AFRICAN CONSTITUENCY BUREAU
FOR THE GLOBAL FUND

Note de Synthèse - Mars 2021

Recherche stratégique sur la lutte contre la tuberculose (TB)
Trouver les cas manquants de tuberculose en Afrique

Contexte de la recherche

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié trois listes de pays à forte charge de morbidité : TB, TB/VIH, TB multirésistante (TB-MR). Chaque liste contient 30 pays : 20 pays qui présentent le plus grand nombre de cas en valeur absolue, et 10 pays, ne figurant pas parmi les 20 premiers, qui présentent le plus grand nombre de cas par habitant et atteignent le seuil minimal en nombres absolus de cas.
- Les pays africains figurant sur les trois listes sont l'Angola, la RD Congo, l'Ethiopie, le Kenya, le Mozambique, le Nigéria, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe. La République centrafricaine, le Congo, le Lesotho, le Libéria, la Namibie, la Tanzanie et la Zambie sont des pays à forte charge de morbidité TB et TB/VIH. Le Botswana, le Cameroun, le Tchad, le Ghana, la Guinée-Bissau, le Malawi, l'Eswatini et l'Ouganda sont des pays à forte charge de morbidité TB/VIH uniquement. La Sierra Leone est un pays à forte charge de morbidité TB seulement et la Somalie un pays à forte charge de morbidité TB-MR uniquement.

Introduction

Le Fonds mondial a financé l'**Initiative stratégique visant à trouver les patients TB manquants** dans le cadre des fonds de contrepartie pour la TB jusqu'en fin 2019. L'initiative visait à permettre la notification de 1,5 million de personnes supplémentaires atteintes de TB dans treize pays prioritaires dont six pays africains : Afrique du Sud, Kenya, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo et Tanzanie. Les pays ont obtenu ces subventions comme ressources supplémentaires en plus de leurs subventions normales. Le partenariat Stop TB hébergé par l'UNOPS était un partenaire de mise en œuvre de cette **initiative stratégique (IS).**

Le modèle de l'oignon et la cascade de soins

Le rapport portait sur le nombre de cas de TB manquants en Afrique. Dans l'optique de décrire les "données manquantes", le modèle de l'oignon décrit à l'origine par Chris Dye[1] et la cascade de soins adaptée du modèle de l'oignon ont été utilisés pour retracer chaque étape du parcours de soins d'un cas présumé de TB, depuis la situation de cas prévalent sans accès aux soins, à l'initiation du traitement de la TB dans un établissement de santé. Une approche similaire a été utilisée en Indie[2].

Pour comprendre le nombre de cas manqués par un programme de lutte contre la TB, il est nécessaire de décomposer le parcours de soins en étapes ; chaque étape identifie des lacunes uniques et nécessite des interventions uniques. Pour commencer, l'étape ou le cercle le plus éloigné donne une indication du nombre de cas prévalents dans la communauté, généralement indiqué par une enquête de prévalence au niveau national ; l'étape la plus proche constitue le nombre de cas qui ont achevé le traitement avec succès. La prévalence : ratio de notification (P:N) donne une indication de la proportion de cas manquants mais ne montre pas à quel moment du parcours de soins ces cas ont été manqués[3].

Il est donc essentiel que des analyses programmatiques ou des recherches supplémentaires soient menées pour chacun des cercles ou étapes du modèle.

Le présent rapport met l'accent sur le taux d'incidence estimé actuellement, la tendance du taux d'incidence estimé au cours des dix dernières années et l'écart entre la notification et l'estimation, c'est-à-dire la proportion de cas manquants[4]. L'accent doit être mis sur **dix pays** dans lesquels il est crucial de mettre en œuvre immédiatement des interventions visant à trouver les cas manquants.

Synthèse des résultats

- Environ 30 % des cas de TB sont "manquants", c'est-à-dire qu'ils ne sont pas découverts ou diagnostiqués, et continuent de transmettre la maladie au sein des communautés.
- Les efforts programmatiques, la recherche, les méthodes traditionnelles et non traditionnelles doivent être utilisés afin d'identifier et de trouver les cas manquants.
- En l'absence d'approches déterminées et innovantes, il pourrait être impossible d'atteindre les objectifs de la stratégie "End TB" dans de nombreux pays africains.

Dix (10) pays doivent se concentrer sur la recherche des cas manquants

Quatre pays à incidence extrêmement élevée : **l'Afrique du Sud, la République centrafricaine et le Lesoth**o sont trois des cinq seuls pays à charge de morbidité de TB élevée au niveau mondial avec une incidence >500/100 000 habitants. Le **Gabon** est un pays à charge de morbidité intermédiaire mais a une incidence estimée à 521/100 000 (95%CI 337-744) et a enregistré une tendance à la hausse de l'incidence au cours des dix dernières années ; en outre, seuls 48% des cas estimés sont atteints.

Six pays présentant une tendance à la hausse de l'incidence avec un écart important entre la notification et l'estimation : les pays présentant une tendance à la hausse du taux d'incidence estimé et un écart important (>40% non atteints) sont le **Nigéria** (73% non atteints)**, la Guinée-Bissau** (65% non atteints), **la Somalie** (58% non atteints)**, le Libéria** (46% non atteints), Congo (41% non atteints) et Madagascar (41% non atteints).

Il est important de noter que le Gabon et Madagascar ne sont pas classés par l'OMS comme des pays à forte charge morbidité, mais ils ont été inclus dans ce groupe en raison de leurs taux d'incidence, de la tendance à la hausse de l'incidence et d'un écart important entre la notification et l'estimation.

De nombreux autres pays pourraient être considérés comme présentant un risque élevé de cas manquants, soit en raison d'une tendance à la hausse de l'incidence, soit en raison d'un écart important entre la notification et l'estimation ; Par exemple, l'Angola a une tendance à la hausse du taux d'incidence mais un écart de 66 %, le Ghana a une tendance assez stable du taux d'incidence mais un écart de 34 %, la Guinée équatoriale a une tendance à la hausse du taux d'incidence mais un écart de 63 %, tout comme la RD Congo qui a une tendance à la hausse mais un écart de 64 %, La Libye a un taux d'incidence apparemment stable à l'exception des données de 2019 mais un écart de 56%, Sao Tomé et Principe ne montre pas une tendance constante à la hausse du taux d'incidence mais enregistre un écart de 57% et le Sénégal a un taux d'incidence assez stable mais un écart de 57%.

Sur les dix-sept pays susmentionnés, six sont issus de la **région d'Afrique centrale** (six pays sur huit : Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, RD Congo, Guinée équatoriale, Gabon et São Tomé & Principe) et cinq de la **région d'Afrique de l'Ouest** (cinq pays sur dix-sept). En outre, la RD Congo figure sur la liste des dix pays de l'OMS présentant d'importants écarts en matière de notification et d'estimation. Il serait donc important de se concentrer principalement, mais pas exclusivement, sur ces régions au cours des prochaines années.

Recommandations stratégiques

1. **Un financement supplémentaire pour les cas de TB manquants est-il encore nécessaire ?** Le FM doit continuer à soutenir l'IS visant à trouver les cas de TB manquants en mettant l'accent sur les dix pays mis en évidence dans le présent rapport et en particulier ceux d'Afrique de l'Ouest et Centrale ; une approche de financement échelonné pourrait être envisagée
2. **Où se trouvent les patients de TB manquants ?** L'IS visant à trouver les cas de tuberculose manquants devrait mettre fortement, mais pas exclusivement l'accent sur les dix pays classés à haut risque pour les cas de TB manquants dans le présent rapport et sur les régions d'Afrique de l'Ouest et centrale.
3. **Qui sont les patients de TB manquants ?** L'IS visant à trouver les cas de TB manquants devrait mettre fortement mais pas exclusivement l'accent sur la première étape de la cascade de soins, pour trouver les cas prévalents manquants qui n'ont pas accès aux soins. Il est toutefois important de noter que dans certains pays, les étapes suivantes de la cascade de soins ne sont pas mises en œuvre. Une approche pays par pays doit donc être adoptée pour s'assurer que tous les écarts sont étudiés et comblés, en particulier dans les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale.
4. **Pourquoi les patients de TB manquants ne sont-ils pas diagnostiqués et/ou notifiés et référés pour un traitement adéquat ?** L'IS visant à trouver les cas de TB manquants devrait mettre l'accent sur des recherches spécifiques au contexte, adaptées aux charges de morbidité et aux contextes des pays, afin de mettre en évidence les raisons pour lesquelles les cas manquants ne sont pas diagnostiqués, ne sont pas initiés au traitement et ne sont pas observants. Les recherches doivent documenter les patients manquants ou n'accédant pas rapidement aux soins, par exemple en analysant le parcours des patients ou en enquêtant sur la cascade de soins.
5. **Que peut-on faire pour trouver les patients TB manquants ?** Pour trouver les cas de TB manquants, l'IS doit soutenir des recherches operationnellesx de mise en œuvre portant sur chaque étape de la cascade de soins afin de mettre en évidence toutes les difficultés rencontrées par les cas manquants ; les interventions pourraient ensuite être adaptées et ciblées en fonction des contextes spécifiques et généraux et pourraient inclure le DOT communautaire.

Références

1. Bierrenbach, A. and Floyd, K. (2009) *TB Impact Measurement*. Geneva: World Health Organisation Press.
2. Subbaraman, R. *et al.* (2016) 'The Tuberculosis Cascade of Care in India's Public Sector: A Systematic Review and Meta-analysis', *PLoS Medicine*. Public Library of Science, 13(10). doi: 10.1371/journal.pmed.1002149.
3. Law, I. *et al.* (2020) 'National tuberculosis prevalence surveys in Africa, 2008–2016: an overview of results and lessons learned', *Tropical Medicine and International Health*. Blackwell Publishing Ltd. doi: 10.1111/tmi.13485.
4. *Stop TB Partnership | High Burden Countries* (2020). Available at: http://www.stoptb.org/countries/tbdata.asp (Accessed: 7 December 2020).

Remerciements et financement

Cette note de synthèse a bénéficié d'une recherche indépendante financée par le Bureau de la Circonscription Africaine (BCA) pour le Fonds mondial et menée par le Dr Mareli Claassens.
Le BCA exprime sa reconnaissance à la Fondation Bill et Melinda Gates, le Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO) pour leur financement.

AFRICAN CONSTITUENCY BUREAU FOR THE GLOBAL FUND
UNDP, Regional Service Center for Africa Kirkos Sub City, Addis Ababa Ethiopia
P.O.box: 1205/1250 - info@africanconstituency.org - (251) 115 571 649 / (251) 115 570 996
www.africanconstituency.org