de l'action menée, suivi et évaluation.** La mise en œuvre satisfaisante de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose dépendra de l'exécution efficace des principales responsabilités de tutelle par les pouvoirs publics, en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs. Cette action nécessite la définition de la vision et la détermination de l'orientation de la riposte nationale ; la collecte et l'utilisation des données pour améliorer la prise de décisions ; la définition des critères et des normes ; l'élaboration de directives et d'outils, ainsi que des cadres réglementaires nécessaires.
2. **Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés.** Une coordination efficace des soins et de la prévention de la tuberculose, le travail intersectoriel et la participation de la société civile et des communautés sont essentiels pour atteindre l'objectif d'élimination de la tuberculose. Cette action devrait être orientée par des soins et une prévention intégrés et centrés sur le patient. La stratégie prévoit la mobilisation des communautés touchées pour qu'elles aient le sentiment d'être parties prenantes des solutions proposées et d'y participer, et qu'elles accompagnent la mise en œuvre dans la durée. On doit donner aux communautés les moyens de participer plus activement à la planification et à la conception du programme, à la prestation et au suivi des services, au soutien des patients et des familles, tout comme au plaidoyer. La stratégie englobera la création d'une coalition nationale pour susciter une riposte nationale plus robuste.
3. **Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité.** Il s'agit pour les États Membres de s'assurer que leurs politiques et stratégies nationales respectives de riposte à la tuberculose, et que la prestation des soins et la prévention intègrent explicitement les questions relatives au genre, aux droits de l'homme, à l'éthique et à l'équité. Pendant la mise en œuvre, on doit veiller à ce que les lois appropriées soient promulguées et communiquées à tous les acteurs.

4. **Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, doublée d'une collaboration mondiale.** Il s'agit de reconnaître la diversité et les spécificités des pays dont il faut tenir compte au moment de la conception et de la mise en œuvre de la Stratégie Halte à la tuberculose, y compris le classement par ordre de priorité des interventions en fonction des contextes, des capacités et des besoins locaux. Ce principe met en relief la nécessité de posséder une parfaite connaissance de l'épidémiologie de la maladie dans le pays. Il montre également que l'on doit comprendre le contexte socioéconomique dans lequel évoluent les populations vulnérables, et réaliser une évaluation complète des systèmes de santé pour que l'adaptation nationale de la stratégie soit étayée par des informations précises. La collaboration des partenaires dans toute la Région et à travers le monde permettra d'améliorer l'adaptation et la mise en œuvre.

Interventions et mesures prioritaires

En vue de mettre fin à l'épidémie de tuberculose dans le contexte de la Stratégie Halte à la tuberculose, il faut encore élargir la portée et le champ d'action des interventions de soins et de prévention de cette maladie. Les systèmes et les politiques doivent être renforcés pour créer un environnement propice et en assurer la coordination. Il faut poursuivre énergiquement la recherche et l'innovation afin d'encourager l'élaboration et l'utilisation de nouveaux outils pour les soins et la prévention de la tuberculose. Cette action exige des efforts combinés et une étroite coordination et collaboration entre les ministères nationaux de la Santé et les nombreuses parties prenantes au sein et hors du gouvernement. Des indicateurs de suivi appropriés sont présentés à l'annexe 2.

Les interventions et activités prioritaires pour atteindre le but, la vision, les objectifs et cibles globaux de l'élimination de la tuberculose sont présentés dans le cadre des trois piliers décrits ci-après.

PREMIER PILIER : SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT

1. **Élargissement de l'accès au diagnostic, au traitement et aux soins intégrés, centrés sur le patient.** L'approche stratégique fondamentale consiste à éliminer les entraves à l'accès aux soins et à fournir des traitements efficaces en temps voulu aux populations mal desservies et vulnérables. Cette approche vise entre autres à faciliter l'accès aux nouveaux médicaments antituberculeux de qualité garantie et à élargir

les services. Il s'agit aussi de promouvoir l'utilisation de technologies de l'information et de la communication novatrices à des fins sanitaires (cybersanté et santé mobile). Il importe par ailleurs d'encourager la prise en charge programmatique de l'infection tuberculeuse latente au sein des groupes à haut risque. De plus, les contacts des cas contacts seront ciblés en vue d'un dépistage ponctuel et systématique et d'un diagnostic précoce.

2. **Des approches novatrices, multisectorielles et intégrées seront nécessaires pour que l'on puisse poser des diagnostics de qualité garantie.** La Stratégie Halte à la tuberculose, qui repose sur la stratégie DOTS, a jeté les bases de la lutte contre la tuberculose pharmacorésistante et la comorbidité tuberculose-VIH, tout en encourageant la recherche pour élaborer de nouveaux outils. La lutte contre la tuberculose multirésistante passe par la prévention, grâce à un traitement antituberculeux de qualité, afin de prévenir l'émergence de souches résistantes, de faciliter l'extension du diagnostic rapide et des tests de résistance, ainsi que l'accès universel à des tests de pharmacosensibilité de qualité, sans oublier la lutte contre les infections.
3. **Intensification des activités de collaboration tuberculose-VIH, et prise en charge des comorbidités.** Le renforcement de la programmation conjointe de la lutte contre la tuberculose et le VIH reste essentiel pour optimiser l'utilisation des ressources et obtenir un impact plus fort. Il convient de promouvoir le modèle de services de soins intégrés

tuberculose-VIH sous forme de « guichet unique » garantissant l'accès universel aux activités de collaboration tuberculose-VIH. Ces activités englobent le test de dépistage du VIH et le conseil pour tous les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux ; le dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ; la thérapie antirétrovirale et les thérapies préventives. En outre, il importe de renforcer le traitement prophylactique de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et la prise en charge efficace des comorbidités telles que le diabète, l'hépatite, la silicose et d'autres pathologies. Il faut généraliser l'application des mesures de lutte contre les infections tuberculeuses dans les établissements de soins de santé offrant des services aux personnes vivant avec le VIH.

4. **Lutte contre la tuberculose pharmacorésistante.** Cette activité vise à garantir que les pays disposent de la capacité à diagnostiquer la tuberculose pharmacorésistante, en particulier dans le cadre des tests de diagnostic rapide approuvés par l'OMS. L'intervention englobe l'accès universel au test de pharmacosensibilité aux médicaments de première intention, et l'accès au test de pharmacosensibilité aux médicaments de deuxième intention afin d'exclure l'option de la tuberculose ultrarésistante. Il faudrait assurer un traitement efficace de tous les cas confirmés de tuberculose pharmacorésistante en veillant à un approvisionnement continu de médicaments de deuxième intention de qualité. On encouragera le recours à des modèles de soins adaptés au patient et au contexte, y compris la décentralisation et les soins ambulatoires des patients atteints

de tuberculose pharmacorésistante. En outre, on facilitera l'accès aux nouveaux médicaments plus sûrs et plus efficaces approuvés par l'OMS, ainsi qu'aux schémas thérapeutiques de courte durée à mesure que ceux-ci deviendront disponibles. Il faudra également mettre en place des mécanismes de soins palliatifs pour le traitement des patients atteints de tuberculose multirésistante et ultrarésistante qui en ont besoin.

5. **Lutte contre la tuberculose chez l'enfant.** Conformément au cadre régional de lutte contre la tuberculose chez l'enfant, la priorité doit être donnée à la détection et au traitement précoce et des efforts doivent être déployés pour atteindre les enfants contacts de patients adultes. L'adoption d'une approche familiale intégrée des soins antituberculeux permettra d'éliminer les obstacles à l'accès, de réduire les délais de diagnostic et d'améliorer l'observance du traitement. Une telle approche englobe l'ouverture de l'accès au vaccin BCG, aux stratégies de prévention de la tuberculose, à des outils de diagnostic sensibles et à une formulation d'antituberculeux adaptée aux enfants. L'infection tuberculeuse latente chez les enfants doit être traitée conformément aux lignes directrices pertinentes de l'OMS. Le traitement de l'infection tuberculeuse latente chez les enfants constitue la principale intervention disponible pour prévenir le développement de la tuberculose active chez les sujets déjà infectés par *Mycobacterium tuberculosis*. Il convient d'intégrer le traitement de la tuberculose chez l'enfant dans les diverses plateformes des services de santé de la mère et de l'enfant.

Interventions et mesures prioritaires

6. **Lutte contre la tuberculose chez les populations vulnérables.** Un appui doit être fourni aux États Membres afin de leur permettre de cartographier les groupes à haut risque de contracter la tuberculose, tels que les personnes vivant avec le VIH, les mineurs, les migrants, les réfugiés et les prisonniers, afin de déterminer leurs besoins en soins de santé. Des interventions ciblées comprenant le dépistage systématique de la tuberculose doivent cibler les populations à haut risque. Des stratégies doivent aussi être conçues pour faire face aux déterminants sociaux de la santé liés à la tuberculose, y compris des interventions contre la malnutrition et en vue de l'allègement de la pauvreté.
7. **Assurer aux personnes à haut risque un traitement préventif et la vaccination contre la tuberculose.** Il s'agit d'étendre le traitement préventif aux populations présentant un risque élevé de contracter la tuberculose, en particulier les enfants de moins de cinq ans en contact étroit avec des adultes atteints de tuberculose. Il convient de s'assurer que les recommandations de l'OMS concernant la vaccination par le BCG sont mises en œuvre dans le cadre des programmes de vaccination.

DEUXIÈME PILIER : POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN

8. **Renforcer la tutelle des pouvoirs publics.** Une forte tutelle des pouvoirs publics par l'intermédiaire des divers ministères de la Santé des États Membres s'avère primordiale pour une coordination efficace des efforts

déployés par toutes les parties prenantes en vue d'adapter, de mettre en œuvre et d'assurer le suivi de la stratégie nationale pour mettre fin à la tuberculose. L'OMS axera ses efforts sur le renforcement des capacités nationales et sur la collaboration sous-régionale et régionale, comme cela est indiqué dans la feuille de route de l'Union africaine. En outre, en collaboration avec des partenaires pertinents, l'OMS donnera l'orientation et apportera les outils nécessaires pour soutenir les États Membres dans leurs efforts visant une adaptation, une mise en œuvre et un suivi efficaces de la stratégie, ainsi que la mobilisation de ressources. L'OMS plaidera aussi en faveur d'un engagement politique continu étayé par un financement intérieur suffisant des initiatives nationales visant à « mettre fin à la tuberculose », par la collaboration intersectorielle et l'action sur les déterminants sociaux de la santé, y compris par l'allègement de la pauvreté.

9. **Renforcer les systèmes de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle.** Il s'agit de renforcer les politiques et les systèmes nationaux des secteurs sanitaire et social pour prévenir et éliminer la tuberculose, et de soutenir la convergence vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et la protection sociale. Par ailleurs, un appui sera apporté à l'élaboration de cadres réglementaires pertinents pour des services antituberculeux de qualité garantie, à la compilation des statistiques d'état civil et à la surveillance des maladies. Ceci présuppose le soutien à la mise en œuvre de politiques et d'activités efficaces de lutte contre l'infection tuberculeuse.

10. **Mobiliser les ressources.** Les États Membres doivent bénéficier d'un appui pour élaborer des plans stratégiques nationaux bien chiffrés de lutte contre la tuberculose, pour faciliter la mobilisation des ressources auprès de sources nationales et internationales et destinées à la mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose.
11. **Soutenir le renforcement des cadres réglementaires nationaux.** Un concours doit être apporté aux États Membres pour qu'ils puissent élaborer des stratégies appropriées visant à assurer la notification obligatoire des cas de tuberculose, la mise en place de cadres juridiques régissant la prévention transfrontalière de la tuberculose, les soins et la lutte dans le cadre d'une collaboration interministérielle et intersectorielle. En outre, on doit soutenir la réglementation concernant la production, l'assurance qualité et l'utilisation de produits diagnostiques et de médicaments antituberculeux.
12. **Forger une coalition solide avec la société civile et les communautés.** Il faut mettre en place des partenariats durables dans tous les services de santé et les secteurs sociaux et entre le secteur de la santé et les communautés, ce qui suppose notamment de promouvoir la cartographie et de nouer des relations avec les organisations non encore mobilisées. D'où la nécessité de renforcer les compétences de la société civile en vue de créer une demande de soins et d'agir sur les déterminants de l'épidémie de tuberculose ; de permettre à la société civile et aux communautés de participer davantage à l'élaboration, à la planification et à la mise en œuvre des politiques, ainsi qu'au suivi périodique de la réalisation des programmes.
13. **Faire participer le secteur privé.** Il s'agit d'accompagner les États Membres dans les efforts qu'ils font pour nouer des partenariats durables avec des prestataires non étatiques de soins de santé. L'OMS fournira un appui sous forme d'orientations et d'outils permettant à des prestataires privés de participer plus activement à la planification et à la conception des programmes, à la prestation et au suivi des services, à l'appui et à la sensibilisation des patients et des familles. L'appui englobera l'établissement d'accords de travail et de protocoles d'accord à l'effet de susciter une riposte plus énergique.
14. **Promouvoir une approche fondée sur les droits de l'homme.** Un appui doit être apporté aux États Membres pour leur permettre d'élaborer des politiques et des directives ou des lois pertinentes qui intègrent la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades présumés de la tuberculose, de leurs familles et de leurs contacts. De même, il convient d'insister sur la protection des personnes atteintes de tuberculose contre la stigmatisation et la discrimination, autant que sur la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte dans les services pénitentiaires et les autres centres de détention.
15. **Promouvoir la protection sociale et l'action sur la réduction de la pauvreté et les déterminants sociaux de la tuberculose.** Il importe d'étendre la couverture de la protection sociale aux besoins liés à la tuberculose, au-delà de la gratuité du diagnostic et du traitement. Il faut aussi lutter contre la pauvreté et les facteurs de risques connexes en adoptant l'approche de « la santé dans toutes les politiques ».

16. **Apporter un appui efficace aux patients.** Il faut mettre en place des mécanismes et des systèmes centrés sur les patients afin d'apporter à ceux qui en ont besoin un soutien social et psychologique, veiller à l'observance effective du traitement ambulatoire, y compris le suivi après le traitement et la réduction du fardeau social et économique de la maladie et des soins.
17. **Promouvoir la recherche.** Il conviendra de renforcer la tutelle nationale pour élaborer un programme national de recherche sur la tuberculose, portant sur les priorités nationales, le financement durable de la recherche sur la tuberculose, ainsi que la traduction des résultats de la recherche en politique. La recherche et l'innovation devront se poursuivre avec plus d'ardeur pour promouvoir l'élaboration et l'utilisation de nouveaux outils de diagnostic et de prévention de la tuberculose. De plus, il faudra renforcer la capacité nationale à mener des recherches pertinentes pour adopter rapidement de nouveaux outils, de nouvelles activités et stratégies, optimiser la mise en œuvre et promouvoir les innovations. Il importe aussi de mettre en place un réseau national cohérent ou une coalition de tous les acteurs intervenant dans la recherche afin d'établir les priorités et d'améliorer l'efficacité des actions pour concevoir et mettre en œuvre la recherche tout en assurant l'impact des résultats.
18. **Suivre les progrès vers l'atteinte des cibles.** L'OMS recommande que les pays utilisent les indicateurs opérationnels prioritaires ci-après : utilisation de nouveaux diagnostics et de nouveaux médicaments ; couverture du traitement ; taux de succès du traitement antituberculeux ; couverture du traitement préventif, et nombre de familles affectées par la tuberculose supportant des coûts catastrophiques. Un ensemble complet d'indicateurs est présenté à l'annexe 2.
19. Ce cadre propose des interventions stratégiques pour servir de boussole aux pays dans l'application de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose. Le Comité régional a examiné le Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie de l'OMS pour mettre un terme à la tuberculose et a adopté les mesures proposées.

TROISIÈME PILIER : INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



Annexe 1 Aperçu de la « Stratégie de l'oms pour mettre fin à la tuberculose »¹⁴

VISION



UN MONDE SANS TUBERCULOSE

– zéro décès, et plus de morbidité ni de souffrances dus à la tuberculose

BUT



METTRE UN TERME À L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE TUBERCULOSE

INDICATEURS

Pourcentage de réduction du nombre de décès dus à la tuberculose (par rapport à 2015)

Pourcentage et réduction en chiffres absolus du taux d'incidence de la tuberculose (par rapport à 2015)

Pourcentage de familles touchées supportant des coûts catastrophiques dus à la tuberculose

JALONS 2020

35 %

20 % (<85/100 000)

Zéro

JALONS 2025

75 %

50 % (<55/100 000)

Zéro

CIBLES 2025

90 %

80 % (<20/100 000)

Zéro

CIBLES 2030

95%

90% (<10/100 000)

Zéro

PILIER ET COMPOSANTES

SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT

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

Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes pharmacorésistantes, et soutien aux patients

Activités de collaboration contre la co-infection VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités

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

¹⁴. WHO_HTM_2015, Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose

INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES

POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN

Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention

Collaboration renforcée des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés

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

Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse

INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

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

Recherche en vue d'optimiser la mise en oeuvre et l'impact et de promouvoir l'innovation

¹⁴. WHO_HTM_2015, Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose

Annexe 1 Aperçu de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose »¹⁴

PRINCIPES DIRECTEURS

TUTELLE DES POUVOIRS PUBLICS, OBLIGATION
REDDITIONNELLE, SUIVI ET ÉVALUATION

SOLIDE COALITION AVEC LES
ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET
LES COMMUNAUTÉS



PROTECTION ET PROMOTION DES DROITS DE
L'HOMME, ÉTHIQUE ET ÉQUITÉ

ADAPTATION DE LA STRATÉGIE ET
DES CIBLES DANS LES PAYS, AVEC UNE
COLLABORATION MONDIALE

¹⁴. WHO_HTM_2015, Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose



INDICATEUR		NIVEAU CIBLE	PRINCIPALE JUSTIFICATION DE L'INCLUSION DANS LES DIX PREMIERS
1.	Couverture du traitement de la tuberculose Nombre de cas nouveaux et de rechutes notifiés et traités, divisé par le nombre estimatif de cas incidents de tuberculose au cours de la même année, exprimé en pourcentage	≥ 85%	Le traitement de haute qualité de la tuberculose est essentiel pour prévenir la souffrance et les décès imputables à cette maladie et éviter la contagion. Une large couverture de soins appropriés est une exigence fondamentale pour atteindre les principales étapes et les cibles de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Combinés, il est probable que ces deux indicateurs seront utilisés pour le suivi du progrès vers la couverture sanitaire universelle dans le cadre du Programme de développement durable pour l'après-2015
2.	Taux de succès du traitement de la tuberculose Pourcentage des patients tuberculeux notifiés traités avec succès. La cible couvre aussi bien la tuberculose sensible que la tuberculose pharmacorésistante, cependant les résultats doivent être présentés séparément	≥ 87%	
3.	Pourcentage des ménages affectés par la tuberculose qui font face à des coûts catastrophiques liés à cette maladie Nombre de personnes soignées pour la tuberculose (et leurs ménages) qui font face à des coûts catastrophiques (directs et indirects), divisé par le nombre total de personnes traitées pour la tuberculose	0%	Un des trois indicateurs de haut niveau de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose ; un marqueur clé de la protection contre le risque financier (un des deux éléments clés de la CSU) et de la protection sociale des ménages affectés par la tuberculose
4.	Pourcentage des patients tuberculeux nouvellement notifiés et dépistés à l'aide des tests rapides recommandés par l'OMS Nombre de patients tuberculeux nouvellement notifiés et diagnostiqués grâce aux tests rapides recommandés par l'OMS, divisé par le nombre total de patients tuberculeux nouvellement notifiés	≥70%	Un diagnostic précis est une composante fondamentale des soins de la tuberculose. Les tests rapides permettent un dépistage précoce et un traitement rapide

	INDICATEUR	NIVEAU CIBLE	PRINCIPALE JUSTIFICATION DE L'INCLUSION DANS LES DIX PREMIERS
5.	<p>Couverture du traitement de l'infection tuberculeuse latente Nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites à un programme de traitement du VIH et le nombre d'enfants contacts des cas ayant commencé le traitement de l'infection tuberculeuse latente, divisé par le nombre de cas justiciables du traitement, exprimé en pourcentage</p>	≥ 80%	Le traitement de l'infection tuberculeuse latente prévient le développement de la tuberculose active chez les sujets déjà infectés par <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
6.	<p>Couverture de l'enquête sur les contacts Nombre de contacts des personnes présentant des cas de tuberculose confirmés bactériologiquement qui ont été examinés pour dépister la tuberculose, divisé par le nombre de personnes justiciables du traitement, exprimé en pourcentage</p>	≥ 80%	La recherche des contacts est une composante clé de la prévention de la tuberculose, en particulier chez les enfants
7.	<p>Couverture du test de pharmacosensibilité pour les malades de la tuberculose Nombre de malades de la tuberculose ayant les résultats du test, divisé par le nombre de cas notifiés au cours de la même année, exprimé en pourcentage. La couverture du test englobe les résultats des tests de pharmacosensibilité phénotypique moléculaire (Xpert MTB/RIF par exemple) et conventionnels</p>	80%	Le test de pharmacosensibilité est essentiel pour fournir le traitement approprié à toute personne chez qui la tuberculose a été diagnostiquée

	INDICATEUR	NIVEAU CIBLE	PRINCIPALE JUSTIFICATION DE L'INCLUSION DANS LES DIX PREMIERS
8.	<p>Couverture du traitement, nouveaux médicaments contre la tuberculose</p> <p>Nombre de patients tuberculeux soignés au moyen de schémas thérapeutiques qui comprennent de nouveaux antituberculeux (approuvés après 2010), divisé par le nombre de patients notifiés justiciables du traitement avec les nouveaux médicaments atituberculeux, exprimé en pourcentage</p>	≥ 80%	Un indicateur pertinent pour suivre l'adoption des innovations dans tous les pays. NB. Les indicateurs liés à l'élaboration de nouveaux outils sont essentiels à l'échelle mondiale, mais ils ne sont pas appropriés pour suivre le progrès dans tous les pays
9.	<p>Enregistrement du statut sérologique des patients atteints de la tuberculose</p> <p>Nombre de cas nouveaux et de cas de rechute dont le statut sérologique est enregistré, divisé par le nombre de cas nouveaux et de cas de rechute notifiés au cours de la même année, exprimé en pourcentage</p>	90%	L'un des indicateurs mondiaux de base utilisé pour surveiller les activités de collaboration contre la co-infection VIH/tuberculose. L'enregistrement du statut sérologique est essentiel pour offrir les meilleurs soins aux patients tuberculeux et séropositifs, y compris la thérapie antirétrovirale
10.	<p>Taux de létalité</p> <p>Nombre de décès imputables à la tuberculose (tiré du système national des statistiques d'état civil), divisé par le nombre estimatif de cas incidents survenus au cours des mêmes années, exprimé en pourcentage</p>	≤6%	C'est un indicateur clé de suivi du progrès vers les étapes de 2020 et 2025. Un taux de létalité de 6 % est nécessaire pour marquer le tournant mondial de 2025 en matière de réduction des cas et des décès de tuberculose



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Afrique