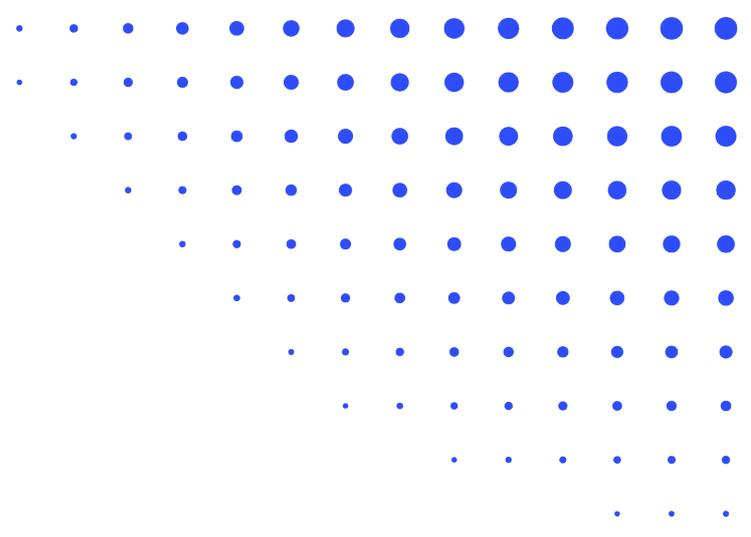
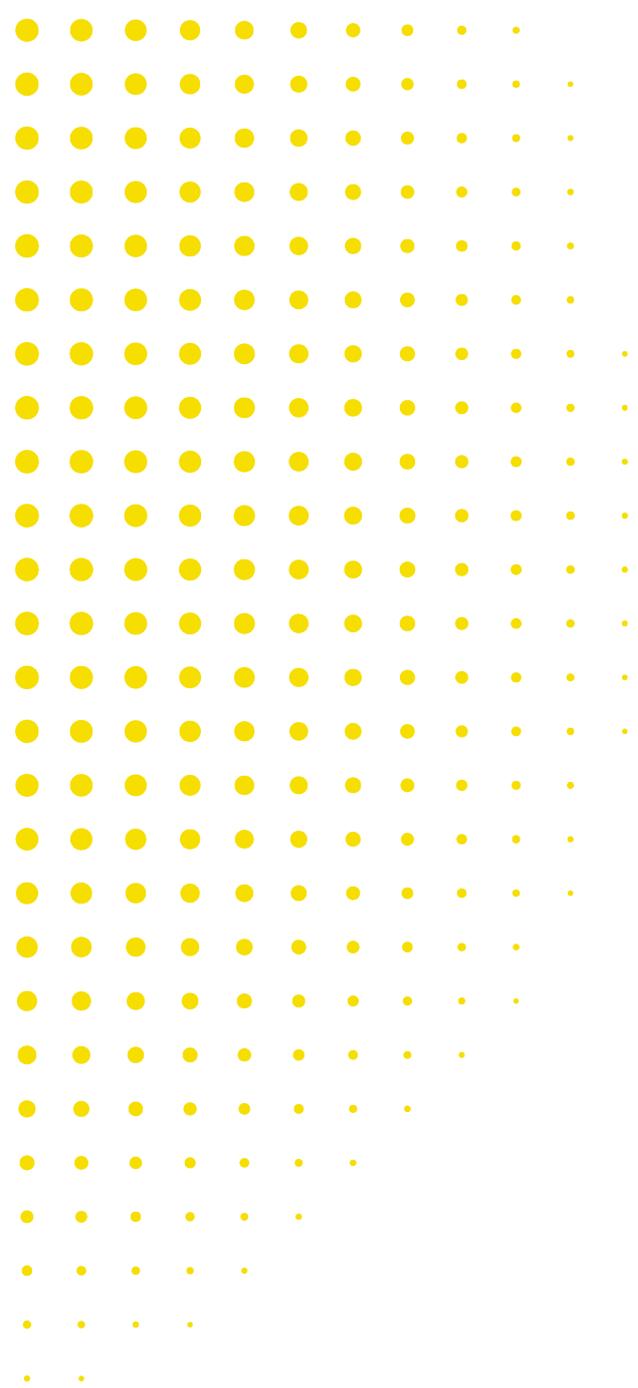




Fonds mondial / Vincent Becker

Mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose Innovation

NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2024



Sommaire

1. Nouveautés.....	3
2. Échange de connaissances et ressources d'apprentissage.....	4
3. Autres mises à jour	14
4. Témoignages.....	15

À propos de la mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose

La mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose est fournie par l'Équipe Tuberculose du Fonds mondial dans le but de présenter les meilleures pratiques, les enseignements tirés et les informations des pays soutenus par le Fonds mondial, partenaires et autres parties prenantes, ainsi que des mises à jour sur les nouveaux outils et les innovations qui arrivent sur le marché. Si vous souhaitez communiquer des informations, veuillez contacter TBQuarterlyUpdate@theglobalfund.org.



1. Nouveautés

Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose en 2024

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié récemment son Rapport mondial sur la tuberculose, qui met en lumière les dernières avancées obtenues dans la lutte contre la maladie. On y apprend que le nombre de décès imputables à la tuberculose chaque année continue de chuter, et qu'un nombre record de personnes atteintes de la tuberculose a été déclaré en 2023. On constate également des progrès dans le traitement de la tuberculose à travers le monde, avec notamment un élargissement de l'accès au traitement et une amélioration constante des résultats du traitement chez les personnes atteintes de tuberculose pharmacorésistante. Si on estime que 10,8 millions de personnes ont contracté la maladie en 2023, une augmentation par rapport aux 10,7 millions enregistrés en 2022, la hausse (due aux répercussions du COVID-19) s'est ralentie et commence à se stabiliser. Malgré des avancées considérables, la tuberculose reste l'une des dix principales causes de décès dans le monde. Les progrès réalisés en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose constituent des clés déterminantes pour combler les lacunes et traduire les engagements mondiaux en actions, mais des investissements beaucoup plus importants sont nécessaires. C'est ce qu'a rappelé Peter Sands, directeur exécutif du Fonds mondial, dans un communiqué sur le Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose : « Nous devons investir plus massivement dans la lutte contre la tuberculose. Avant tout, nous devons nous attaquer aux profondes inégalités sociales qui augmentent la vulnérabilité à la maladie et entravent l'accès aux soins. C'est le moyen le plus sûr de mettre fin à la tuberculose en tant que menace pour la santé publique. » Le Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose en 2024 peut être consulté [ici](#).

Assemblée générale des Nations Unies 2024

Du 23 au 27 septembre 2024, le Fonds mondial a participé à la 79^e session de l'Assemblée générale des Nations Unies à New York, aux côtés de chefs d'État, de responsables des politiques, de donateurs et de représentants des communautés affectées, d'organisations de la société civile et d'autres parties prenantes. À cette occasion, l'organisation a fait valoir son Rapport sur les résultats et le rôle qu'elle joue dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, parmi d'autres domaines prioritaires. Au cours de la Réunion de haut niveau sur la résistance aux antimicrobiens, Marijke Wijnroks, directrice de la Division de la Stratégie, de l'Investissement et de l'Impact du Fonds mondial, a rappelé que l'organisation est la principale source de financement extérieur pour la tuberculose pharmacorésistante, tout en soulignant les investissements qu'elle réalise dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens à travers le renforcement des systèmes de santé. Pour conclure l'évènement, les dirigeants mondiaux se sont engagés à prendre des mesures décisives contre la résistance aux antimicrobiens, notamment à réduire de 10 % d'ici à 2030 le nombre de décès liés à la résistance aux antibactériens, que l'on estime à 4,95 millions chaque année. La déclaration politique sur la résistance aux antimicrobiens peut être consultée [ici](#).

En coordination avec l'Agence des États-Unis pour le développement international, le ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être du Japon, le ministère de la Santé de l'Indonésie, le Département de la Santé des Philippines ainsi que le ministère de la Santé et de la Protection sociale de la population du Tadjikistan, le Partenariat Halte à la tuberculose a également organisé avec succès trois évènements en marge de l'Assemblée générale : une séance d'échanges pour sensibiliser à la nécessité de mettre au point et de distribuer un vaccin contre la tuberculose, un évènement parallèle sur l'avancée des actions contre la résistance aux antimicrobiens, et le lancement d'un nouveau rapport portant sur la nécessité d'améliorer la gouvernance des ripostes nationales à la tuberculose. De plus amples informations sont disponibles sur le [site Web du Partenariat Halte à la tuberculose](#).

2. Échange de connaissances et ressources d'apprentissage

Étude de cas : Déploiement programmatique du BPaL/BPaLM pour les patients atteints de tuberculose multirésistante en Sierra Leone

Contexte

Pays fortement touché par la tuberculose, la Sierra Leone enregistre environ 24 000 cas par an. La gestion programmatique de la tuberculose multirésistante y a été introduite en 2017 avec des schémas de traitement injectables. En 2020, le programme de lutte contre la tuberculose a modifié le protocole de traitement pour passer à des schémas thérapeutiques exclusivement oraux. La Sierra Leone a été le premier pays à adopter, à l'échelle nationale et sans aucune recherche opérationnelle, les schémas thérapeutiques associant bédaquiline, prêtomanide et linézolide (BPaL) ou bédaquiline, prêtomanide, linézolide et moxifloxacine (BPaLM) que l'on recommande depuis peu. Ce traitement de six mois a été introduit comme option de première intention pour tous les patients atteints de tuberculose multirésistante en 2022.

Mise en œuvre

En janvier 2023, le schéma BPaL/BPaLM était accessible dans les trois sites de traitement de la tuberculose pharmacorésistante que possède la Sierra Leone. L'intervention a commencé par une phase de préparation de deux mois menée avec le soutien technique de Médecins Sans Frontières (MSF) Hollande, durant laquelle plusieurs réunions ont été tenues avec les parties prenantes et les équipes cliniques spécialisées en tuberculose pharmacorésistante pour déterminer la faisabilité du projet. Par la suite, le programme de lutte contre la tuberculose a modifié ses directives nationales concernant la maladie afin d'y inclure des orientations spécifiques au BPaLM. Il a également créé des outils de mise en œuvre et passé en revue ses outils de suivi et d'évaluation. Le programme de lutte contre la tuberculose a aussi mis au point un outil de données de suivi et d'évaluation permettant d'effectuer une analyse individuelle des patients. Des experts internationaux de MSF et de Partners In Health ont aidé à former le personnel impliqué dans la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante dans les trois sites dédiés à la maladie. Ces formations abordaient notamment la pharmacovigilance.

Le seul médicament indisponible dans le cadre du schéma BPaL/BPaLM était le prêtomanide, initialement fourni par MSF Hollande, puis par le Fonds mondial par l'intermédiaire du

Zoom sur certaines des innovations introduites

- **Mise en œuvre rapide :**
Plutôt que de limiter la mise à l'essai du traitement à certains sites, le programme national de lutte contre la tuberculose l'a immédiatement déployé dans l'ensemble des sites. Cette approche a permis à une population plus large de bénéficier des avantages du nouveau traitement dans un délai plus court.
- **Prise en compte du contexte :**
Le programme de lutte contre la tuberculose a adapté le protocole aux spécificités du pays. Ces modifications ont notamment concerné les capacités du système de santé local, la participation des parties prenantes et les contraintes opérationnelles. En personnalisant son approche, le programme de lutte contre la tuberculose s'est assuré non seulement de l'efficacité du traitement, mais aussi de sa faisabilité et de sa pérennité au regard du contexte du pays. Cela a permis à l'ensemble des patients atteints de la tuberculose d'accéder de manière équitable au nouveau traitement, ce qui témoigne d'une approche inclusive ne négligeant aucune région ou population.
- **Génération de données probantes :**
Le déploiement du traitement dans tous les sites a permis de générer des données probantes opérationnelles supplémentaires sur l'efficacité des schémas thérapeutiques en dehors des environnements de recherche contrôlés. Ces données réelles pourront être exploitées afin de valider ou de perfectionner le traitement en vue d'une utilisation dans des contextes similaires à l'échelle mondiale.

Service pharmaceutique mondial. Les premiers patients ont commencé leur traitement BPaLM/BPaL en octobre 2022, avant un déploiement complet en janvier 2023.

Résultats

Depuis leur introduction, plus de 45 % des patients atteints de tuberculose multirésistante ont été pris en charge grâce aux schémas BPaL/BPaLM. Les résultats sont encourageants et montrent des taux de succès thérapeutique élevés, y compris pour les patients pris en charge tardivement, dont la maladie s'est largement propagée dans les poumons.

Tableau 1 : Résultats du déploiement du BPaL/BPaLM dans les sites de traitement

Source : Programme national de lutte contre la tuberculose

Caractéristiques	2022	2023	Janv.-juin 2024	Total	% (n = 128)*
Patients enregistrés	15	86	72	173	-
Traitement terminé	12	73	13	98	77 %
Patients perdus de vue	1	4	1	6	4,7 %
Échec du traitement	0	0	1	1	0,8
Décès	2	9	12	23	18 %
Patients sous traitement	0	0	45	45	-

* Ce chiffre correspond au nombre total de patients, à l'exclusion de ceux qui sont encore sous traitement.

Enseignements tirés et prochaines étapes

Au départ, les équipes cliniques ont montré une certaine hésitation, car le stade avancé de la maladie (déterminé par radiographie thoracique) n'était pas un critère d'exclusion de l'OMS pour les schémas BPaL/BPaLM, comme c'est le cas pour d'autres schémas de courte durée exclusivement oraux. En conséquence, l'équipe clinique a sélectionné les patients au cas par cas et les a surveillés étroitement afin d'identifier les personnes qui ne répondaient pas au traitement. Par ailleurs, la dose de bédaquiline administrée n'a pas été modifiée (200 mg trois fois par semaine, et non 100 mg par jour), car le personnel infirmier et l'équipe clinique y étaient déjà habitués.

Au laboratoire national de référence pour la tuberculose, le suivi des patients a été compliqué par l'absence de tubes indicateurs de croissance mycobactérienne, qui a entraîné de fréquentes perturbations dans les cultures en milieu liquide et solide. En outre, aucun test de pharmacosensibilité à la bédaquiline ou au linézolide n'était disponible localement. L'option alternative, qui consiste à envoyer les spécimens à l'étranger, est une solution onéreuse, et les transporteurs n'acceptent pas toujours de les prendre en charge. Le coût élevé du prétéomanide a eu des conséquences importantes sur le budget. Les achats relatifs à la première phase ont été réalisés grâce à un financement reprogrammé du Fonds mondial et inclus dans la subvention suivante. La prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante limitée à trois structures uniquement et le financement inadéquat de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose comptent parmi les autres difficultés qui restent à relever.

Les prochaines étapes consistent à :

- renforcer les structures des laboratoires afin de diagnostiquer au plus tôt les nouveaux schémas de résistance et suivre efficacement l'évolution du traitement ;

- investir dans les tubes indicateurs de croissance mycobactérienne et assurer la disponibilité de tous les tests de pharmacosensibilité de seconde intention dans l'ensemble du pays ;
- former un plus grand nombre de personnes, notamment des pharmaciens, des techniciens de laboratoires et du personnel infirmier supplémentaire ;
- assurer des formations de remise à niveau après la mise en œuvre ;
- renforcer l'accompagnement communautaire pour l'observance du traitement ;
- mettre en place un système de transport des échantillons vers les établissements disposant d'appareils GeneXpert et vers le laboratoire de référence ;
- établir des structures pour la mise à l'échelle d'un groupe de traitement entièrement ambulatoire ;
- inclure un ensemble de soins complets (soutien nutritionnel, accompagnement psychosocial, gestion des produits, etc.) dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose dans le pays.

Étude de cas : Repenser la prise en charge de la tuberculose en Ouganda et au Viet Nam à l'aide du processus innovant de conception centrée sur la personne

Contexte

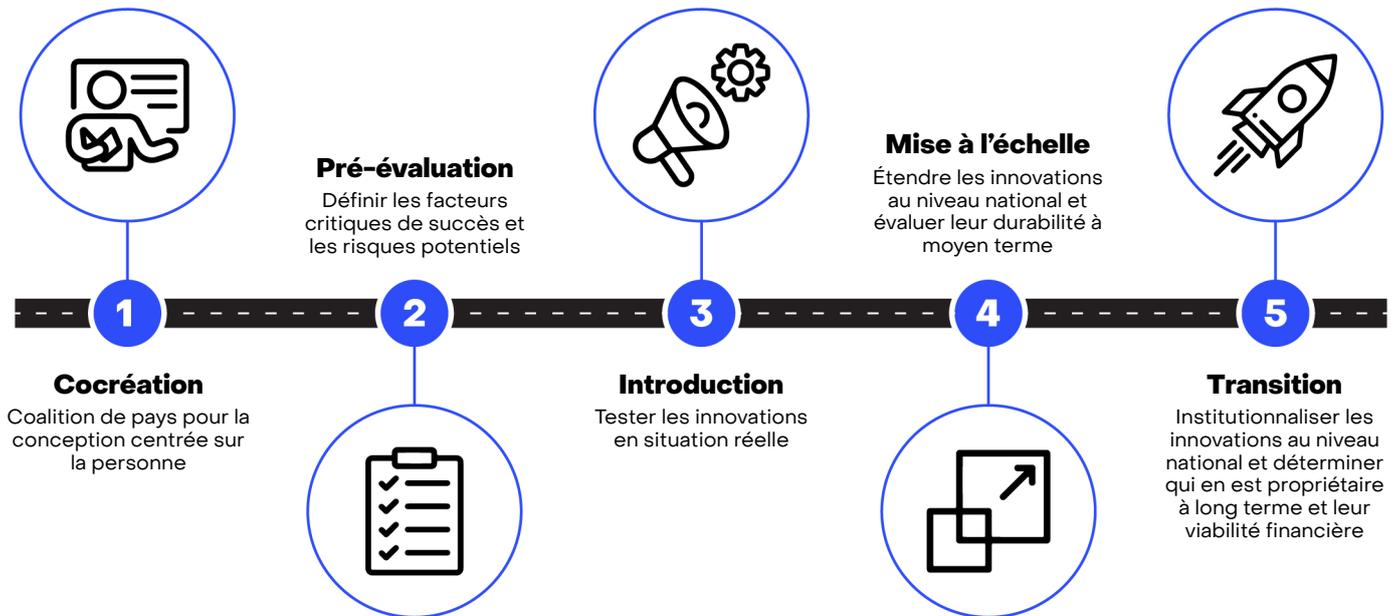
L'initiative Re-imagining TB Care a pour objectif de transformer les modalités d'accès et de fourniture des services de lutte contre la tuberculose (où, quand, comment) dans les pays touchés par la maladie. Pour concrétiser cette ambition, la première étape consiste à permettre aux pays de concevoir conjointement des innovations à travers des échanges actifs menés à un stade précoce auprès d'un large éventail de parties prenantes.

Le Partenariat Halte à la tuberculose, en collaboration avec ses parties prenantes et partenaires de Re-imagining TB Care, défend un processus de conception centrée sur la personne afin de réaliser des investissements susceptibles d'accroître de manière optimale l'introduction, la mise à l'échelle ou la transition d'une innovation. Il peut s'agir d'investir du temps, des efforts ou des financements, toujours de manière précoce et proactive, dès le début du déploiement d'une innovation. Cette approche est similaire à celle utilisée par de nombreuses entreprises reconnues du secteur privé qui ont recours à un processus de conception centrée sur l'humain pour mettre au point et produire des innovations, s'appuyant pour cela sur une méthodologie rigoureuse, mesurable et bien établie axée sur l'utilisateur.

Ainsi, afin d'assurer un processus itératif de conception centrée sur la personne, le Partenariat Halte à la tuberculose a encouragé un large éventail de parties prenantes à se réunir pour concevoir conjointement une intervention visant à relever les défis cruciaux de la prestation de services de lutte contre la tuberculose en Ouganda et au Viet Nam en 2023. Le processus de conception centrée sur la personne décrit ci-dessous constitue la première étape du cadre du parcours d'innovation établi par Re-imagining TB Care (voir la figure 1). Ce cadre permet de structurer un plan de mise à l'échelle des innovations en cinq étapes : la cocréation, l'évaluation, l'introduction, la mise à l'échelle et la transition.

Figure 1 : L'approche en cinq étapes de l'initiative Re-imagining TB Care pour la mise à l'échelle des innovations

Source : Partenariat Halte à la tuberculose



Mise en œuvre

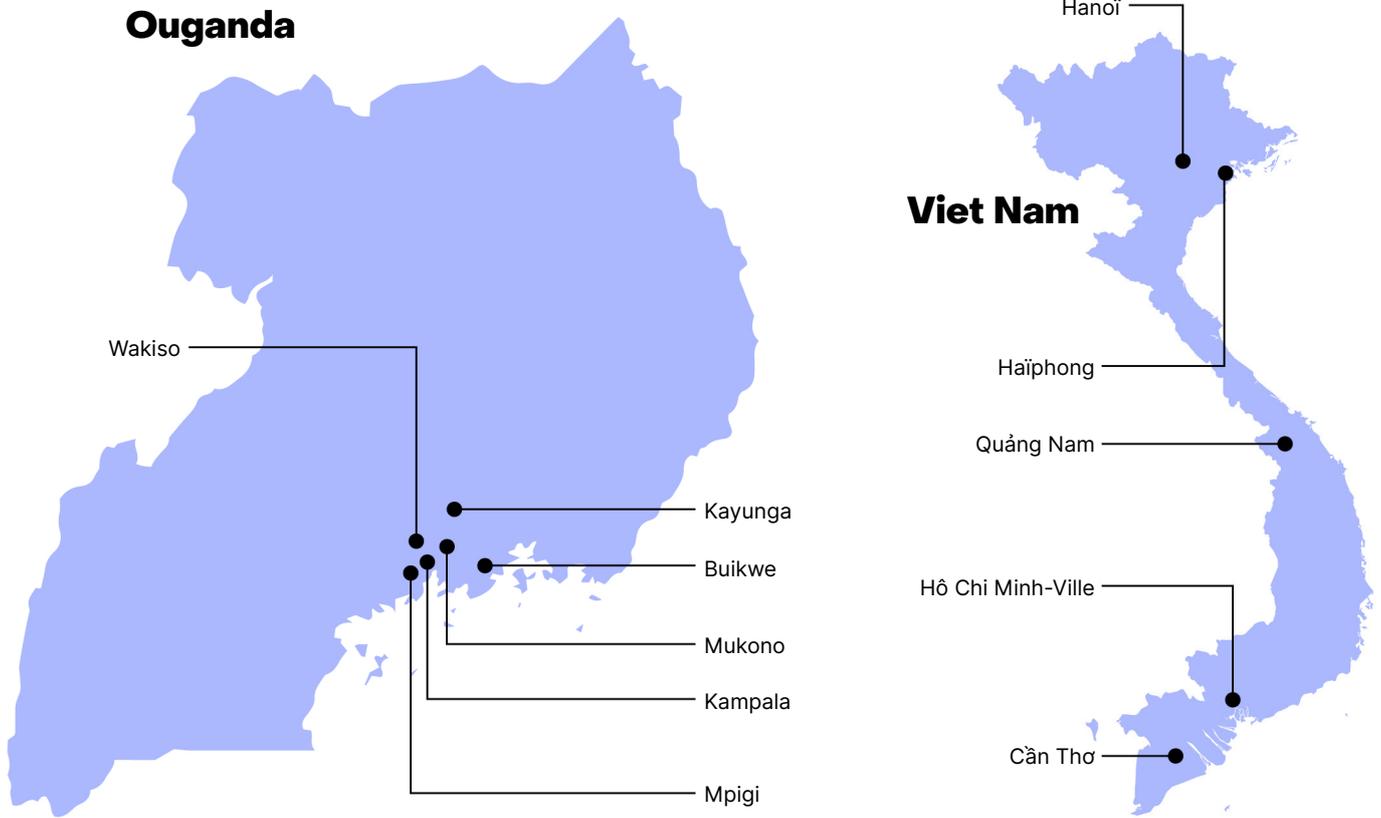
L'objectif consistait à former une coalition de parties prenantes (notamment constituée de personnes atteintes de la tuberculose, d'agentes et agents de santé et de responsables des politiques) afin de déterminer les problèmes à affronter et les innovations à introduire en vue de les résoudre. De mars à novembre 2023, le Partenariat Halte à la tuberculose a ainsi collaboré avec des partenaires locaux en Ouganda ([WALIMU](#)) et au Viet Nam ([FIT](#)) pour mettre en œuvre le processus de conception centrée sur la personne, épaulés par une coalition de parties prenantes qui a aidé à mener une évaluation, établir un ordre de priorité, pour finalement décider quelle innovation introduire. Les bénéficiaires

ciblés étaient notamment les personnes atteintes de la tuberculose et leur famille, les agentes et agents de santé communautaires, et le personnel du programme national de lutte contre la tuberculose.

Ce processus avait pour but de créer un groupe de direction de Re-imagining TB Care composé de représentants de différentes parties prenantes de la prise en charge de la tuberculose, et de travailler avec lui pour apporter une réflexion et filtrer les innovations afin de sélectionner celle qui sera mise en œuvre dans chaque pays. Cette approche part du principe que les idées conçues de manière collaborative et sélectionnées par tous les partenaires sont mieux adaptées, plus efficaces et plus évolutives.

Figure 2 : Lieux en Ouganda et au Viet Nam où se sont déroulés le processus de conception centrée sur la personne et les entretiens

Source : Partenariat Halte à la tuberculose



Le processus de conception centrée sur la personne a démarré par un premier atelier qui a permis d'en présenter le concept, de former le groupe de direction et de définir collectivement la manière dont les participants allaient hiérarchiser les innovations de produits. Il s'agissait notamment de classer les innovations parmi trois thèmes : opportunité, adéquation et impact potentiel. Le processus de conception centrée sur la personne s'est déroulé en cinq grandes étapes (voir la figure 3) :

- 1) Chaque partenaire local a mené environ 90 entretiens auprès de personnes atteintes de la tuberculose et de parties prenantes afin de mieux comprendre leurs besoins.
- 2) Les entretiens ont été résumés, traduits et synthétisés en 15 domaines d'amélioration répartis tout au long de la cascade de soins : prévention, recherche, diagnostic et traitement.
- 3) Au cours du premier des trois ateliers, les équipes de pays ont présenté les 15 domaines d'amélioration au groupe de direction. Tous ensemble, ils ont hiérarchisé

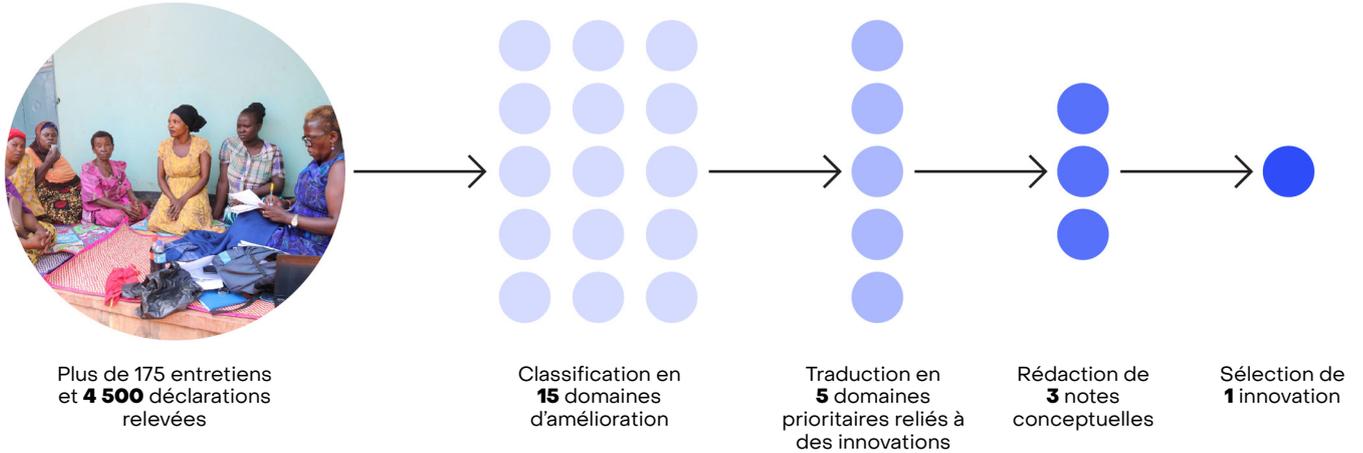
les cinq domaines jugés les plus critiques. Parmi les participants figuraient des personnes qui ont survécu à la tuberculose, des personnes atteintes de la tuberculose, des agentes et agents de santé, des représentants du ministère de la Santé, du personnel et des responsables du programme national de lutte contre la tuberculose, des organisations de la société civile et des organisations non gouvernementales.

- 4) Un scanner des innovations en matière de produits (InnoScan) a été conçu pour cartographier plus de 450 innovations et les comparer aux cinq domaines prioritaires retenus. Ces domaines d'amélioration ont été présentés lors du deuxième atelier, au cours duquel le groupe de direction a sélectionné trois paires domaine d'amélioration / innovation afin de les évaluer de manière plus approfondie et d'élaborer des plans de mise en œuvre provisoires.
- 5) L'équipe a rédigé des notes conceptuelles pour chacun des trois domaines et les a présentées lors du troisième atelier, qui a vu les participants sélectionner l'innovation finale qui devra être introduite.

Figure 3 : Processus de sélection à travers une suite d'ateliers et de votes pour déterminer l'innovation la plus prioritaire dans chaque pays

Source : Partenariat Halte à la tuberculose

De la détermination des problèmes à la rédaction de notes conceptuelles pour la solution



Scanner des innovations en matière de produits

Cadre d'établissement des priorités

Ateliers

RE IMAGINING TO CARE IN TUBERCULOSIS
Concept Notes for Service Delivery and Product Innovation Selection for Viet Nam



Un groupe de réflexion en pleine discussion au cours de la collecte de données sur les domaines d'amélioration des services de lutte contre la tuberculose en Ouganda, dans le cadre de la conception centrée sur la personne.



Une experte en conception centrée sur la personne de FIT s'entretient avec une prestataire de soins de santé à Càn Thơ, au Viet Nam, afin de comprendre comment améliorer la fourniture des services de soins.

Les trois ateliers portant sur des décisions critiques se sont tenus en personne, mais les équipes de pays ont aussi organisé plusieurs échanges, des réunions préalables aux ateliers et des discussions en ligne pour impliquer le groupe de direction tout au long du processus.

L'une des personnes ayant participé au processus au Viet Nam a déclaré :

« C'est la première fois que j'assiste à un projet permettant aux personnes atteintes de la tuberculose, aux agentes et agents de santé et aux responsables des politiques de collaborer de manière étroite. »

Il est important de souligner que le processus de conception centrée sur la personne a rassemblé un groupe diversifié de parties prenantes afin de sélectionner conjointement une approche innovante pour relever les défis les plus prioritaires auxquels sont confrontées les personnes atteintes de la tuberculose dans un contexte spécifique. Plutôt que de simplement donner leur avis sur un plan, les personnes atteintes de la tuberculose ont conçu l'intervention aux côtés des équipes du programme national de lutte contre la tuberculose, contribuant ainsi au processus au même degré que les autres participants. De nombreux projets sont sous la houlette de donateurs ou de gouvernements qui, bien qu'ils aspirent à relever des défis concrets, sont parfois déconnectés des besoins réels des individus. S'il est vrai que les initiatives du domaine de la santé mondiale se disent souvent « centrées sur la personne », cette approche spécifique a apporté de la rigueur et des mesures quantifiables qui ont permis de mettre en lumière la participation constante et dévouée de toutes les parties prenantes dans le processus de prise de décision.

Parallèlement, des ressources ont été développées afin que d'autres organisations puissent reproduire ce processus

(disponibles dans la [boîte à outils de la conception centrée sur la personne](#)). Bien qu'une seule des innovations prioritaires sélectionnées ait pu être financée, l'initiative a généré de nombreuses autres idées intéressantes que les pays proposent déjà à d'autres bailleurs de fonds, en invoquant le processus de conception centrée sur la personne pour démontrer l'existence d'un besoin. Le scanner [InnoScan](#) a également permis de découvrir de nouvelles innovations dont les pays n'avaient pas connaissance, dont plus de 90 provenant de pays fortement touchés par la tuberculose (comme l'Afrique du Sud, l'Inde, l'Ouganda et le Viet Nam).

Enfin, la cartographie de l'ensemble du parcours d'innovation en cinq étapes établie au préalable a également aidé les deux équipes de pays à planifier les données qu'elles devaient recueillir pour orienter les plans stratégiques nationaux, le financement nécessaire pour mettre à l'échelle et soutenir ces innovations, et les niveaux de participation / d'approbation dont elles auraient besoin, non seulement de la part du ministère de la Santé, mais aussi d'autres ministères connexes, comme celui des Finances ou de la Technologie / de l'Innovation. Souvent, les équipes restent concentrées sur la mise en œuvre sans investir dans un processus de conception centrée sur la personne ou dans un plan de déploiement. Cette planification préalable permet donc d'anticiper les difficultés et d'augmenter les chances de réussite de la mise à l'échelle.

Résultats

Voici l'innovation sélectionnée pour chaque pays :

Ouganda

En Ouganda, des **solutions numériques et basées sur l'intelligence artificielle vont être déployées afin de permettre aux agentes et agents de santé communautaires** de mener des actions intégrées de dépistage, de sensibilisation et de soutien. L'équipe intégrera des modules de prise en charge de la tuberculose dans des outils





existants (eCHIS, eCBSS, LabXpert) et permettra le partage des données entre chacune des applications. Elle étudiera également des outils d'assistance basés sur l'intelligence artificielle que pourront utiliser les agentes et agents de santé pour poser des questions et obtenir de l'aide et des conseils dans le cadre de leurs activités de sensibilisation.

Viet Nam

Au Viet Nam, des **outils numériques vont être développés pour combler les lacunes de financement laissées par le régime d'assurance-maladie sociale** et les systèmes d'assistance sociale du pays en fournissant une aide financière ponctuelle aux personnes atteintes de la tuberculose les plus vulnérables économiquement à travers un fonds national existant. L'équipe numérisera le processus d'identification des personnes économiquement vulnérables, avant de les inscrire auprès du fonds Patient Support to Fight TB (PASTB). Les paiements seront traités par l'intermédiaire de banques / portefeuilles traditionnels ou numériques.

Dans l'ensemble, les participants se sont sentis plus inclus et entendus, en particulier les personnes atteintes de la tuberculose, car l'innovation retenue dans chaque pays était celle qui représentait le mieux leurs besoins, et elles ont pu jouer un rôle actif dans sa sélection.

Pour reprendre les mots de l'une des personnes ayant participé au processus au Viet Nam :

« J'ai le sentiment que l'on m'encourage à m'exprimer. Mes expériences et mes opinions sont respectées, et je pense qu'on les apprécie à leur juste valeur. C'est très agréable et satisfaisant. »

Dans le même temps, les hauts responsables gouvernementaux ont aussi estimé que le processus avait amélioré leur capacité à élaborer des stratégies et à introduire des innovations.

La docteure Stavia Turyahabwe, alors commissaire adjointe du programme de lutte contre la tuberculose et la lèpre au ministère de la Santé de l'Ouganda, a déclaré :

« Il est essentiel de placer les personnes au cœur de la conception des interventions contre la tuberculose, et de toute autre intervention, pour s'assurer d'atteindre le but et l'objectif visés. »

Le professeur Nguyen Binh Hoa, vice-directeur de l'hôpital national de pneumologie au Viet Nam, a confié :

« C'est également la première fois que j'ai été directement impliqué dans un processus de sélection conjointe aussi constructif. Nous avons pu entendre les contributions de toutes les parties prenantes, y compris des personnes atteintes de la tuberculose, des prestataires de santé de tous les niveaux, du local au national, et chaque voix avait la même importance et le même poids. »

Enseignements tirés et prochaines étapes

Au départ, il n'a pas été facile pour tout le monde de comprendre le processus et les objectifs de la conception centrée sur la personne et de la sélection conjointe de l'innovation. Certaines personnes atteintes de la tuberculose étaient mal à l'aise à l'idée d'exprimer leur avis en présence de représentants du gouvernement et de docteurs. Afin d'établir un climat de confiance et de surmonter ces

difficultés, les membres du groupe de direction ont organisé des ateliers. Pour faciliter ces interactions, l'équipe de WALIMU, en Ouganda, a par exemple mis en place des petits groupes de discussion, ce qui a permis aux participants de confier leurs opinions et leurs remarques.

Les deux équipes ont appris à mieux planifier et structurer ces échanges, à expliquer les objectifs et les concepts des innovations à des publics non initiés, et à présenter efficacement les options et prendre des décisions sans que les groupes ne perdent de vue le but de la séance. En Ouganda comme au Viet Nam, chaque équipe a fortement recommandé de procéder à une planification préalable et d'assurer une participation constante avec le groupe de direction tout au long du processus, plutôt que d'attendre des moments stratégiques comme les ateliers ou les événements de diffusion.

Revenant sur l'ensemble du processus, le professeur vietnamien Nguyen Binh Hoa a déclaré :

« Nous soutenons cette approche. Selon moi, s'il s'agit de concevoir un programme, un projet ou une politique qui répond aux besoins et aux espoirs des gens, le temps et les efforts que l'on consacre à l'ensemble du processus en valent la peine. À titre personnel, je vais plaider pour que cette approche soit appliquée plus largement, en particulier dans le processus d'élaboration des politiques du Viet Nam. Je suis persuadé que grâce à l'approche de conception centrée sur la personne, associée aux efforts de la communauté dans son ensemble, nous pouvons collectivement apporter un changement positif à la prise en charge et au traitement de la tuberculose. »

Depuis la conclusion du processus de conception centrée sur la personne en 2023, les partenaires en Ouganda et au Viet Nam ont franchi la deuxième étape (évaluation) de leur stratégie de déploiement de l'innovation et entament désormais la troisième étape (introduction). Bien que les étapes du parcours d'innovation aient été présentées comme séquentielles, il n'est pas nécessaire d'attendre la fin de l'étape précédente pour lancer la suivante. Les activités appartenant à une étape peuvent se chevaucher (et c'est d'ailleurs souvent le cas) avec celles d'une autre étape ou se dérouler en parallèle, en fonction du contexte. En septembre 2024, les équipes avaient fini d'élaborer des plans de déploiement systématique et des études d'évaluation et commençaient la conception / l'intégration numériques du système, notamment en recueillant les premiers retours

des utilisateurs. Les premiers déploiements devraient être lancés à la fin de l'année 2024. La mise à l'échelle, l'analyse et l'intégration des résultats de l'étude aux plans stratégiques nationaux et aux discussions sont attendues pour 2025.

De plus amples informations sur le processus sont disponibles dans la [boîte à outils](#), dans les [études de cas](#) portant sur l'expérience et sur le [site Web de Re-imagining TB Care](#). L'initiative Re-imagining TB Care bénéficie du généreux soutien du Fonds mondial pour l'éradication des maladies de l'Agence coréenne de coopération internationale (KOICA) et de l'équipe mondiale de lutte contre la tuberculose des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies.

ÉTUDE DE CAS : Coût, rapport coût-efficacité et gains d'efficacité dans le cadre de l'introduction d'un traitement modifié de courte durée pour la tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine au Bélarus, en Géorgie, au Kazakhstan et en Moldova

Contexte

En Europe orientale et en Asie centrale, les mécanismes de financement encouragent historiquement l'hospitalisation des patients atteints de la tuberculose. Dans cette région, les taux élevés de tuberculose pharmacorésistante exacerbent pourtant les inconvénients propres aux soins hospitaliers, notamment le risque de transmission nosocomiale et les coûts de traitement plus élevés. Les directives de l'OMS recommandent désormais des schémas thérapeutiques innovants et simplifiés d'une durée de six et neuf mois pour la tuberculose pharmacorésistante. Au cours du cycle de subvention 6, le Fonds mondial a soutenu l'introduction de schémas thérapeutiques modifiés, plus courts et exclusivement par voie orale (mSTR)¹ dans les onze pays de la région Europe orientale et Asie centrale. Une analyse d'optimisation des ressources a été réalisée à partir de quatre études de cas nationales représentatives afin d'aider les responsables des politiques à déterminer si le mSTR offrait un bon rapport coût-efficacité comparé aux soins administrés traditionnellement pour la tuberculose pharmacorésistante.

Mise en œuvre

Les données ont été recueillies en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans quatre pays : le Bélarus, la Géorgie, le Kazakhstan et la Moldova.

¹ Ce schéma thérapeutique d'une durée de 39 semaines comprenait de la lévofloxacine, de la bédaquiline, du linézolide, de la clofazimine et de la cyclosérine. La cyclosérine a été remplacée par du délamanide pour les patients suspectés de résistance ou de réaction indésirable.

Les données sur les résultats des traitements et les coûts des fournisseurs ont été analysées à l'aide d'un modèle de Markov afin d'estimer les coûts moyens et le nombre d'années de vie pondérée par la qualité (QALY) gagnées grâce au mSTR par rapport au traitement standard. Les écarts en matière de coûts et de QALY gagnées entre le mSTR et le traitement standard ont été résumés sous la forme d'un coût additionnel moyen par QALY gagnée. L'incertitude relative aux résultats a été estimée en faisant varier les hypothèses clés et les paramètres du modèle.

Résultats

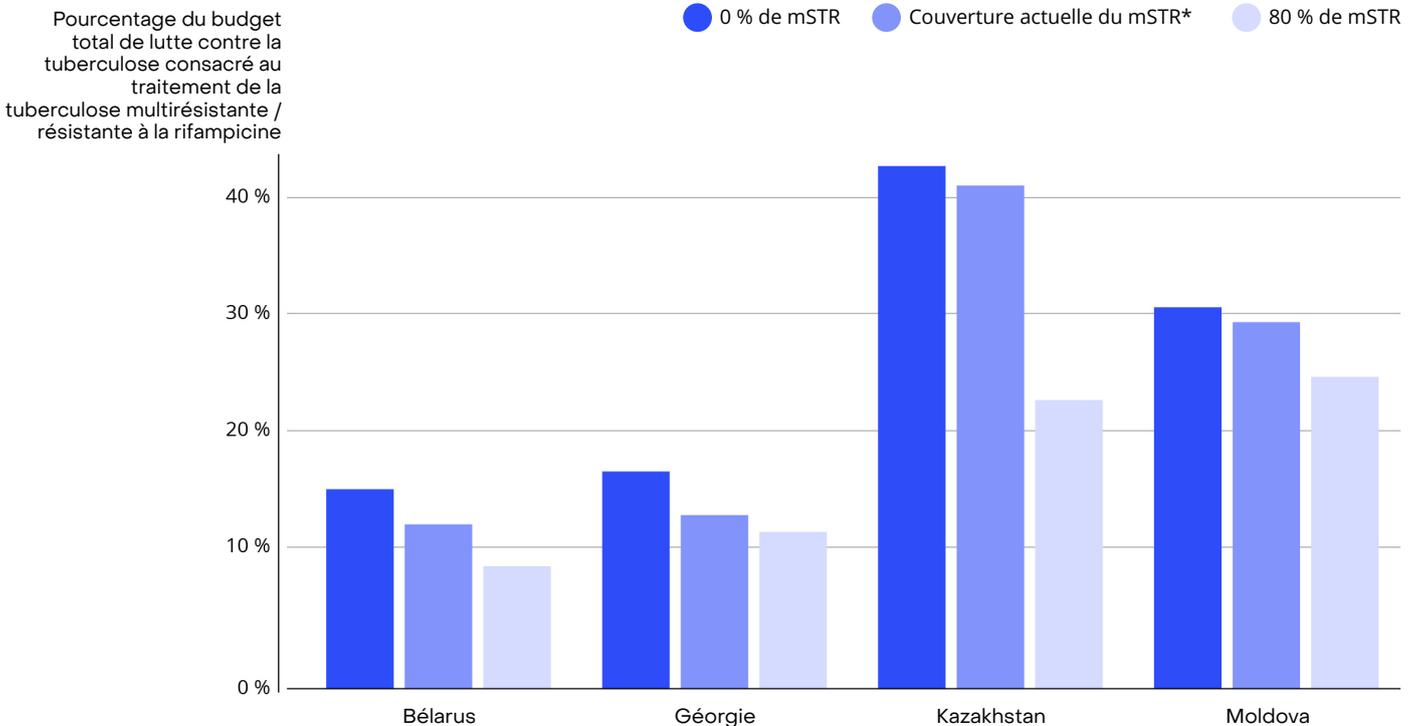
Les coûts d'hospitalisation représentent la plus grande part du coût total du traitement, tant dans le cas du mSTR que de la prise en charge standard, sauf en Géorgie. Le coût total du traitement par patient recevant un mSTR a été estimé à 7 682 \$US, 7 161 \$US, 5 711 \$US et 6 251 \$US respectivement au Bélarus, en Géorgie, au Kazakhstan et en Moldova. Ces chiffres sont de 23 % à 47 % inférieurs au coût total du traitement par patient dans le cadre d'une prise en charge standard dans le même contexte, tandis que le coût des médicaments pour le mSTR est inférieur de 39 % à 74 % à celui d'une prise en charge standard. Dans les quatre pays,

passer de la prise en charge standard au mSTR générerait des économies comprises entre 3 596 \$US et 8 174 \$US par patient, ainsi que des gains en santé supplémentaires allant de 0,56 à 2,69 QALY par patient dans les analyses des cas de référence. Le schéma thérapeutique mSTR est resté économique et a permis d'obtenir des gains en santé supérieurs à ceux de la prise en charge standard dans presque tous les scénarios. Ces résultats laissent entendre que le mSTR offre probablement un meilleur rapport coût-efficacité que la prise en charge standard dans les quatre pays, se traduisant par des coûts moins élevés et des gains en santé plus importants.

L'impact des schémas mSTR sur les dépenses totales liées à la lutte contre la tuberculose a également été étudié. Élargir l'administration du mSTR à un maximum de 80 % des patients atteints de tuberculose multirésistante / résistante à la rifampicine dans chaque pays pourrait entraîner des économies de 3 %, 1 %, 17 % et 4 % des budgets annuels totaux consacrés à la lutte contre la tuberculose au Bélarus, en Géorgie, au Kazakhstan et en Moldova, respectivement (voir la figure 4).

Figure 4 : Impact de la mise à l'échelle du mSTR sur les dépenses liées au traitement de la tuberculose multirésistante / résistante à la rifampicine

Source : OMS



* La couverture actuelle du mSTR est basée sur des estimations nationales (Biélorussie = 34 %, Géorgie = 57 %, Kazakhstan = 6 %, Moldova = 19 %). La mise à l'échelle du mSTR a été plafonnée à 80 % afin de refléter les critères d'éligibilité des patients, les 20 % de cas notifiés restants étant supposés recevoir une prise en charge standard. De la même manière, le scénario à 0 % de mSTR suppose une couverture à 100 % de la prise en charge standard. Les budgets totaux consacrés à la lutte contre la tuberculose pour chaque pays sont issus des estimations de l'OMS.

Enseignements tirés et prochaines étapes

- Cette étude a montré que le schéma mSTR pour le traitement de la tuberculose multirésistante / résistante à la rifampicine était à la fois plus efficace et moins coûteux que la prise en charge standard de référence (traitement pharmacologique d'une durée de 18 à 20 mois comprenant des médicaments des groupes A, B et C, y compris des produits injectables) au Bélarus, en Géorgie, au Kazakhstan et en Moldova. Les schémas de courte durée à base de bédaquiline peuvent être très efficaces, réduire les coûts et alléger le fardeau des patients. Ce type de schéma est susceptible d'être mieux accepté par les patients, car la durée nettement plus courte du traitement entraîne moins de perturbations dans leur vie.
- D'autres économies importantes à grande échelle ont été constatées dans les cas où l'observance du traitement mSTR est améliorée, en particulier dans les pays où la couverture du mSTR est la plus faible (comme au Kazakhstan et en Moldova).
- Bien qu'aucune analyse sociale n'ait été menée en raison de l'insuffisance des données, des traitements plus courts conduiraient vraisemblablement aussi à une réduction des coûts pour la société et à des bénéfices plus élevés, et ces résultats sous-estiment donc probablement le rapport coût-efficacité du schéma thérapeutique mSTR.
- La réduction de la durée totale du traitement est l'un des aspects qui participent à l'amélioration de l'acceptabilité du traitement et des soins centrés sur le patient. Cependant, les longues périodes d'hospitalisation initiale ont également un impact négatif sur les patients et restent un facteur de coût important en Europe orientale et Asie centrale.
- Idéalement, les économies réalisées grâce à la mise en œuvre du mSTR devraient être conservées et utilisées par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose pour accroître l'accès aux services de lutte contre la maladie, améliorer la qualité des soins ou réduire les coûts supportés par les patients. Cette approche pourrait aider à poursuivre les progrès en vue d'atteindre les cibles de lutte contre la tuberculose à l'échelle nationale et internationale.

3. Autres mises à jour

Soutenir, mobiliser et accélérer la recherche pour l'élimination de la tuberculose (SMART4TB) – Mise à jour sur la tuberculose pharmacorésistante

SMART4TB est un consortium qui rassemble des experts en développement d'outils de lutte contre la tuberculose, en science de la mise en œuvre, en renforcement des capacités, en participation de la société civile et en traduction des politiques. Fondé avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international, le consortium est dirigé par l'Université Johns Hopkins et compte parmi ses membres l'Université de Californie à San Francisco, la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS, la Fondation KNCV Tuberculosis et le Groupe d'action sur les traitements. SMART4TB s'est notamment penché sur la tuberculose pharmacorésistante à travers l'essai clinique PRISM-TB, qui vise à découvrir si un traitement de la tuberculose pharmacorésistante d'une durée réduite basé sur une approche de médecine stratifiée est aussi efficace que la norme actuelle en matière de prise en charge. Le recrutement pour cet essai sera lancé dans les prochains mois en Afrique du Sud, puis en Moldova, en Mongolie, au Pérou, aux Philippines et au Viet Nam. SMART4TB est en

phase de finaliser les plans d'une étude connexe sur les enfants, PRISM Kids. En partenariat avec le projet Building Expertise on Treatment of TB with Expanded Resistance (BETTER), SMART4TB a également organisé un atelier à Johannesburg, en Afrique du Sud, qui a rassemblé des prestataires de première ligne, des responsables des politiques, des partenaires de mise en œuvre et des représentants des communautés affectées afin d'élaborer un guide pratique pour le traitement de la tuberculose résistante à la rifampicine avec une résistance étendue à la bédaquiline, au linézolide ou aux nitroimidazoles. Enfin, la campagne 1/4/6x24 se mobilise autour des mises à jour des directives de l'OMS sur le traitement de la tuberculose pharmacorésistante afin d'élargir l'accès à des schémas thérapeutiques plus courts pour cette forme de tuberculose, et prévoit de publier bientôt une déclaration à ce sujet. Depuis la publication du rapport à mi-parcours de la campagne, les conseils consultatifs communautaires régionaux de SMART4TB – ECAT, Afrocab et APCASO – ont organisé des lancements au niveau régional pour promouvoir l'adoption de schémas thérapeutiques plus courts. Pour en savoir plus sur le lancement des essais de SMART4TB ou pour suivre l'actualité du guide pratique et de la campagne 1/4/6x24, recevez les dernières mises à jour en vous inscrivant ici.

4. Témoignages

« Les innovations pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante devraient introduire de meilleurs diagnostics et des outils numériques, mais aussi donner la priorité à l'autonomisation des patients afin qu'ils jouent un rôle actif dans leur traitement. En étant à l'écoute des patients et en les impliquant dans leur propre prise en charge, nous faisons évoluer les résultats du traitement tout en offrant des solutions plus bienveillantes et plus efficaces contre la tuberculose multirésistante. »

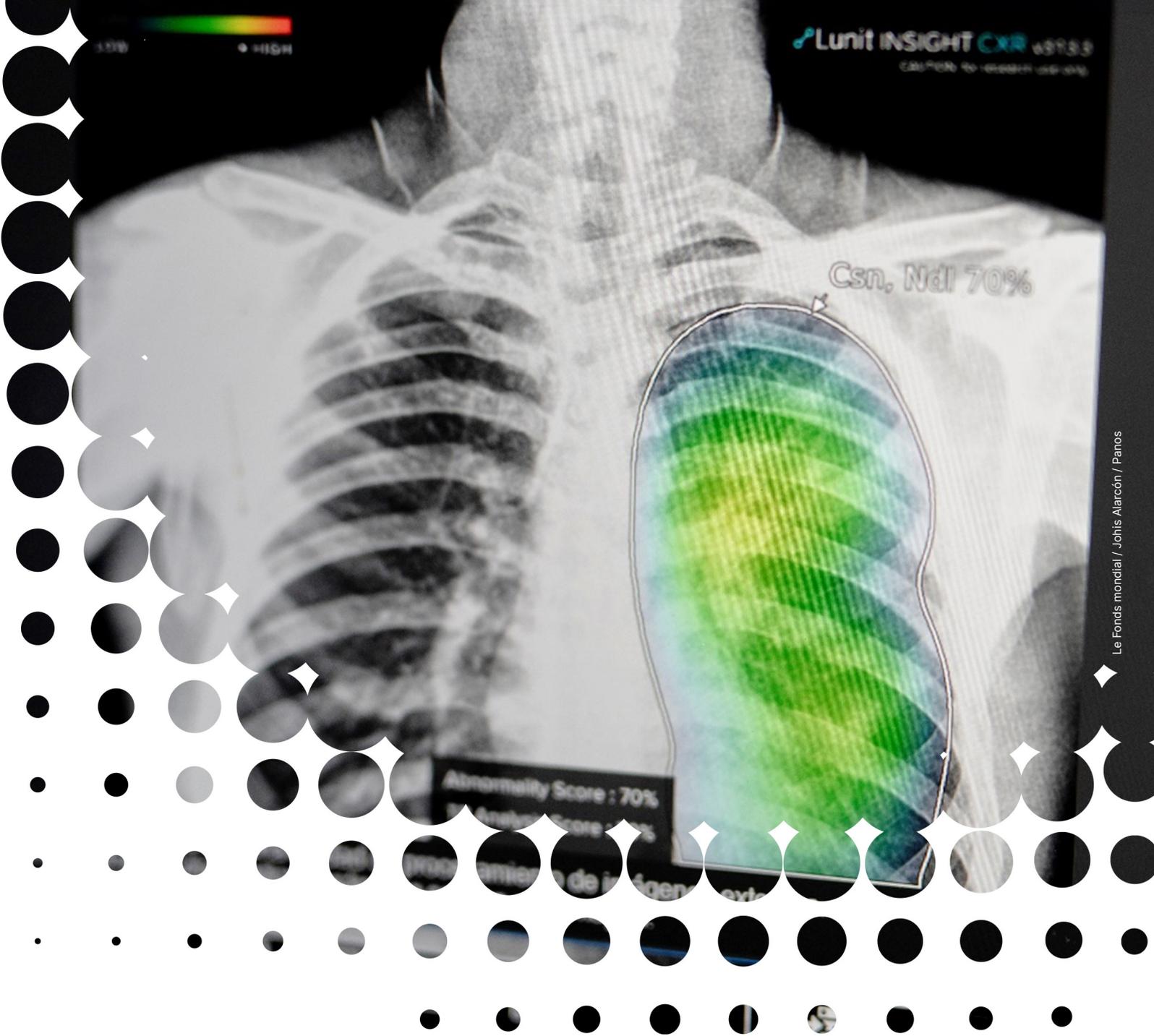


Docteur Mariama Mahmoud
 Responsable de programme
 Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre, Sierra Leone

« Les schémas thérapeutiques à durée réduite pour la tuberculose pharmacorésistante m'ont très bien guérie. Lorsque l'on choisit l'espoir, tout est possible. »



Yondela Kolweni
 Survivante de la tuberculose pharmacorésistante
 Afrique du Sud



Le Fonds mondial / Johis Alarcón / Panos



Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Campus de la santé mondiale
Chemin du Pommier 40
1218 Le Grand-Saconnex
Genève, Suisse

+41 58 791 17 00
theglobalfund.org/fr/

À propos de l'initiative stratégique d'orientation des marchés de prochaine génération

L'initiative stratégique d'orientation des marchés de prochaine génération, financée par le Fonds mondial, appuiera la mise en œuvre d'approches et de mécanismes innovants pour l'introduction et la mise à l'échelle de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose dans les pays soutenus par l'organisation. Cette initiative fait partie de l'approche d'orientation des marchés de prochaine génération du Fonds mondial qui décrit un ensemble holistique d'interventions pour orienter l'innovation et accélérer l'introduction de nouveaux produits à grande échelle, promouvoir le renforcement des capacités pour la fabrication régionale et favoriser des achats et des chaînes d'approvisionnement respectueux de l'environnement.