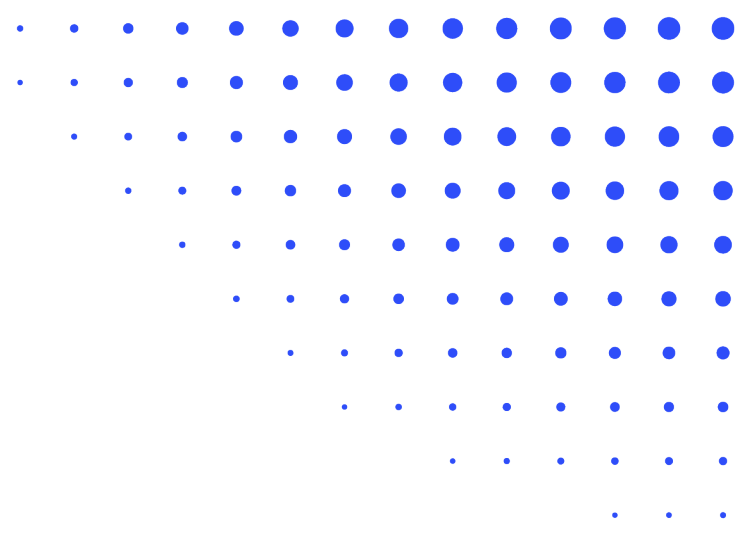
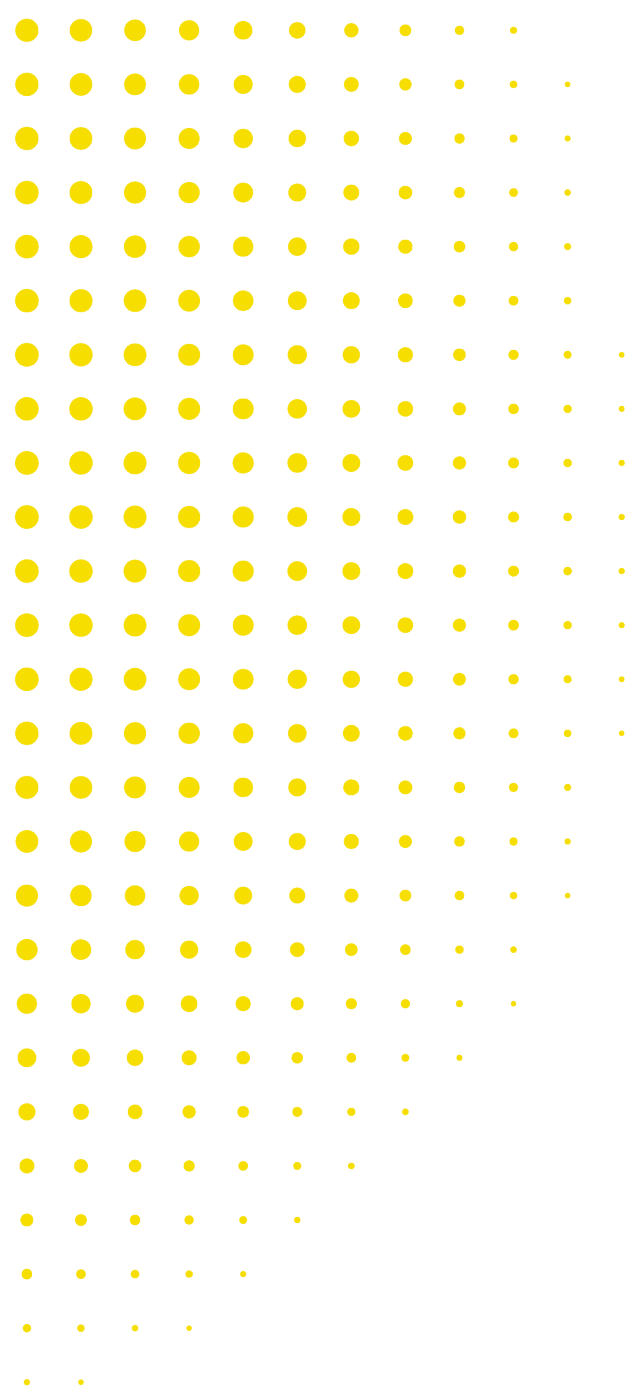




Le Fonds mondial / Vincent Becker

Mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose Innovation

JANVIER-FÉVRIER 2025

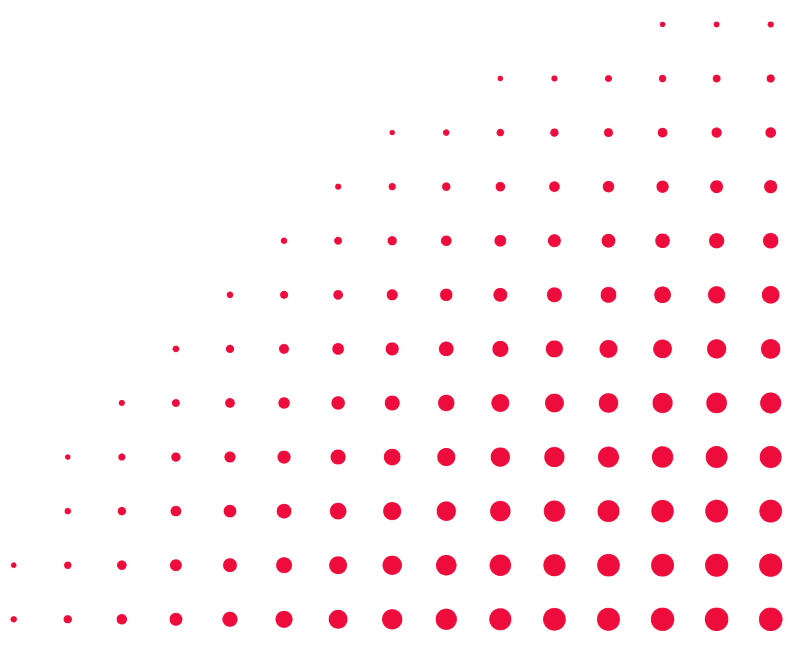


Sommaire

1. Nouveautés.....	3
2. Échange de connaissances et ressources d'apprentissage.....	6
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, rédigée par l'Équipe Tuberculose du Fonds mondial, présente les meilleures pratiques, les enseignements tirés et les informations des pays soutenus par le Fonds mondial, les partenaires et d'autres parties prenantes, ainsi que des mises à jour sur les nouveaux outils et les innovations qui arrivent sur le marché. Si vous avez des informations à nous communiquer, veuillez contacter TBQuarterlyUpdate@theglobalfund.org.



1. Nouveautés

Convention spéciale sur le diagnostic 2024 de la Société africaine pour la médecine de laboratoire

Du 4 au 7 novembre 2024, la Société africaine pour la médecine de laboratoire (ASLM) a tenu une convention spéciale sur le diagnostic à Abidjan, en Côte d'Ivoire. L'ASLM et le Fonds mondial, par le biais de l'initiative stratégique d'orientation des marchés de prochaine génération, ont réuni les parties prenantes pour une séance de discussion sur la mise en œuvre de nouveaux outils de diagnostic de la tuberculose, en particulier le dépistage proche du lieu de soins et les techniques d'échantillonnage par prélèvement buccal. Les principaux objectifs de la séance étaient de recueillir des informations sur la planification de ces outils, d'affiner les efforts d'estimation du marché et d'estimer les besoins en données pour le soutien de la planification nationale et la mise à jour des algorithmes de diagnostic. Les principales conclusions comprenaient :

- **Accessibilité et dépistage centré sur le patient** : Les parties prenantes soulignent l'importance de diagnostics accessibles, en particulier dans les contextes décentralisés, tels que les structures de soins de santé communautaires et primaires. Ces outils peuvent réduire la nécessité pour les patients de se déplacer sur de longues distances et permettre aux agentes et agents de santé communautaires de disposer d'une technologie simplifiée. L'un des principaux avantages du dépistage par prélèvement est qu'il convient aux

patients qui ne peuvent pas produire d'expectorations, comme les enfants et les personnes vivant avec le VIH. En outre, le dépistage par prélèvement permet des approches de « dépistage-traitement » rapides, le jour même. L'intégration de ces tests dans des programmes de soins de santé plus larges crée également des possibilités de mobiliser les agentes et agents de santé communautaires et d'impliquer de multiples programmes de santé dans le dépistage de la tuberculose.

- **Difficultés de mise en œuvre** : Les obstacles potentiels à la mise en œuvre comprennent : a) les problèmes de performance technique, tels que les limites potentielles de sensibilité et de spécificité, qui peuvent conduire à la non-détection de cas et à la répétition du test de dépistage ; b) la navigation dans les changements de politique et l'obtention de l'adhésion des parties prenantes ; c) les contraintes en matière de ressources et d'infrastructures, y compris les ressources financières, les capacités humaines et les systèmes de chaîne d'approvisionnement durables ; et d) l'assurance qualité et la conformité aux exigences en matière de documentation sur les différents sites.
- **Catalyseurs d'une mise en œuvre réussie** : Les parties prenantes soulignent la nécessité d'exigences réglementaires et factuelles qui appuient la planification de la mise en œuvre, telles que la préqualification de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'enregistrement national, ainsi que des éléments de preuves solides démontrant l'efficacité dans les





contextes décentralisés. Les processus de validation, y compris les études de vérification nationales et les programmes pilotes, sont essentiels pour optimiser les stratégies de mise en œuvre. L'intégration dans les plans stratégiques nationaux et les algorithmes de diagnostic est cruciale, tout comme la garantie d'un financement adéquat, l'élaboration de programmes de formation complets et la mise en place de systèmes d'assurance qualité. La participation précoce des organisations de la société civile et l'élaboration de lignes directrices de mise en œuvre claires pour toutes les parties prenantes sont également essentielles à la réussite du déploiement.

- Progrès simultanés dans la décentralisation de la gestion des cas :** Les parties prenantes ont également souligné que les diagnostics et la gestion des cas devaient évoluer simultanément afin que des écarts n'apparaissent pas entre le diagnostic et le début du traitement. Bien qu'il y ait des défis à relever, les avantages de ces nouveaux outils de diagnostic sont considérables. En relevant ces défis grâce à une planification minutieuse, à la participation des parties prenantes et à une évaluation continue de la qualité, la mise en œuvre du dépistage proche du lieu de soins et par prélèvement peut considérablement renforcer les capacités de diagnostic de la tuberculose et améliorer les résultats pour les patients dans les contextes à ressources limitées.

Réunion 2024 du Partenariat Halte à la tuberculose

Le Partenariat Halte à la tuberculose a tenu la trente-huitième réunion annuelle de son Conseil d'administration du 12 au 14 février 2024 à Abuja, au Nigéria. Cette réunion a permis aux gouvernements, aux personnes qui ont survécu à la tuberculose, aux communautés, à la société civile, aux chercheurs, aux innovateurs et à d'autres personnes

d'en savoir plus sur les interventions innovantes de la lutte contre la tuberculose et sur les priorités de plaidoyer du Partenariat en 2025. Les séances ont exploré une série de données émergentes sur la stigmatisation, les vaccins, la nutrition et les innovations, qui permettent de mieux connaître les besoins des populations difficiles à atteindre, des contacts familiaux et d'autres personnes.

L'évènement d'une semaine comprenait également une réunion des dirigeants politiques de haut niveau coorganisée par la première dame du Nigéria et un dialogue africain de haut niveau sur le financement de la tuberculose coorganisé par l'Union africaine et le Partenariat Halte à la tuberculose, la Conférence internationale du Nigéria sur la tuberculose 2024 et le Sommet de haut niveau des parlementaires africains. Les discussions de la semaine ont mis en évidence la nécessité d'obtenir des ressources accrues pour les interventions, les outils et la recherche et ont exhorté les dirigeants des pays lourdement touchés par la tuberculose à accroître le financement de la lutte contre cette maladie. De plus amples informations sur cette réunion annuelle sont disponibles sur le [site Web du Partenariat Halte à la tuberculose](#).

Mise à jour de l'OMS sur la tuberculose asymptomatique

L'intérêt pour la tuberculose asymptomatique s'est accru ces dernières années, en raison de l'importance croissante accordée au dépistage et au diagnostic précoce. Les personnes atteintes de tuberculose asymptomatique, pulmonaire et confirmée bactériologiquement sont susceptibles de contribuer de manière substantielle à la transmission de la tuberculose et à la charge de morbidité mondiale, même si elles ne toussent pas ou très peu. L'analyse de données provenant de 14 pays d'Afrique et d'Asie suggère qu'environ deux tiers de la transmission mondiale de la tuberculose pourraient provenir de

personnes atteintes de tuberculose asymptomatique. En octobre 2024, l'OMS a consulté les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, la société civile et les organismes techniques et de financement pour élaborer une définition de la tuberculose asymptomatique. L'objectif était de relever les lacunes en matière de recherche et de fixer des priorités qui sont essentielles pour les orientations de l'OMS et pertinentes pour les programmes et la recherche sur la tuberculose. Cette consultation a permis de définir la tuberculose asymptomatique, de

différencier la tuberculose asymptomatique confirmée bactériologiquement et non confirmée, et d'obtenir des sous-ensembles des définitions actuelles de l'OMS. L'OMS a inclus une nouvelle section sur les définitions de la tuberculose asymptomatique dans son dernier rapport mondial sur la tuberculose et a prévu de diffuser les définitions pour que les programmes puissent les utiliser. Elle a également élaboré des orientations sur l'opérationnalisation des définitions. De plus amples informations sont disponibles sur le [site Web de l'OMS](#).

Tableau 1 : Définitions de la tuberculose asymptomatique à la suite d'une consultation de l'OMS en 2024 (par rapport aux définitions actuelles de la tuberculose selon les dernières orientations de l'OMS)

Source : OMS

Définitions actuelles de la tuberculose par l'OMS	Définitions de la tuberculose asymptomatique
<p>Tuberculose : Maladie causée par le complexe M. tuberculosis.</p>	<p>Tuberculose asymptomatique : Tuberculose pour laquelle la personne atteinte n'a signalé aucun symptôme de la maladie lors du dépistage.</p>
<p>Tuberculose confirmée bactériologiquement : Tuberculose confirmée par un échantillon biologique qui a donné des résultats positifs à un test de diagnostic rapide, une mise en culture ou un examen microscopique de frottis recommandé par l'OMS.</p>	<p>Tuberculose asymptomatique confirmée bactériologiquement : Tuberculose confirmée bactériologiquement pour laquelle la personne atteinte n'a signalé aucun symptôme de la maladie lors du dépistage.</p>
<p>Tuberculose diagnostiquée cliniquement : Tuberculose qui ne satisfait pas les critères de confirmation bactériologique, mais a été diagnostiquée par un médecin qui a décidé d'administrer au patient un traitement antituberculeux complet. Cette définition inclut les cas pulmonaires diagnostiqués sur la base d'anomalies radiographiques et les cas extrapulmonaires diagnostiqués sur la base d'une histologie ou d'un tableau clinique évocateurs. Les cas diagnostiqués cliniquement pour lesquels des résultats positifs sont ensuite obtenus à l'examen bactériologique (avant ou après l'instauration du traitement) doivent être reclassifiés en cas confirmés bactériologiquement.</p>	<p>Tuberculose asymptomatique non confirmée bactériologiquement : Tuberculose non confirmée bactériologiquement pour laquelle la personne atteinte n'a signalé aucun symptôme de la maladie lors du dépistage.</p> <p>Remarque : compte tenu de l'utilisation du terme « non confirmée bactériologiquement » dans la définition de la tuberculose asymptomatique, le terme « diagnostiquée cliniquement » sera remplacé par « non confirmée bactériologiquement » dans les prochaines éditions des produits et publications de l'OMS.</p>

Nouvelles réductions des prix de médicaments clés contre la tuberculose

Des réductions de prix record ont été annoncées en février 2025 pour des médicaments vitaux contre la tuberculose. Le nouveau prix de la bédaquiline est de 90 dollars US pour un traitement complet, pour les produits Lupin et Macleods. Le prix du schéma thérapeutique de six mois à base de bédaquiline, prétémanide, linézolide et

moxifloxacine (BPaLM) est désormais de 364 dollars US. Ces réductions de prix se traduisent par des coûts moindres pour presque tous les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS, ce qui permet aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose du monde entier de réaliser des économies significatives. 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 : Mise en œuvre de la thérapie préventive contre la tuberculose en Inde

Contexte

L'Inde est le pays le plus touché par la tuberculose au monde ; on estime qu'un tiers de sa population est atteinte d'une infection tuberculeuse. Outre un diagnostic précoce et un traitement précis, la prévention de la transmission communautaire par la lutte contre l'infection tuberculeuse est essentielle pour réduire l'incidence de la tuberculose. Le traitement préventif de la tuberculose est considéré comme étant une intervention clé pour accélérer la baisse de l'incidence de la tuberculose et atteindre les objectifs d'élimination de la tuberculose en Inde. En 2021, le programme national d'élimination de la tuberculose du pays a donné la priorité à la gestion programmatique de l'infection tuberculeuse afin de déployer et d'intensifier le traitement préventif de la tuberculose sur la base des lignes directrices de gestion programmatique du traitement préventif de la tuberculose. La Fondation Clinton, l'Union et FIND ont mis en œuvre des initiatives de traitement préventif de la tuberculose à grande échelle dans divers États indiens sous la direction du programme national d'élimination de la tuberculose du pays, avec le soutien du Fonds mondial de 2021 à 2024.

Mise en œuvre

Le projet Axshya Plus, mis en œuvre par l'Union, et le projet Joint Effort for Elimination of TB 2.0 (JEET), mené par la Fondation Clinton et FIND, se sont concentrés sur la gestion de l'infection tuberculeuse. Les interventions ont été déployées dans 208 districts de 23 États indiens entre 2021 et 2024. La mise en œuvre a été entreprise en collaboration avec sept partenaires : TB Alert India, Centre for Health Research and Innovation, World Vision, Catholic Health Association of India, German Leprosy and TB Relief Association – India, Karnataka Health Promotion Trust et Alert India.

Le projet s'est aligné sur les lignes directrices indiennes en matière de gestion programmatique du traitement préventif de la tuberculose et s'est concentré sur la gestion de l'infection tuberculeuse par le biais d'un dépistage précoce et de la fourniture d'un traitement préventif de la tuberculose à tous les contacts familiaux des cas index de tuberculose pulmonaire. Les activités comprenaient un dépistage à domicile de la tuberculose pour les contacts

familiaux des patients atteints de tuberculose pulmonaire, ainsi que des évaluations médicales visant à déterminer les contre-indications et à exclure la présence d'une tuberculose active. Le projet a ensuite mis en place un traitement préventif de la tuberculose avec un soutien à l'observance pour les contacts familiaux éligibles (c'est-à-dire ceux qui ont été identifiés comme n'ayant pas de tuberculose active), dispensé éducation et conseils aux patients et facilité la gestion des effets indésirables, le cas échéant.

Deux modèles ont été utilisés pour ce projet :

1. Le modèle de « **dépistage-traitement** » consistait à utiliser des tests de libération de l'interféron gamma (IGRA) pour diagnostiquer l'infection tuberculeuse chez les contacts familiaux (âgés de plus de cinq ans) et à mettre en place un traitement préventif de la tuberculose en cas de résultats positifs. Des services de test IGRA de bout en bout ont été fournis avec la collecte d'échantillons par un phlébotomiste au domicile des contacts familiaux.
2. Le modèle de **traitement uniquement** ne comportait pas de tests. Les contacts familiaux ont à la place été directement placés sous traitement préventif de la tuberculose en fonction de l'éligibilité.

Le projet a principalement eu recours à deux schémas thérapeutiques préventifs – l'isoniazide quotidien pendant six mois (6H) pour la plupart des contacts familiaux et un schéma thérapeutique hebdomadaire à base de rifapentine et d'isoniazide pendant trois mois (3HP) dans quelques districts, principalement ceux appliquant le modèle de « dépistage-traitement ». Des ateliers et des séances de formation médicale continue ont été organisés pour susciter une sensibilisation et améliorer l'adoption du traitement préventif de la tuberculose, en particulier pour la participation du secteur privé. Les prestataires ont été sensibilisés à l'utilisation de diagnostics tels que la radiographie pulmonaire et le test IGRA. Des efforts ont également été déployés pour inciter les prestataires de soins de santé privés à soutenir le dépistage des symptômes de la tuberculose et la mise sous traitement préventif de la tuberculose des contacts familiaux des patients traités dans le secteur privé. Le projet a également mis sur pied des visites et des appels téléphoniques de suivi pour le contrôle de l'observance du traitement, la gestion des effets indésirables et l'achèvement du traitement.



Sources : FIND / Bravika Studios



Sources : FIND / Bravika Studios

Deux méthodes ont été utilisées pour l'enregistrement des données. La première concernait une application intégrée développée dans le cadre du projet. Cette application enregistre le dépistage des symptômes de la tuberculose, la mise sous traitement préventif de la tuberculose, l'observance et les résultats, avec une validation et des mises à jour régulières communiquées au programme national d'élimination de la tuberculose du pays. La seconde méthode consistait à enregistrer directement les données et à les intégrer dans le système Ni-kshay (système national de surveillance de la tuberculose) du programme national d'élimination de la tuberculose du pays, ce qui a permis une collecte et une analyse complètes des données.

Résultats

Plus de 800 000 patients atteints de tuberculose pharmacosensible ont été notifiés au cours du projet. Environ 95 % des patients notifiés ont pu rester en contact avec succès grâce aux consultations par téléphone. Ce résultat a été attribué à deux catalyseurs principaux : i) l'amélioration constante de la qualité des données rapportées par le système Ni-kshay grâce à la communication de l'information des équipes du programme national d'élimination de la tuberculose du pays ; et ii) la coordination avec le personnel du programme national d'élimination de la tuberculose du pays au niveau du sous-district, qui a permis d'atteindre les patients dont les adresses et les numéros de téléphone portable étaient incorrects ou inexistant dans le système Ni-kshay.

Depuis le début du projet, environ 3,16 millions de contacts familiaux ont été jugés éligibles au dépistage. Environ 90 % d'entre eux ont fait l'objet d'un dépistage des symptômes de la tuberculose par le personnel de terrain. De ce nombre, 79 % étaient éligibles au traitement préventif de la tuberculose après une évaluation médicale. Dans l'ensemble, plus de 1,29 million de personnes ont été mises

sous traitement préventif de la tuberculose, avec un taux d'achèvement de 80 % chez les contacts familiaux. Le projet a permis de recenser plus de 3 500 cas de tuberculose qui avaient subi des radiographies ou d'autres tests pour exclure une tuberculose active (>60 % des diagnostics de tuberculose réalisés chez des individus asymptomatiques).

Le projet a introduit plusieurs approches novatrices pour améliorer l'efficacité de la prestation du traitement préventif de la tuberculose, notamment :

- **Systèmes de données intégrés** : L'utilisation d'une application dédiée aux données a permis de rationaliser la collecte et la gestion des données. Enfin, les données du projet ont été intégrées dans le système Ni-kshay, ce qui a permis de les représenter de manière appropriée sur le portail de surveillance national.
- **Consultation par téléphone / appel vidéo** : Des projets pilotes tels que les consultations par téléphone / appel vidéo dans des zones où l'accès aux structures de soins est limité ont permis de réduire les obstacles liés au transport et d'améliorer les taux de suivi.
- **Participation du secteur privé** : Des ateliers ciblés et une formation médicale continue ont permis d'améliorer la participation des prestataires de soins de santé privés, ce qui a favorisé l'utilisation des services de traitement préventif de la tuberculose chez les contacts familiaux de patients atteints de la tuberculose traités dans le secteur privé.

Enseignements tirés et prochaines étapes

Le projet a été confronté à plusieurs défis, ce qui a permis de tirer des enseignements importants pour les futurs efforts de lutte contre la tuberculose. Ces enseignements comprenaient :

- **Prestation de services** : Les observations ont montré que les chances de commencer un traitement préventif de la tuberculose pour les contacts familiaux étaient

meilleures lorsqu'ils étaient approchés plus tôt, de préférence dans le mois suivant la mise sous traitement du patient index. En outre, le recours au traitement préventif de la tuberculose était plus élevé lorsqu'un schéma thérapeutique plus court était proposé et qu'un diagnostic était rendu avant le début du traitement préventif de la tuberculose.

- **Gestion de la chaîne d'approvisionnement** : Les pénuries et les retards dans la fourniture d'isoniazide (INH), en particulier le schéma thérapeutique 6H, ont perturbé la mise sous traitement préventif de la tuberculose dans plusieurs États. Une planification et une coordination efficaces avec le programme national d'élimination de la tuberculose du pays ont été essentielles pour surmonter ces difficultés.
- **Résultat positif au test de dépistage de l'infection tuberculeuse** : Le résultat positif au test de dépistage de l'infection tuberculeuse variait d'un pays à l'autre et dépendait du type de dépistage de l'infection tuberculeuse. Le résultat positif au test IGRA était proche des résultats de l'enquête nationale de prévalence.
- **Coût du test IGRA** : Si le test IGRA a permis d'éviter des traitements préventifs de la tuberculose qui n'étaient pas nécessaires, son coût élevé (29 dollars US par test) a limité sa mise à l'échelle. La nécessité de disposer de méthodes de dépistage au meilleur rapport coût-efficacité était évidente.
- **Importance de l'accompagnement psychologique** : Un accompagnement psychologique de qualité au début de la mise sous traitement préventif de la tuberculose a influencé de manière significative les taux d'observance, notamment en abordant la stigmatisation et en améliorant la compréhension du traitement préventif de la tuberculose chez les contacts familiaux. Des stratégies de communication spécifiques visant le changement de comportement d'un large éventail de parties prenantes (p. ex. les patients, les prestataires de soins et le personnel de santé) sont restées essentielles.
- **Suivi après la fin du traitement préventif de la tuberculose** : Les équipes du projet ont soutenu les contacts familiaux jusqu'à la fin du traitement préventif de la tuberculose. Toutefois, un suivi à long terme est nécessaire pour évaluer l'efficacité des schémas thérapeutiques.

Les efforts de collaboration dans le cadre des projets JEET et Axshya Plus ont contribué de manière significative à l'expansion du traitement préventif de la tuberculose en Inde. L'intégration de la prestation de services en porte-à-porte, la gestion innovante des données et la participation

continue des parties prenantes dans les secteurs public et privé ont été les principaux moteurs de leur réussite. Alors que l'Inde progresse vers la réalisation de son objectif d'élimination de la tuberculose, les expériences et les enseignements tirés de la lutte contre l'infection tuberculeuse serviront de modèle pour des efforts similaires dans le monde entier.

Étude de cas : Mise à l'échelle du traitement préventif de la tuberculose au Zimbabwe

Contexte

La mise en œuvre de la gestion programmatique du traitement préventif de la tuberculose au Zimbabwe implique un ensemble complet d'interventions. Ces interventions comprennent l'identification et le dépistage des personnes qui en ont besoin, la fourniture d'un traitement préventif de la tuberculose efficace et sûr aux effets indésirables légers ou inexistantes, et la réalisation d'un suivi et d'une évaluation tout au long du processus. En 2020, le Zimbabwe a adopté et introduit des traitements préventifs de la tuberculose plus courts, en particulier les schémas thérapeutiques 3HP et 3RH, afin de s'aligner sur les recommandations de l'OMS. Pour obtenir de meilleurs résultats, les patients reçoivent désormais un traitement préventif de la tuberculose complet, plutôt que des doses partielles.

Mise en œuvre

Avec le soutien du Fonds mondial, le ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance a élaboré un plan d'accélération et d'intensification du traitement préventif de la tuberculose pour étendre celui-ci à l'ensemble du pays et atteindre une couverture de 100 % chez les personnes vivant avec le VIH d'ici fin 2023. Le projet a développé des cibles du traitement préventif de la tuberculose au niveau infranational, les a diffusées dans toutes les structures de santé et a achevé la formation des agentes et agents de santé concernés. Pour soutenir un suivi et une évaluation efficaces de la mise en œuvre du traitement préventif de la tuberculose, le projet a révisé les outils de collecte de données existants pour permettre un meilleur suivi des progrès et de meilleurs résultats liés à l'administration du traitement préventif de la tuberculose à travers le Zimbabwe. Les activités spécifiques comprenaient :

- **Collaboration et intégration des activités liées au VIH et à la tuberculose** : La collaboration a été renforcée entre les différents programmes nationaux et le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement afin de garantir une prestation de services et une allocation des

ressources sans accroc. Le projet a également mené des recherches axées sur le traitement préventif de la tuberculose afin d'identifier les meilleures pratiques et les résultats. Des partenariats entre les programmes nationaux et les partenaires de mise en œuvre ont été établis pour renforcer la portée et l'efficacité des initiatives de traitement préventif de la tuberculose, en maximisant l'impact des stratégies de prévention de la tuberculose dans les communautés et en veillant à ce que les populations vulnérables reçoivent les soins dont elles ont besoin.

- **Interventions de lutte contre la tuberculose liées au traitement préventif de la tuberculose :** Les principales interventions comprenaient la mise en œuvre de protocoles de dépistage de la tuberculose lors de chaque visite à domicile des agentes et agents de santé, en particulier pour les personnes ayant accès aux services de lutte contre le VIH, en mettant l'accent sur l'atteinte des enfants vivant avec le VIH. Les contacts des patients atteints de la tuberculose ont fait l'objet d'une évaluation systématique de leur éligibilité au traitement préventif de la tuberculose. Une

Innovation

Le ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance du Zimbabwe a utilisé les stratégies innovantes suivantes pour améliorer les soins aux patients et l'observance du traitement et, en bout de ligne, réduire le fardeau de la tuberculose et du VIH dans les populations à qui il vient en aide.

- **Dépistage complet de la tuberculose et du VIH :** Incorporation d'un processus de double dépistage permettant l'identification simultanée de la tuberculose et du VIH chez les patients.
- **Mise sous thérapie antirétrovirale et traitement préventif de la tuberculose simultanée :** Permet de commencer la thérapie antirétrovirale et le traitement préventif de la tuberculose le même jour.
- **Calendrier simplifié du traitement préventif de la tuberculose après la mise sous thérapie antirétrovirale :** Réduction du temps nécessaire pour commencer le traitement préventif de la tuberculose après la mise sous thérapie antirétrovirale.
- **Intégration des activités de traitement préventif de la tuberculose dans les modèles de prestation de services différenciés en matière de thérapie antirétrovirale :** Intégration des activités de traitement préventif de la tuberculose dans les modèles de prestation de services différenciés en matière de thérapie antirétrovirale existants, afin de rendre le traitement préventif de la tuberculose plus accessible et de simplifier la prestation de services.
- **Dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH :** Identification et prise en charge précoce des cas de tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH, permettant de réduire la transmission et d'améliorer la santé des patients.
- **Participation des agentes et agents de santé communautaires et enquête hybride sur les contacts :** Soutien aux agentes et agents de santé communautaires pour les activités de proximité, d'éducation et de suivi contribuant à combler le fossé entre les prestataires de soins de santé et les patients. Collaboration avec les techniciens en santé environnementale pour le suivi des contacts de patients atteints de la tuberculose.
- **Utilisation d'approches de télésanté pour le suivi du traitement préventif de la tuberculose :** Permet une plus grande flexibilité et un meilleur accès aux soins, en particulier dans les régions éloignées ou mal desservies, tout en garantissant que les patients reçoivent un soutien continu.
- **Intégration des résultats de la recherche dans la mise en œuvre :** Des étapes de mise en œuvre éclairées par des résultats de recherche fondés sur des données probantes.
- **Une étude de faisabilité du schéma thérapeutique 3HP :** Évaluation de la viabilité et de l'efficacité du schéma thérapeutique 3HP dans 20 structures de santé dans le cadre du projet IMPACT4TB, qui a servi de point de départ essentiel à l'introduction de ce schéma thérapeutique.

fois identifiés, les patients éligibles reçoivent un schéma thérapeutique de six mois d'isoniazide (6H).

- **Évaluation des contacts avec les enfants au sein du foyer :** Les contacts familiaux de patients atteints de la tuberculose âgés de 0 à 14 ans ont été évalués dans les structures de santé locales ou au sein de la communauté. L'objectif était d'identifier les enfants à risque et de veiller à ce qu'ils bénéficient des soins préventifs appropriés. Grâce au Fonds mondial, 220 motos ont été achetées pour soutenir l'enquête sur les contacts familiaux. Pour les enfants identifiés comme vulnérables, un schéma thérapeutique quotidien de trois mois à base d'isoniazide et de rifampicine (3RH) a été fourni, avec des formulations adaptées aux enfants qui améliorent l'observance et les résultats du traitement.

L'initiative IMPACT4TB (I4TB), soutenue par Unitaid, a encouragé la transition vers un schéma thérapeutique court et efficace de 3HP en tant qu'option préférée de traitement préventif de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH. Il s'agit notamment des personnes dont l'état est stable sous thérapie antirétrovirale, de celles qui ne sont pas entièrement informées sur la thérapie antirétrovirale et des contacts familiaux. L'objectif était de mettre pleinement en œuvre ces stratégies d'ici août 2022, afin d'améliorer la prévention de la tuberculose dans le cadre des soins liés au VIH.

Résultats

La gestion du traitement préventif de la tuberculose au Zimbabwe a commencé en 2012 avec seulement dix sites de démonstration visant à tester et à affiner l'approche. Au cours de la décennie suivante, une croissance et une transformation remarquables ont été réalisées. En 2022, le traitement avait été étendu à plus de 95 % des structures de santé dans tout le pays. Parallèlement, l'expansion des sites de thérapie antirétrovirale proposant un traitement préventif à l'isoniazide a joué un rôle important. En 2012, seuls 10 sites de thérapie antirétrovirale sur 1 560 (soit moins de 1 %) proposaient le traitement préventif à l'isoniazide. En décembre 2021, ce nombre a grimpé en flèche pour atteindre 1 610 sur 1 648 sites de thérapie antirétrovirale. En outre, le nombre de personnes vivant

avec le VIH sous thérapie antirétrovirale ayant commencé un traitement préventif à l'isoniazide a augmenté de manière exponentielle, passant de seulement 98 individus en 2012 à 929 446 en décembre 2021. Les Figures 1 et 2 montrent la croissance exponentielle de la couverture par le traitement préventif de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH au fil des ans.

En outre, le nombre de contacts dépistés pour la tuberculose a augmenté de 124 % entre janvier et juin 2022 par rapport à la même période en 2024 (voir la Figure 3). De janvier à juin 2024, un total de 10 699 contacts de patients atteints de la tuberculose ont commencé un traitement préventif de la tuberculose, soit une hausse significative par rapport aux 2 919 contacts ayant commencé un traitement préventif de la tuberculose au cours de la même période en 2022 (voir la Figure 3). Cette augmentation peut être attribuée à différents facteurs, notamment :

- Les efforts de renforcement des capacités en matière de traitement préventif de la tuberculose et d'enquête sur les contacts en 2022.
- L'introduction de schémas thérapeutiques préventifs.
- La mise en œuvre d'approches de création de la demande.
- Les ressources supplémentaires fournies dans le cadre du soutien du Fonds mondial au Plan de rétablissement des activités de lutte contre la tuberculose.
- La priorisation délibérée de l'enquête sur les contacts et du traitement préventif de la tuberculose dans le cadre des visites de soutien et de supervision menées par le programme en 2023 et 2024.

Les difficultés liées à la mise en œuvre comprenaient :

- Des investissements insuffisants en matière d'enregistrement et de communication de l'information, ainsi qu'une mise en œuvre limitée des systèmes de dossiers médicaux électroniques.
- Un manque de clarté quant au rôle et à la participation du secteur privé dans la mise en œuvre du traitement préventif de la tuberculose.
- Des capacités insuffisantes des laboratoires des structures de santé pour réaliser des tests sur les effets indésirables des médicaments.

Figure 1 : Le nombre de sites proposant le traitement préventif de la tuberculose de 2012 à 2023

Source : Ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance

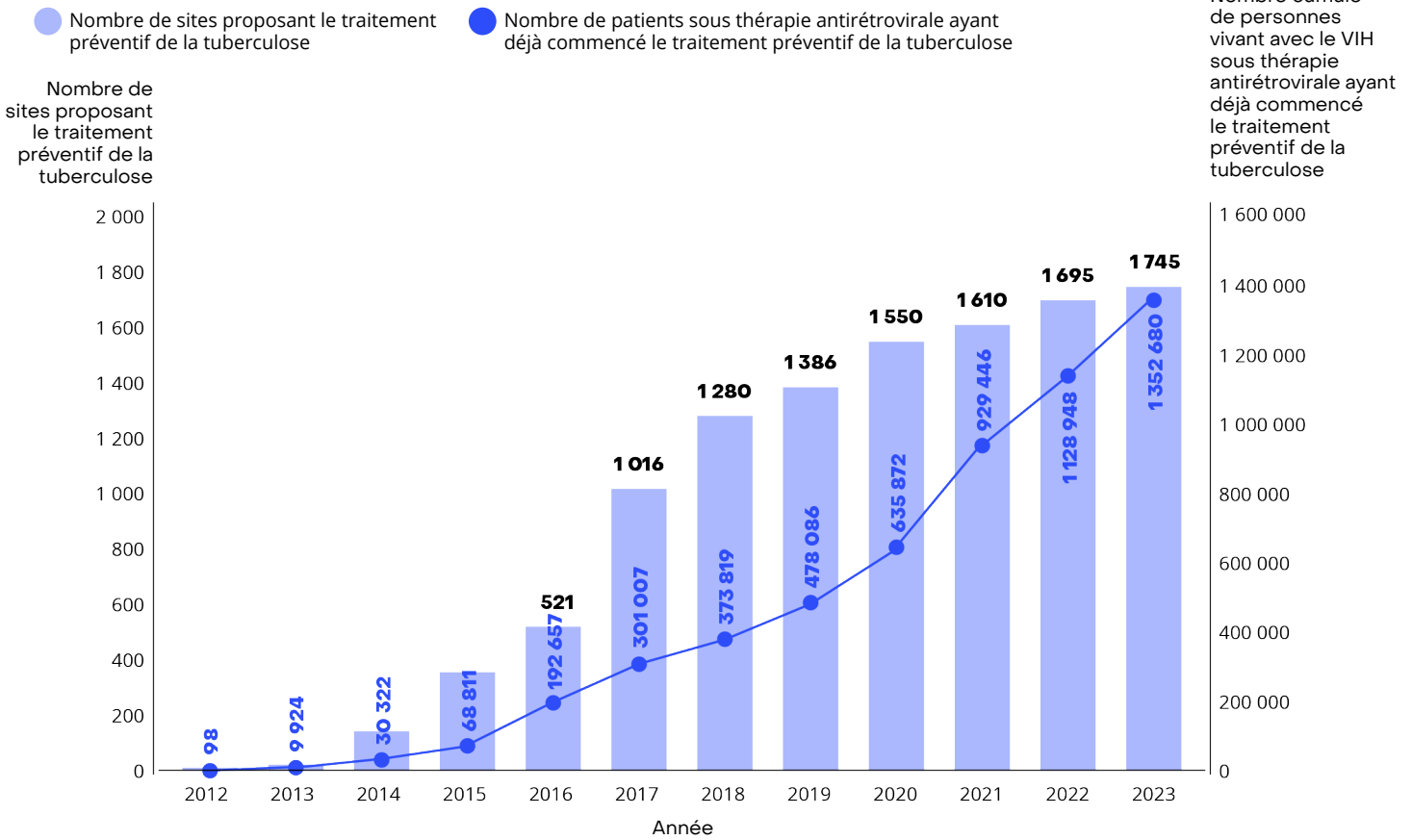


Figure 2 : Graphique montrant la couverture du traitement préventif de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH de 2019 à 2023

Source : Ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance

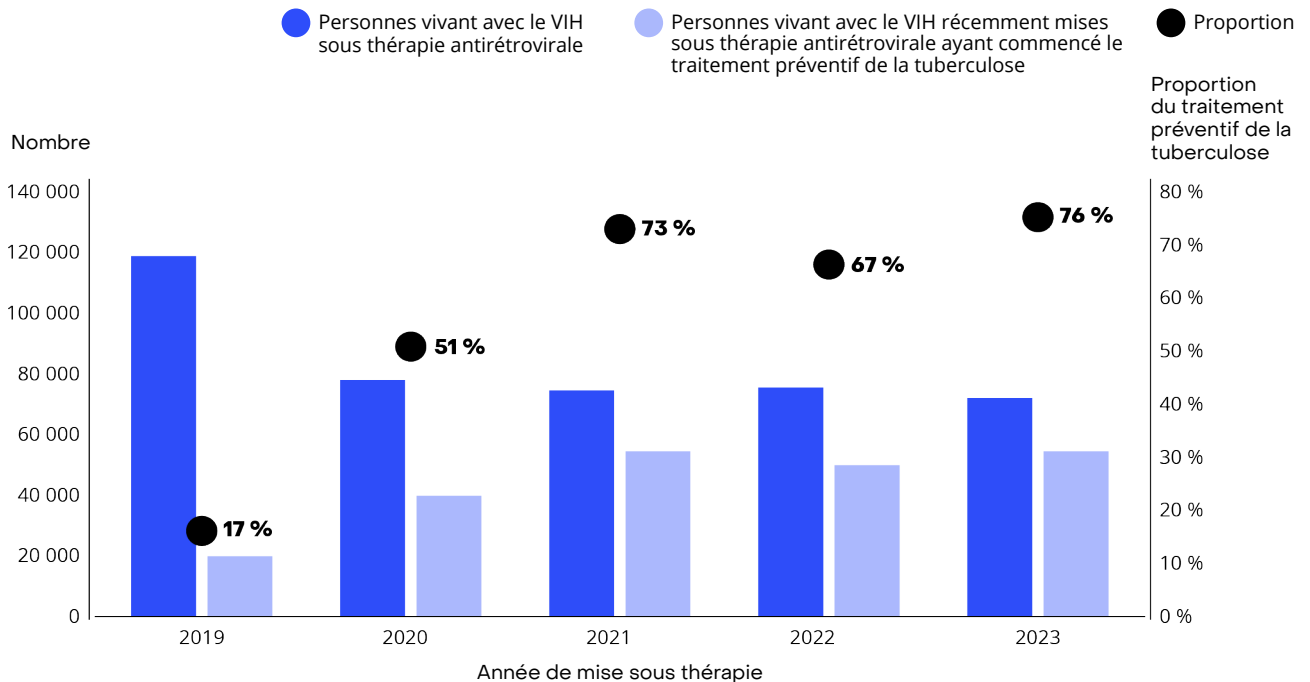
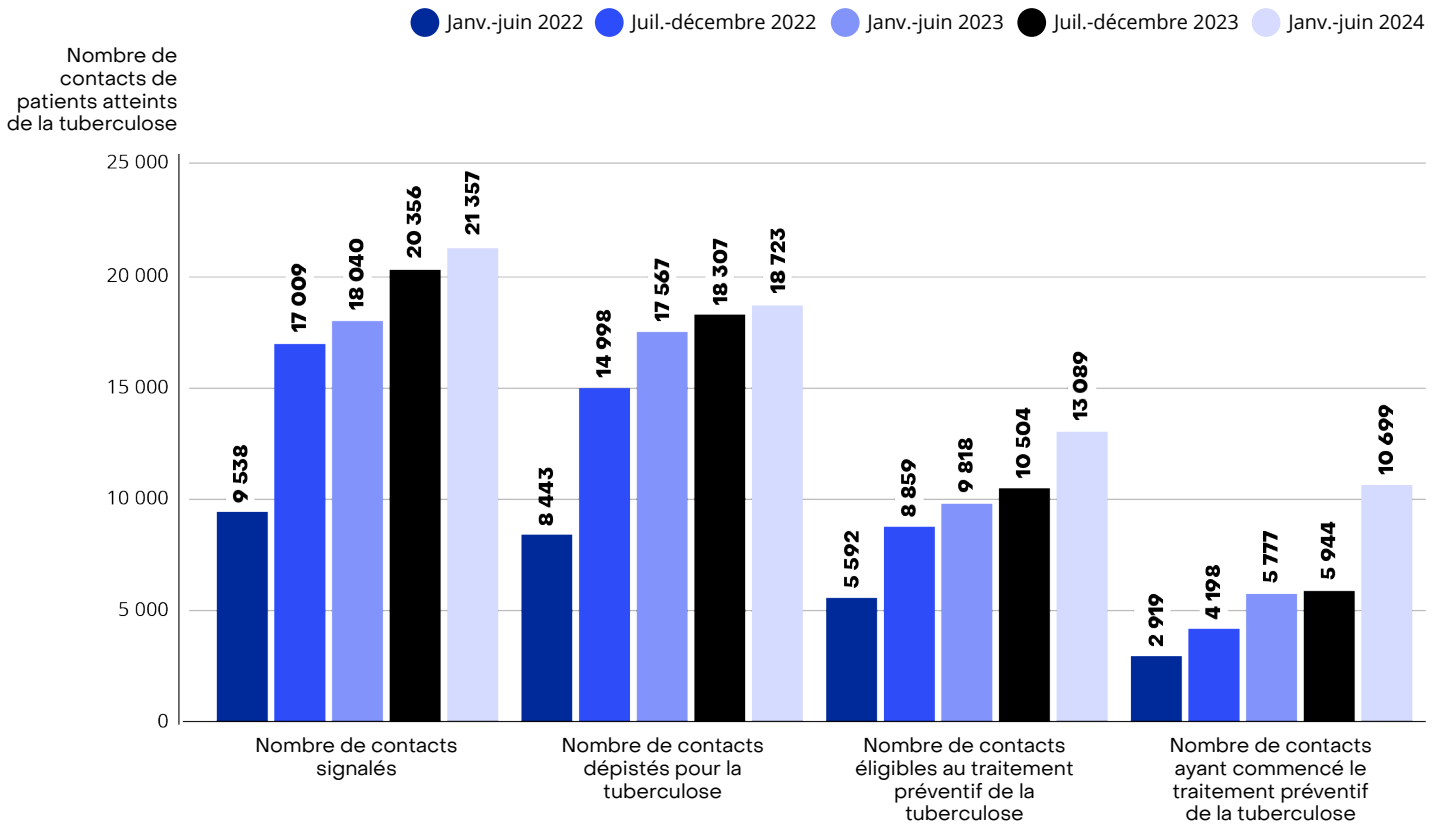


Figure 3 : Enquête sur les contacts et le traitement préventif de la tuberculose pour les contacts familiaux

Source : Ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance



Enseignements tirés et prochaines étapes

Principaux enseignements tirés de la mise à l'échelle du traitement préventif de la tuberculose au Zimbabwe au moment du déploiement de l'ensemble d'interventions de traitement de la tuberculose. Ils comprennent :

1. Il est crucial d'investir dans l'évaluation des contacts familiaux pour soutenir la mise sous traitement préventif de la tuberculose et sa mise à l'échelle à l'avenir.
2. Pour éviter des pénuries artificielles et réelles de 3HP, il convient de renforcer les relations avec toutes les parties prenantes et de gérer efficacement les produits de base.
3. La télésanté devrait être utilisée systématiquement pour améliorer l'observance du traitement et la prise en charge à temps des effets indésirables.
4. La participation communautaire est essentielle pour soutenir l'adoption et l'extension de schémas thérapeutiques plus courts dans l'ensemble de la population cible.
5. Les efforts de renforcement des capacités doivent être holistiques et adaptés aux besoins des agentes et agents de santé, des agentes et agents de santé communautaires, des patients et du contexte local.
6. Il est important que le ministère de la Santé participe à tous les niveaux pour favoriser la gestion et la responsabilité de la mise en œuvre du traitement préventif de la tuberculose à l'aide du schéma thérapeutique 3RH.
7. Le renforcement du suivi et de l'évaluation est crucial. Le programme Catalyzing Pediatric Tuberculosis Innovations (CaPTB) a introduit l'enquête sur les contacts et les registres de traitement préventif de la tuberculose pour l'évaluation des contacts au niveau communautaire, et le dépistage de la tuberculose et l'orientation des patients.
8. La gestion des ressources humaines est un élément clé de la planification et de la mise en œuvre du traitement préventif de la tuberculose.
9. Le mentorat continu s'est avéré plus efficace que les stages cliniques de courte durée pour la formation des agentes et agents de santé.
10. Il est important de sensibiliser les soignants et les communautés pour susciter la demande et améliorer l'acceptation du traitement préventif de la tuberculose.

Le programme CaPTB a développé du matériel d'information, d'éducation et de communication ciblé pour les agentes et agents de santé et les communautés, soulignant l'importance d'un diagnostic précoce de la tuberculose et du traitement préventif de la tuberculose parmi les contacts avec les enfants, ainsi que l'observance du traitement de la tuberculose et du traitement préventif de la tuberculose.

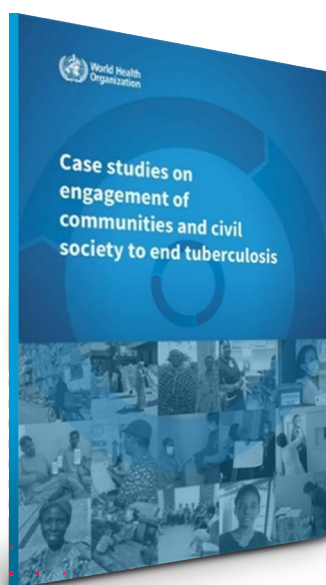
Le ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance du Zimbabwe a également identifié les prochaines étapes suivantes pour renforcer la mise à l'échelle du traitement préventif de la tuberculose :

1. Élaborer une politique nationale sur la cascade de soins pour le traitement préventif de la tuberculose.
2. Renforcer les capacités des ressources humaines.
3. Accroître le soutien et le mentorat fondés sur les données.
4. Renforcer le financement national des activités liées au traitement préventif de la tuberculose et envisager d'inclure le financement des médicaments du traitement préventif de la tuberculose dans les demandes de financement.
5. Renforcer l'évaluation des contacts de patients atteints de la tuberculose en offrant des incitations aux agentes et agents de santé des villages, en soutenant les déplacements du personnel de santé des structures, des agentes et agents de santé communautaires et des membres de la famille des patients atteints de la tuberculose, et en assurant l'éducation des patients.
6. Renforcer le suivi et l'évaluation par la collecte, l'analyse et la communication systématiques des données dans toute la cascade de soins pour le traitement préventif de la tuberculose en passant à la saisie numérique des données (p. ex. en utilisant l'application mobile Prevent TB de l'OMS).
7. Renforcer la participation communautaire en lien avec le traitement préventif de la tuberculose en fournissant des investissements pour soutenir la participation, la formation, le soutien et la supervision systématiques, ainsi que des outils pour les agentes et agents de santé communautaires.
8. Renforcer l'observance du traitement préventif de la tuberculose et les mécanismes de gestion des effets indésirables des médicaments.
9. Assurer un approvisionnement ininterrompu en renforçant les capacités et les infrastructures pour une prévision, une quantification, une planification de l'approvisionnement, un stockage et une distribution appropriés des produits de base liés au traitement préventif de la tuberculose.
10. Susciter la demande par l'utilisation du matériel d'information, d'éducation et de communication et par des activités de proximité.

3. Autres mises à jour

Études de cas de l'OMS sur la participation de la société civile et des communautés dans l'élimination de la tuberculose

La participation significative de la société civile et des communautés touchées par la tuberculose est essentielle pour améliorer la portée et la pérennité des interventions de lutte contre la tuberculose. L'OMS a récemment publié un recueil d'études de cas présentant diverses expériences mondiales, régionales et nationales de participation de la société civile et des communautés dans les efforts visant à mettre fin à la tuberculose. Les études de cas mettent en lumière les approches innovantes et les meilleures pratiques pour faire participer diverses parties prenantes, y compris les communautés touchées, les gouvernements et le secteur privé, dans l'élaboration des politiques, la mobilisation des ressources et l'action locale. Il s'agit par exemple de piloter des groupes d'action communautaire au Pakistan, d'apporter un soutien en matière de santé mentale pour promouvoir la non-discrimination et sensibiliser à la stigmatisation au Pérou et de piloter une application de dépistage de la tuberculose en Zambie. Conçu pour compléter les directives de l'OMS sur la participation de la société civile et des communautés pour mettre fin à la tuberculose, ce recueil fournit des exemples pratiques de collaboration réussie entre la société civile et les communautés dans la lutte contre la tuberculose, dans le but d'informer et d'inspirer les parties prenantes nationales dans leurs efforts pour mettre fin à la tuberculose et promouvoir des soins centrés sur la personne. Les études de cas sont disponibles sur le [site Web de l'OMS](#).



Conférence sur les innovations en matière de tuberculose 2025

La deuxième Conférence sur les innovations en matière de tuberculose se tiendra le 12 mai 2025, à Windhoek, en Namibie. Elle vise à mettre en lumière les innovations en matière de diagnostic de la tuberculose, les défis liés à la gestion clinique de la tuberculose pour les personnes atteintes d'une maladie à VIH à un stade avancé, ainsi que diverses perspectives sur la manière d'intégrer la prise en charge de la tuberculose, du VIH et d'autres affections concomitantes. La conférence permet d'ouvrir le débat en temps opportun sur l'avenir des tests de pharmacorésistance et les limites actuelles des solutions basées sur les données pour la tuberculose, entre autres sujets pertinents. Le programme comprend des séances plénières, des présentations de résumés, une exposition d'affiches, des tables rondes, de nombreuses opportunités de réseautage et une salle d'exposition animée. Elle offre aux chercheurs en début de carrière une occasion exceptionnelle de discuter de leurs travaux avec les plus grands experts mondiaux. Des résumés sont demandés pour les catégories suivantes :

- Dépistage de la tuberculose symptomatique et/ou asymptomatique
- Comorbidités et co-infections liées à la tuberculose
- Gestion clinique de la tuberculose, y compris pour les personnes atteintes d'une maladie à VIH à un stade avancé
- Pharmacorésistance de la tuberculose
- Diagnostic de la tuberculose
- Séquelles pulmonaires de la tuberculose
- Intelligence artificielle et mégadonnées dans la recherche sur la tuberculose et/ou la mise en œuvre de programmes

Compte tenu de l'interaction importante entre la tuberculose et le VIH en Afrique, le programme sera organisé comme un événement préalable à la conférence annuelle INTEREST sur la recherche sur le VIH dans les contextes à ressources limitées. De plus amples informations sur la conférence sont disponibles [ici](#).

4. Témoignages

« La tuberculose demeure un problème de santé publique au Zimbabwe. Le Zimbabwe a élaboré des politiques et des lignes directrices pour garantir l'accès des groupes à haut risque aux services de prévention de la tuberculose. Avec le soutien du Fonds mondial, nous avons mis à l'échelle des traitements préventifs de la tuberculose plus courts pour les contacts, les personnes vivant avec le VIH et les personnes atteintes de silicose, en utilisant des innovations telles que le modèle hybride d'enquête sur les contacts pour améliorer la prise en charge et la prévention de la tuberculose. »



Dr Fungai Kavenga

Directeur adjoint, Prévention et contrôle de la tuberculose

Ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance, Zimbabwe

« En l'absence d'un vaccin contre la tuberculose, le traitement préventif de la tuberculose est notre meilleur outil pour briser la chaîne de transmission. Il est essentiel d'investir dans des initiatives dirigées par les communautés, de garantir l'accès à des radiographies numériques équipées de l'intelligence artificielle et d'intégrer la prévention dans les soins de santé primaires. En accordant la priorité à la prévention aujourd'hui, nous protégeons les générations futures de cette maladie que l'on peut éviter et traiter, et nous nous rapprochons de son élimination. »



Sania Saeed

Célébrité ambassadrice de Stop TB, Pakistan



Le Fonds mondial / Brian Otieno



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.