



Photo: Eric Bond/EGPAF, 2018

Vaincre la tuberculose de l'enfant:

Étude de plusieurs pays destinée à évaluer les politiques et préparations nationales favorables à la lutte contre la tuberculose de l'enfant.



Elizabeth Glaser
Pediatric AIDS Foundation
Agissons pour une génération sans SIDA



Table des matières

Remerciements	1
Acronymes	2
1. Résumé	5
2. Introduction	8
3. Méthodologie	10
4. Principaux constats et recommandations	13
4.1. Soutien politique et financier	13
Recommandations principales	17
4.2. Dépistage et recherche de cas	18
Principales recommandations	22
4.3. Diagnostic	23
Principales recommandations	27
4.4. Traitement de la tuberculose chez les enfants et adolescents	28
Principales recommandations	32
4.5. Le TPT	33
Principales recommandations	36
4.6. Intégration	37
Principales recommandations	40
4.7. Monitoring and Evaluation	41
Principales recommandations	42
5. Appel à l'action	43
Références	47

Remerciements

Cette évaluation, réalisée au travers de plusieurs pays, des politiques de lutte contre la tuberculose de l'enfant, a été élaborée avec le soutien de Gabriella Ferlazzo Natoli. Elle a été financée via le programme “Catalyzing Pediatric Tuberculosis Innovations” – CaP TB (*Servir de catalyseur à l'innovation contre la tuberculose pédiatrique*) mis en œuvre par la Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA pédiatrique (EGPAF) et financé par Unitaid. Les auteurs remercient pour leur travail considérable les bureaux nationaux d'EGPAF ainsi que les représentants des programmes de lutte contre la tuberculose des pays concernés, notamment pour leur identification de documents nationaux de première importance, leurs nombreux rapports et leurs conseils. Les auteurs remercient également pour leur soutien les représentants du programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS.

Unitaid est une agence de santé mondiale qui s'emploie à trouver des solutions innovantes pour prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies plus rapidement, plus efficacement et à moindre coût dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Elle finance notamment des initiatives visant à lutter contre de grandes maladies telles que le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, mais aussi contre les co-infections et comorbidités liées au VIH, comme le cancer du col de l'utérus et l'hépatite C. L'organisation soutient en outre des projets qui ciblent des domaines transversaux, tels que le traitement de la fièvre.

En tant qu'acteur clé du Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, Unitaid mobilise désormais son expertise pour répondre aux défis posés par le développement de nouvelles thérapies et de nouveaux diagnostics pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Unitaid est un partenariat hébergé par l'Organisation mondiale de la Santé.

Acronymes

1HP	traitement de 1 mois à l'isoniazide et à la rifapentine
3HP	traitement de 3 mois à l'isoniazide et à la rifapentine
3RH	traitement de 3 mois à la rifampicine et l'isoniazide
ANR	autorité règlementaire nationale
RH	rifampicine et isoniazide
RHZ	rifampicine, isoniazide et pyrazinamide
BDQ	bédaquiline
CaP TB	“Servir de catalyseur à l'innovation contre la tuberculose pédiatrique”
CXR	radiographie pulmonaire
DLM	délamanide
INH	isoniazide
LF-LAM	dosage du lipoarabinomannane à flux latéral
LME	Liste des médicaments essentiels
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PSN	Plan stratégique national
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
PTBE	tuberculose extra-pulmonaire
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
S&E	suivi et évaluation
SMNE	santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
TB LAMP	test d'amplification isotherme induite par boucle
TCT	test cutané à la tuberculine
TPI	traitement préventif par l'isoniazide
TPT	traitement préventif de la tuberculose
UNHLM	Réunion de haut niveau des Nations Unies

Préambule

Le Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) salue l'évaluation des politiques nationales menée par l'EGPAF dans le cadre du projet CaP TB financé par Unitaid. Il s'agit d'une étude importante qui met en relief, au travers des pays analysés, l'avancement de la mise en œuvre de leurs activités programmatiques en faveur des enfants et des jeunes adolescents touchés ou risquant d'être atteints par la tuberculose. Ce rapport synthétise également la manière dont les progrès peuvent être accélérés en vue de se diriger vers l'atteinte des objectifs mondiaux de la Réunion de Haut Niveau des Nations Unies sur la tuberculose, tels que décrits dans la Feuille de route pour mettre fin à la tuberculose chez les enfants et les adolescents publiée en 2018 par l'OMS.

Les estimations du Rapport mondial 2021 sur la tuberculose publié par l'OMS révèlent que chaque année 1,1 million d'enfants et de jeunes adolescents âgés de moins de 15 ans contractent la tuberculose, et que cette tranche d'âge constitue 11% de la charge mondiale de la maladie. Cependant, en 2020, moins de 40% de ces enfants ont été diagnostiqués et signalés aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. On estime que 63% des enfants de moins de 15 ans et 72% des enfants de moins de cinq ans n'ont pas été diagnostiqués. La pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif énorme en termes de diagnostic et de notification de la tuberculose des enfants et jeunes adolescents. Le nombre de notifications de cas de tuberculose dans cette tranche d'âge a chuté de 24% entre 2019 et 2020, contre 18% pour les personnes âgées de 15 ans et plus.

L'évaluation menée par l'EGPAF montre que les politiques de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant sont plus largement répandues aujourd'hui qu'en 2018, ce qui est un constat encourageant. Cependant, le rapport révèle également que de nombreuses lacunes subsistent en ce qui concerne les interventions opérationnelles, l'adoption de politiques ainsi que le financement de la prévention, du diagnostic, du traitement et des soins de la tuberculose des enfants et adolescents. Cette situation préoccupe toutes les parties prenantes impliquées dans les programmes de lutte contre la tuberculose, et appelle à l'adoption urgente de mesures adéquates pour y remédier.

Le Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS va continuer à actualiser ses lignes directrices sur la base des dernières données disponibles, et à aider les pays à adopter rapidement puis accélérer la mise en œuvre des recommandations de l'OMS. Les conclusions de l'évaluation menée par l'EGPAF serviront à étayer les stratégies pour optimiser l'adoption des politiques et des lignes directrices mondiales et progresser plus rapidement vers la réalisation des objectifs mondiaux fixés par la Réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la tuberculose, progression qui jusqu'à présent a été trop lente. Par conséquent, nous encourageons les pays à faire usage de ce rapport afin de renforcer la mise en place d'interventions qui ciblent toutes les étapes du parcours de soins de la tuberculose des enfants et adolescents, afin d'améliorer les résultats pour les patients, éviter les souffrances inutiles et sauver des vies.



Dr Tereza Kasaeva

*Directrice, Programme mondial de lutte contre la tuberculose
Organisation Mondiale de la Santé*

Pendant trop longtemps, la tuberculose de l'enfant a été négligée par les interventions de santé publique. La Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA pédiatrique (EGPAF) travaille sans relâche pour que la tuberculose infantile soit élevée au rang de priorité permanente à l'agenda mondial de la santé. Nous disposons des outils et de l'expérience programmatique pour mettre réellement fin à l'épidémie de tuberculose chez les enfants. Cependant, le monde demeure loin d'avoir atteint les objectifs internationaux fixés en matière de lutte contre cette maladie. De 2018 à 2020, seuls 1,4 million d'enfants ont été soignés contre la tuberculose, soit moins de la moitié (41%) de l'objectif de mise sous traitement de 3,5 millions d'enfants d'ici 2022. De plus, en 2020, la plupart des enfants atteints de tuberculose n'ont pas eu la possibilité d'être soignés, car seuls 40% des enfants nécessitant un traitement contre la tuberculose ont été identifiés et signalés.

L'adoption rapide d'outils et de politiques innovants fondés sur les lignes directrices et les recommandations de l'OMS est une première étape essentielle pour mettre fin à la tuberculose infantile. Prenant acte de l'engagement international, de la volonté et du soutien nécessaires à la création de contextes nationaux propres à promouvoir l'élimination de la tuberculose infantile, l'EGPAF a mené dans 10 pays, en 2018 puis en 2021, une évaluation de leurs programmes, politiques et de manière générale de leur préparation en matière de lutte contre tuberculose de l'enfant et de l'adolescent, ceci dans le cadre de son projet "Catalyser les innovations en matière de tuberculose pédiatrique" soutenu par Unitaid. Si la mise en parallèle de l'évaluation de 2018 avec celle de 2021 indique que des progrès ont été réalisés par les programmes nationaux dans l'adoption des politiques et pratiques les plus efficaces, d'importantes lacunes subsistent néanmoins. Nous espérons que cette évaluation sera utilisée comme outil de plaidoyer par les pays, les gouvernements, la société civile, les groupes de patients, les agences d'implémentation techniques et les donateurs afin d'identifier et d'agir sur les lacunes qui restent à combler dans la lutte contre la tuberculose pédiatrique.

Le temps presse. L'EGPAF s'engage avec détermination à travailler avec ses partenaires pour faire progresser ensemble cet agenda. Mettre en œuvre concrètement ces recommandations politiques afin de créer l'environnement le plus satisfaisant possible garantira aux enfants un accès de qualité aux services nécessaires et nous rapprochera du terme de l'épidémie. Cette évaluation étant maintenant à disposition, les partenaires de la lutte contre la tuberculose du monde entier doivent en faire usage de manière urgente s'ils veulent amener un changement véritable et profond pour les enfants et les adolescents partout dans le monde.



Charles Lyons
President Directeur Général,
Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA pédiatrique (EGPAF)

1. Résumé

La tuberculose de l'enfant, une maladie infectieuse évitable et curable, continue chaque année de peser négativement sur l'existence de millions d'enfants et d'adolescents. En 2020, alors que les enfants (de moins de 15 ans) représentaient 11% de la charge totale de la tuberculose en 2019, la majorité d'entre eux demeure non diagnostiquée et non traitée.¹ Pendant trop longtemps, la tuberculose de l'enfant n'a pas suffisamment figuré à l'agenda mondial de la santé publique et a souvent été négligée par les responsables des politiques de santé et des programmes de lutte contre la tuberculose. Alors que la communauté internationale a reconnu au cours de la dernière décennie qu'il était nécessaire de redoubler d'efforts dans la lutte contre la tuberculose de l'enfant, les progrès vers la réalisation des objectifs mondiaux en la matière restent lents.¹

Dans le cadre de son projet "*Catalyzing Pediatric Tuberculosis Innovations*" financé par Unitaid, la Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA pédiatrique (EGPAF) a mené en 2018 et en 2021 des évaluations à propos des politiques, directives et préparations des pays favorables à la lutte contre la tuberculose de l'enfant. 10 pays ont ainsi été évalués : Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe.

L'objectif de l'évaluation 2021 est de :

- estimer les progrès réalisés par les pays sur une période de trois ans,
- identifier les domaines qui nécessitent des efforts significatifs, et
- proposer des recommandations pour combler les lacunes.

Cette évaluation se veut être un outil de plaidoyer pour les pays, les gouvernements, la société civile, les groupes de patients, les agences d'implémentation techniques et les donateurs, afin d'identifier les lacunes qui restent à combler et d'agir en conséquence.

Les résultats de l'évaluation 2021 indiquent une amélioration par rapport à 2018 des politiques et directives de lutte contre la tuberculose chez l'enfant dans les 10 pays évalués. Néanmoins, d'importantes lacunes subsistent dans la mise en œuvre d'une réponse efficace.

- **Entre 2018 et 2021, une attention plus importante a été accordée dans les plans stratégiques nationaux à la tuberculose des enfants et des adolescents.** Cependant, l'obtention d'un soutien financier adapté et de budgets spécifiques pour les activités liées à la tuberculose de l'enfant reste un questionnement important pour la plupart des pays. En outre, tous les pays n'ont pas fixé d'objectifs spécifiques en matière de diagnostic et de traitement de la tuberculose de l'enfant.
- **Dans les 10 pays évalués, on constate certaines améliorations en matière d'adoption des dernières politiques et recommandations relatives aux stratégies de dépistage et de recherche de cas.** Il s'agit, par exemple, de l'inclusion du dépistage à tous les membres de la famille d'un cas de tuberculose ainsi qu'à ses contacts proches, et ce indépendamment de leur âge et de leur statut sérologique. Cependant, des efforts restent à faire pour que la tuberculose fasse pleinement partie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

- **Il convient d'accélérer l'intégration des services de lutte contre la tuberculose à d'autres services de santé, et également l'adaptation des politiques et directives nationales, afin d'inclure l'intégration du diagnostic, du traitement, de la prévention et du suivi de la tuberculose à d'autres services de santé, sur la base des modèles sanitaires les plus appropriés à un contexte spécifique.** Le manque d'intégration des soins antituberculeux pour les enfants et les adolescents à d'autres services, comme la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la nutrition et les services généraux des consultations externes, représente une occasion manquée de détecter à temps les enfants atteints de tuberculose et de les mettre sous traitement adapté, ce qui permettrait de prévenir la tuberculose et d'éviter le développement de formes plus graves de la maladie.
- **Les politiques et directives nationales relatives aux schémas de traitement de la tuberculose pharmacosensible et de la tuberculose pharmacorésistante sont conformes aux standards de soins les plus élevés.** Le traitement de la tuberculose pharmacosensible des enfants et des adolescents est abordé dans les lignes directrices nationales et est conforme aux standards les plus élevés. En ce qui concerne le traitement de la tuberculose pharmacorésistante des enfants et adolescents, il est remarquable que la plupart des pays aient mis à jour leurs lignes directrices afin de passer à des schémas courts et longs entièrement oraux. Il n'en reste pas moins que, dans quelques pays, l'absence de recommandations relatives à des schémas entièrement oraux reste préoccupante. Par ailleurs, même si nos résultats montrent que tous les pays ont commencé à se procurer des formulations pédiatriques pour les antituberculeux de seconde ligne, tous les pays ne passent pas des commandes pour tous les médicaments disponibles: ainsi certains produits clés tels que la moxifloxacine et la BDQ ne sont pas encore disponibles dans environ la moitié des pays évalués.
- **La fourniture d'un traitement préventif contre la tuberculose (TPT) pour atteindre les objectifs mondiaux d'ici 2022 ne se fera pas sans un redoublement des efforts à grande échelle et sans des investissements plus importants.** Tous les pays reconnaissent la nécessité de l'adoption précoce de politiques d'utilisation du TPT chez les enfants et les adolescents. Toutes les lignes directrices nationales comprennent des recommandations à propos du TPT chez les enfants et les adolescents, et la plupart des pays ont inclus dans leurs politiques et directives le traitement de trois mois à l'isoniazide et la rifapentine (3HP) ou le traitement de trois mois à la rifampicine et l'isoniazide (3RH). Cependant, notre évaluation a révélé des retards dans l'adoption de politiques et directives recommandant la fourniture de TPT à tous les membres de la famille ainsi qu'aux contacts proches des personnes-cas de tuberculose, indépendamment de l'âge et du statut sérologique, une fois écartée l'hypothèse de tuberculose évolutive.

Sur la base des résultats et des recommandations de la présente évaluation, la fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS appelle les responsables nationaux à :

-  **1. Favoriser investissement politique et soutien financier pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose de l'enfant.** Les pays doivent se fixer des objectifs ambitieux et s'engager à les atteindre conformément aux accords internationaux. Cela doit s'accompagner de la mise en place de budgets détaillés pour les activités liées à la tuberculose de l'enfant qui incarnent les ambitions des objectifs fixés concernant la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose de l'enfant et du Plan National Stratégique (PNS). Les dotations nationales et internationales sont impérativement nécessaires et doivent être consenties de manière continue afin combler les écarts financiers qui pèsent lourdement sur la prise en charge de la tuberculose.
-  **2. Adopter rapidement le recours aux dispositifs et stratégies recommandés par l'OMS pour le dépistage et la recherche active de cas** chez les enfants et les adolescents de moins de 15 ans qui sont contacts des cas index de tuberculose ainsi que pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH. Il s'agit notamment d'approuver l'usage d'un algorithme de dépistage adapté aux enfants, qui prenne en compte les signes et symptômes spécifiques à la tuberculose pédiatrique, notamment pour les jeunes enfants (moins de 10 ans), et de veiller à ce que des lignes directrices claires soient fournies pour que les enfants asymptomatiques soient considérés comme éligibles au TPT, en particulier parmi les populations à haut risque.
-  **3. Adopter les lignes directrices les plus à jour concernant le diagnostic de la tuberculose pédiatrique, notamment l'évaluation clinique, l'évaluation radiologique et l'utilisation des tests diagnostiques recommandés, chaque fois que cela est possible,** en approuvant les dernières recommandations en matière d'utilisation de dispositifs tels que le lipoarabinomannane urinaire à flux latéral pour la tuberculose, l'Xpert Ultra, et l'utilisation des selles en tant qu'échantillons dans le test Xpert.
-  **4. Garantir une disponibilité nationale de médicaments antituberculeux aux formulations adaptées, pour tous les enfants atteints de tuberculose,** grâce à une progression rapide vers l'approbation, l'homologation et l'adoption de toutes les formulations adaptées aux enfants pour le traitement et la prévention de la tuberculose pharmacosensible et de la tuberculose pharmacorésistante.
-  **5. Élargir l'utilisation des régimes de TPT à tous les enfants à risque** en étendant l'éligibilité au TPT et en introduisant de nouvelles solutions plus courtes de TPT.
-  **6. Accélérer l'intégration des services de lutte contre la tuberculose dans d'autres services de santé** en veillant à ce que le continuum de soins en matière de tuberculose des enfants et adolescents soit inclus dans tous ces services, et en adaptant les politiques et directives nationales afin d'inclure d'autres aspects de cette intégration qui aillent au-delà du dépistage (tels que le diagnostic, le traitement, la prévention et le suivi de la tuberculose) sur la base du modèle sanitaire le plus approprié pour un contexte spécifique.
-  **7. Améliorer les cadres et les stratégies de suivi et d'évaluation** afin de mieux informer les programmes nationaux, repérer les lacunes et les enjeux, et favoriser la fourniture de soins de qualité aux patients.

La lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents est un impératif en matière de droits de l'homme, et c'est grâce à la détermination et au soutien politique que cet objectif peut être réalisé - une obligation que le monde s'est engagé à respecter par tous moyens disponibles.^{2,3} L'heure tourne. Il est nécessaire de mettre en place des investissements et des actions urgents et plus ambitieux afin de mettre les pays sur la voie de la réalisation des objectifs de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose, et de mettre fin à la tuberculose des enfants et adolescents. L'engagement politique et le plaidoyer aux niveaux national et international sont fortement recommandés afin d'assurer une adoption et une mise en œuvre plus rapides de ces recommandations politiques destinées à lutter contre la crise de la tuberculose infantile.

2. Introduction

La tuberculose de l'enfant est une maladie infectieuse évitable et guérissable dont la charge contribue de manière importante à la morbidité et à la mortalité infantiles. Néanmoins, pendant trop longtemps, la tuberculose de l'enfant n'a pas suffisamment figuré à l'agenda mondial de la santé publique et a souvent été négligée par les responsables des politiques de santé et des programmes de lutte contre la tuberculose. Les difficultés diagnostiques et opérationnelles de la lutte contre la tuberculose de l'enfant, ainsi que l'hypothèse selon laquelle les enfants tuberculeux sont moins susceptibles de transmettre la maladie que les adultes et représentent donc une moindre menace pour la santé publique, ont contribué à diminuer l'attention portée à cette population vulnérable.⁴

Selon les données du rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose de 2021, les enfants (de moins de 15 ans) auraient dû représenter 11% de la charge totale de la tuberculose en 2020, soit l'équivalent de 1 100 000 cas. Mais seuls 430 460 (40%) des cas ont été notifiés aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNT) de sorte que la majorité des enfants n'a pas été diagnostiquée ou signalée. Le nombre estimé de décès dus à la tuberculose chez les enfants en 2020 était de 226 000. La co-infection tuberculose/VIH continue également de représenter une grande menace pour la santé des enfants. Les données sur la mortalité montrent que 10% des personnes séropositives qui sont décédées de la tuberculose dans le monde en 2020 étaient des enfants.¹

Au cours de la dernière décennie, la communauté internationale a reconnu la nécessité de consacrer davantage d'efforts à la lutte contre la tuberculose de l'enfant. La première feuille de route spécifique, comportant des étapes clés destinées à intensifier la réponse à la tuberculose de l'enfant et mettre fin aux décès dus à cette maladie, *Roadmap for Childhood Tuberculosis: Towards Zero Deaths*, a été publiée par l'OMS et ses partenaires en 2013.⁵ Un nouvel appel à l'action, *Roadmap Towards Ending TB in Children and Adolescents*,² a été lancé en 2018, avant la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose, qui fixait de nouvelles recommandations sur la manière de cibler les jeunes âgés de 10 à 19 ans et appelait à un plaidoyer soutenu, à un engagement fort et clair, à des financements ainsi qu'à une mobilisation des moyens pour lutter contre la tuberculose chez les enfants et les adolescents.

L'UNHLM de 2018 a représenté une étape cruciale dans la lutte contre la tuberculose, plus particulièrement contre la tuberculose de l'enfant. Les dirigeants mondiaux se sont engagés à atteindre des objectifs concrets d'ici 2022, dont beaucoup concernent de manière spécifique la tuberculose de l'enfant.³

Les progrès vers l'atteinte en 2018 et 2020 des objectifs fixés dans la lutte contre la tuberculose chez l'enfant sont restés lents: 1,4 million d'enfants ont été traités contre la tuberculose, soit 41%

de l'objectif quinquennal de 3,5 millions, et seulement 12 200 enfants ont été traités contre la tuberculose multi-résistante et la tuberculose résistante à la rifampicine, soit 11% de l'objectif quinquennal de 115 000 enfants. De même, pour ce qui est des contacts familiaux d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose, leur nombre a été bien inférieur aux objectifs prévus : 1,2 million ont été traités de 2018 à 2020, soit 29% de l'objectif quinquennal qui était de 4 millions.¹

Même si des progrès ont été réalisés ces dernières années en termes de dépistage, de diagnostic, de traitement et de stratégies de prévention de la tuberculose pour cette population extrêmement vulnérable, les lacunes actuelles dans la réalisation des objectifs de l'UNHLM montrent clairement qu'il reste beaucoup à faire. L'utilisation d'échantillons dont la collecte soit plus facile chez les enfants ont été recommandées pour l'usage du test Xpert MTB/RIF (Xpert); le test urinaire à flux latéral de lipoarabinomannane (LF-LAM) a lui aussi été recommandé pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants vivant avec le VIH. Des formulations pédiatriques pour le traitement de la tuberculose pharmacosensible et de la tuberculose pharmacorésistante ainsi que pour l'administration du traitement préventif sont désormais disponibles. Par ailleurs, on se préoccupe davantage d'intégrer la prise en charge de la tuberculose de l'enfant dans d'autres services, en particulier les services de lutte contre le VIH, la santé maternelle et infantile et la nutrition.

L'adoption rapide par les programmes nationaux des stratégies internationales les plus efficaces, l'acceptation des pratiques au niveau national, la responsabilisation et la mobilisation de ressources financières appropriées sont les premières étapes cruciales et essentielles vers l'atteinte des objectifs de l'UNHLM et vers la fourniture de soins de qualité pour les enfants atteints de tuberculose.

Le plaidoyer est donc essentiel pour surmonter les obstacles à l'accès aux soins, susciter puis évaluer la volonté politique et les capacités de préparation des pays à améliorer les services de lutte contre la tuberculose de l'enfant, et faire adopter les médicaments et les modèles thérapeutiques clés en matière de tuberculose pédiatrique.

En lien avec de nombreuses initiatives internationales, la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS (EGPAF) a réalisé en 2018, dans le cadre de son projet Catalyzing Pediatric Tuberculosis Innovations (CaP TB) financé par Unitaid, une analyse qualitative du paysage politique national et de l'état de préparation à la prise en charge de la tuberculose de l'enfant à travers 10 pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe). Les conclusions de l'analyse de 2018⁶ ont montré que si tous les pays évalués alors disposaient des dispositifs élémentaires nécessaires à l'amélioration, la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose pédiatrique, il subsistait des lacunes importantes dans les structures réglementaires et financières, ainsi que des retards dans l'implantation et le déploiement de diagnostics et de traitements innovants, ainsi que dans l'intégration des activités relatives à la tuberculose pédiatrique dans d'autres services.

L'évaluation 2021 de la gestion de la tuberculose infantile dans plusieurs pays a pour objectif d'analyser la préparation des pays ainsi que leurs politiques ciblant à la fois la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante chez l'enfant et l'adolescent. Cette évaluation mesure les progrès réalisés par les programmes nationaux au cours de ces dernières années en termes de l'attention qui est portée à la tuberculose de l'enfant et des ressources allouées à l'adoption rapide des meilleures politiques et pratiques, et mesure également les progrès de ces pays en matière d'évaluation des lacunes restantes.

Cette évaluation ne porte pas sur l'examen des pratiques sur le terrain, ni ne dresse un bilan de la prise en charge de la tuberculose de l'enfant au niveau national.

3. Méthodologie

L'évaluation multi-pays 2021 de la lutte contre la tuberculose de l'enfant consiste en une analyse qualitative des politiques et préparations nationales de 10 pays favorables à la lutte contre la tuberculose de l'enfant et l'adolescent. La population cible est les enfants de moins de 15 ans.

L'évaluation a porté sur ces secteurs essentiels:

-  1. L'engagement politique et financier en faveur de la prise en charge de la tuberculose de l'enfant, comprenant notamment les interventions dans les plans nationaux spécifiques à la lutte contre la tuberculose de l'enfant et l'adolescent
-  2. Les stratégies de dépistage et de recherche de cas
-  3. Les approches diagnostiques
-  4. Les traitements, y compris l'enregistrement dans les pays des formulations pédiatriques et leur approvisionnement
-  5. Les politiques, directives et modèles pour la fourniture du TPT
-  6. Les politiques et directives favorisant l'intégration des soins de la tuberculose de l'enfant dans d'autres services
-  7. Le cadre et les outils de suivi et d'évaluation (S&E) de la tuberculose des enfants et adolescents

Les indicateurs utilisés dans cette évaluation suivent étroitement les priorités énoncées dans la Feuille de route pour mettre fin à la tuberculose chez les enfants et les adolescents (*Roadmap Towards Ending TB in Children and Adolescents*).² Les recommandations les plus récentes de l'OMS, énumérées à [l'annexe A](#), sous forme de lignes directrices ou d'orientations rapides, sont utilisées comme normes de référence en matière de meilleures politiques et pratiques.

L'évaluation a été réalisée dans les 10 pays suivants : Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe.

L'évaluation a été réalisée par un examinateur extérieur travaillant en étroite collaboration avec l'équipe du projet CaP TB d'EGPAF et les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNT).

i. Révision du questionnaire et indicateurs

Le questionnaire utilisé pour l'évaluation de 2021 provient de la révision du questionnaire utilisé en 2018. La version 2018 est consultable à [l'annexe B](#), et la version 2021 [à la C](#).

Les politiques et pratiques internationales les meilleures ayant évolué au fil des années, la première étape a consisté à évaluer les changements apportés aux orientations de l'OMS entre 2018 et 2021, en prenant comme critères de référence les dernières recommandations publiées. Pour la plupart des indicateurs, les dernières recommandations de l'OMS, disponibles sous forme de lignes directrices ou d'orientations rapides, ont été utilisées comme références des meilleures politiques et pratiques. Pour certains des indicateurs évalués dans la section se rapportant au soutien politique et financier, les recommandations portées dans la *Roadmap Towards Ending TB in Children and Adolescents* ont également été utilisées.

A titre de comparaison, entre 2018 et 2021 la structure principale du questionnaire et la majorité des indicateurs n'ont pas changées, tout comme le critère d'âge concernant la tuberculose de l'enfant, qui inclut les enfants et les adolescents de 0 à 14 ans.

La version finale du questionnaire de 2021 contient 85 indicateurs, avec quelques sous-indicateurs.

La grande majorité des questions était constituée par des questions fermées, conduisant aux réponses "oui" ou "non". Le mot "partiellement" a été utilisé dans quelques cas (des explications à propos de cette catégorisation sont disponibles dans les résultats). Les réponses aux questions ouvertes ont été basées sur l'information qui était disponible ou bien sur les commentaires des équipes nationales et des responsables des PNT. Tout résultat qui n'a pu être vérifié par l'examineur extérieur est décrit dans la section qui s'y rapporte.

Le questionnaire a été examiné par des experts techniques travaillant au sein ou en dehors de l'équipe d'évaluation, y compris par des représentants du Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS, qui ont émis un avis avant validation finale.

ii. **Recueil de données**

Les documents nationaux clés tels que les plans stratégiques nationaux (PSN), les politiques, les lignes directrices, les dispositifs officiels telles que les registres, les supports de formation et les procédures normalisées (POS) ont été recueillis et compilés. Les documents disponibles ont été partagés avec l'examineur extérieur entre février et avril 2021.

Les résultats initiaux ont été partagés avec les équipes nationales d'EGPAF pour examen et ajout d'informations manquantes. Les questionnaires pré-finaux remplis ont été partagés avec les responsables des PNT des pays respectifs pour révision, recueil des documents de référence en attente et validation des informations recueillies. La grande majorité des informations recueillies au cours du processus de révision a été vérifiée via l'examen des documents nationaux officiels. En cas d'information ne pouvant être vérifiée, un représentant du PNT a été sollicité pour en confirmer l'exactitude. Les résultats qui n'ont pas pu être vérifiés par le biais de documents officiels sont signalés dans chacune des parties du rapport. Pour finir, les politiques et directives favorables qui ont été approuvées par les programmes nationaux jusqu'au 30 juin 2021 sont incluses dans le rapport.

iii. **Analyse et comparaison avec les résultats de 2018**

Les résultats des indicateurs ont été compilés dans un tableau de bord. Le présent rapport révèle les résultats de 2021, suivis d'une comparaison avec ceux de 2018.

Ce rapport indique les résultats obtenus dans les sept domaines susmentionnés et propose une comparaison avec les résultats de 2018. Chacune des sections consacrées aux résultats fournit également un bref aperçu des lacunes principales qui ont été identifiées et des recommandations spécifiques pour les combler.

iv. **Principales limites**

Les principales limites de cette évaluation sont les suivantes:

- La disponibilité et l'accès aux documents faisant état des ressources budgétaires des PSN étaient limités. Une documentation relative aux budgets n'était pas disponible pour tous les pays; dans ce cas, les résultats ont été rangés dans les catégories "non disponibles", "non applicables" ou "information non vérifiée". L'hétérogénéité des

dispositifs budgétaires utilisés a également été un facteur important propre à faire surgir d'éventuels biais dans la méthodologie d'analyse et dans la comparaison des résultats entre les pays.

- L'analyse des budgets des PSN ne constitue pas une évaluation des besoins financiers.
- Les données concernant la question de l'homologation par les autorités réglementaires nationales (ARN) ont été fournies au départ par les entreprises pharmaceutiques fabriquant les médicaments concernés, puis validées par les PNT. Dans les quelques cas où des divergences ont été identifiées, ce sont les informations reçues par les PNT qui ont été retenues.
- Les éléments relatifs aux stratégies générales d'approvisionnement des formulations pédiatriques de deuxième ligne ont été initialement extraites des données présentées par le Service Pharmaceutique Mondial lors de la Conférence de l'Union pour la tuberculose et la santé respiratoire de 2020, tandis que les éléments relatifs à l'approvisionnement des formulations de deuxième ligne ont été fournis par les PNT et retenus comme résultats finaux. Il n'a pas été possible de procéder à une triangulation et une vérification de ces informations auprès des agences internationales d'approvisionnement en médicaments.
- Les résultats des nouveaux indicateurs qui ont été ajoutés au questionnaire 2021 alors que non présents dans le questionnaire 2018 n'ont pu être comparés.
- A propos de tous les indicateurs : les résultats ne représentent qu'un instantané de la situation à la fin du mois de juin 2021 et ne peuvent être utilisés pour évaluer les progrès réalisés après cette date.

4. Principaux constats et recommandations

4.1. Soutien politique et financier

Un soutien politique fort et un appui financier important de la part des gouvernements engagés dans la lutte contre la tuberculose et contre la tuberculose de l'enfant, sont les premières étapes déterminantes pour parvenir à réduire la charge de la tuberculose chez la population vulnérable.

Les conclusions de cette section sont regroupées en 9 parties principales:

- A.** Inclusion des activités de lutte contre la tuberculose de l'enfant dans les PSN de lutte contre la tuberculose
- B.** Etablissement du diagnostic et des objectifs du traitement de la tuberculose de l'enfant
- C.** Appel à l'homologation, la mise en place et l'utilisation des formulations pédiatriques pour les médicaments antituberculeux dans les PSN
- D.** Budget des activités de lutte contre la tuberculose de l'enfant inclus dans les PSN et appui financier
- E.** Présence d'un groupe de travail actif sur la tuberculose de l'enfant au niveau de chaque pays
- F.** Lignes directrices, procédures normalisées et protocoles autonomes concernant la tuberculose des enfants et adolescents
- G.** Plans de renforcement des capacités et outils de formation sur la tuberculose des enfants et adolescents
- H.** Campagnes de sensibilisation du public (médias/ sensibilisation de la communauté)
- I.** Politiques et encadrement du rôle des prestataires privés/établissements de santé privés dans la prise en charge de la tuberculose des enfants et adolescents

A. Inclusion des activités de lutte contre la tuberculose de l'enfant dans les PSN de lutte contre la tuberculose

Tous les pays (10 sur 10) ont inscrit la lutte contre la tuberculose de l'enfant dans leur PSN; ces bons résultats sont conformes aux conclusions de 2018, cependant l'analyse de 2021 a montré une amélioration globale de l'attention portée à la tuberculose de l'enfant dans les PSN, avec des interventions beaucoup plus ciblées et spécifiques dans tous les domaines, et notamment le contrôle et la surveillance, la recherche opérationnelle, le traitement de la tuberculose pharmacorésistante, le TPT et l'appui technique.

B. Etablissement du diagnostic et des objectifs du traitement de la tuberculose de l'enfant

Huit pays sur dix se sont fixés des objectifs en matière de diagnostic et de traitement de la tuberculose chez l'enfant. L'un d'entre eux ne l'a fait que de manière partielle, avec des objectifs seulement en ce qui concerne la détection des cas et la prévention, mais non pour le traitement, et un pays sur dix n'a inclus d'objectifs clairs dans aucun des documents de référence vérifiables.

Il n'a pas été possible de comparer ces résultats avec les conclusions de 2018, car cet indicateur n'a pas été inclus dans l'évaluation de 2018.

C. Appel à l'homologation, la mise en place et l'utilisation des formulations pédiatriques pour les médicaments antituberculeux dans les PSN

Afin d'établir une comparaison entre 2018 et 2021, cet indicateur s'est intéressé spécifiquement aux combinaisons à dose fixe des formulations pédiatriques d'antituberculeux de première ligne. L'utilisation et l'homologation de nouvelles formulations pédiatriques telles que les comprimés solubles de 100 mg d'éthambutol et d'isoniazide ainsi que les médicaments de deuxième ligne sont abordées dans la section 4.4 relative au traitement.

Les résultats de 2021 indiquent des améliorations par rapport à 2018. En effet, 8 des 10 PSN des pays étudiés comprennent désormais un appel à faire enregistrer et/ou introduire et faire usage des combinaisons à doses fixes pédiatriques de première ligne. Quant aux 2 pays qui n'ont inscrit ces appels spécifiques dans leur PSN, des politiques et directives favorables à l'introduction et l'utilisation de ces médicaments y sont déjà en place depuis les années précédentes.

En 2018, six pays seulement avaient inclus dans leur PSN un appel spécifique à l'enregistrement, à l'introduction et à l'utilisation de formulations pédiatriques d'antituberculeux de première ligne.

D. Budget des activités de lutte contre la tuberculose de l'enfant inclus dans le PSN et soutien financier

En 2021, seuls 6 des 10 pays disposaient dans leur PSN de budgets clairs, détaillés et contrôlables spécifiquement alloués à la tuberculose de l'enfant; un pays faisait état d'un budget alloué à la tuberculose de l'enfant inscrit au sein d'un budget plus général destiné aux populations à risque, ce qui a pu être vérifié mais sans que puisse être analysé le financement des activités précisément liées à la tuberculose de l'enfant. Quant aux 3 autres pays, il n'a pas été possible d'analyser cette question en détail car les documents budgétaires nationaux n'étaient pas disponibles et n'ont donc pas pu être vérifiés. Les informations suivantes ont été rapportées par les équipes nationales et les responsables des PNT:

- Un pays a indiqué que le budget des activités liées à la tuberculose de l'enfant était inclus dans un budget plus large destiné à la population en général.
- Un pays a indiqué avoir alloué et sécurisé un budget pour les activités spécifiques de formation à la tuberculose de l'enfant et d'approvisionnement en formulations pédiatriques, par conséquent le résultat obtenu se trouvait indiqué comme "partiel".
- Un pays a déclaré que toutes ses activités liées à la tuberculose de l'enfant étaient incluses dans sa proposition soumise pour financement au Fonds mondial.

L'examen des 6 budgets nationaux vérifiables et inclus dans les PSN a montré que :

- tous (6 pays sur 6) avaient prévu un financement dédié à la tuberculose de l'enfant dans les domaines suivants : la recherche active de cas et le diagnostic, le traitement de la tuberculose pharmacosensible, le TPT, et pour d'autres activités telles que l'intégration des activités de lutte contre la tuberculose à d'autres services de santé, et la formation ;
- cinq pays sur 6 avaient prévu des budgets spécifiques destinés aux activités ciblant la tuberculose pharmacorésistante des enfants et adolescents ; et
- quatre pays sur 6 avaient prévu des budgets spécifiques destinés aux activités liées au suivi et à l'évaluation de la tuberculose des enfants et adolescents.

Par rapport à l'évaluation 2018 des politiques et directives nationales, ces résultats font état d'une amélioration dans le soutien financier alloué par les gouvernements aux activités de leur pays en matière de lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents: en 2018 en effet, seuls 3 pays sur 10 avaient inclus dans leur PSN des budgets spécifiquement dédiés à la recherche active de cas, au traitement de la tuberculose pharmacorésistante et au suivi et à l'évaluation de la tuberculose de l'enfant ; seuls 5 pays sur 10 avaient inclus des fonds pour le diagnostic de la tuberculose et le TPT chez les enfants ; et seuls 4 pays sur 10 avaient inclus des fonds pour le traitement de la tuberculose pharmacorésistante chez l'enfant.

Malheureusement, de même qu'en 2018, les résultats de 2021 indiquent que **tous les budgets relatifs à la tuberculose de l'enfant n'ont pas été entièrement approuvés**. Il a cependant été signalé par un pays que le budget de la quasi totalité de ses activités, à l'exception de la formation, avait été approuvé.

E. Présence d'un groupe de travail actif sur la tuberculose de l'enfant au niveau de chaque pays

Sept pays sur 10, contre 6 sur 10 en 2018, disposent d'un groupe de travail actif sur la tuberculose des enfants et adolescents. Dans les 3 autres – contre 2 en 2018 - la tuberculose de l'enfant constitue l'un des champs d'activités du groupe de travail plus général sur la tuberculose. Tous les pays (10 sur 10) ont sur le plan national un centre de coordination sur la tuberculose pédiatrique.

F. Lignes directrices, procédures normalisées et protocoles autonomes pour la tuberculose chez les enfants et les adolescents

Tous les pays (10 sur 10) disposent de lignes directrices et de procédures normalisées relatives à la tuberculose des enfants et adolescents dans le cadre de leurs lignes directrices nationales sur la tuberculose, contre 8 sur 10 en 2018. 7 pays sur 10 disposent de protocoles autonomes pour la prise en charge de la tuberculose des enfants et adolescents, et ce résultat est comparable à celui de 2018.

G. Plans de renforcement des capacités et outils de formation à propos de la tuberculose des enfants et adolescents

Comparé à 2018, une avancée majeure a été réalisée dans le domaine de la formation et du renforcement des capacités dans la lutte contre la tuberculose de l'enfant. Tous les pays (10 sur 10) ont établi des plans relatifs au renforcement des capacités concernant la tuberculose de l'enfant et l'adolescent, et 9 programmes sur 10 ont pu être contrôlés grâce aux documents de référence, le matériel de formation étant disponible au niveau national. En 2018, seuls 3 pays sur 10 avaient inscrit dans leurs plans d'action nationaux des activités de formation et de renforcement des capacités en matière de tuberculose chez l'enfant.

H. Campagnes d'information auprès du public (sensibilisation de la communauté / des médias)

Cet indicateur déterminait s'il y avait eu au cours de l'année écoulée (2020) au moins une campagne d'information auprès du public portant spécifiquement sur la tuberculose de l'enfant et l'adolescent, l'objectif étant d'accroître la sensibilisation de la communauté et lutter contre la stigmatisation. Les résultats indiquent que 7 pays sur 10 (contre 6 sur 10 en 2018) ont mené en 2020 au moins une campagne d'information publique spécifiquement à propos de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent ; 1 pays a mené au moins une campagne d'information sur la tuberculose, mais sans inclure de messages spécifiques concernant celle de l'enfant ; et 2 pays ont déclaré que ce type de campagne n'avait pas été réalisé en 2020.

I. Politiques et encadrement du rôle des prestataires privés/établissements de santé privés dans la prise en charge de la tuberculose des enfants et adolescents

Sept pays sur 10 ont inscrit des lignes directrices et des recommandations claires dans leur PSN, ou bien dans d'autres documents programmatiques essentiels, à propos du rôle du secteur privé dans la prise en charge de la tuberculose de l'enfant. Ceci représente une relative amélioration par rapport à 2018, où seuls 5 pays sur 10 disposaient de lignes directrices claires dans ce domaine important.

Tableau de bord 2021 - Soutien politique et financier – ICI

Tableaux de bord comparatifs 2018 - 2021 - Soutien politique et financier – ICI



Coup de projecteur: les progrès du Kenya et de la RDC dans leur appui politique et financier aux services de lutte contre la tuberculose de l'enfant

Plusieurs pays ont fait montre de grandes améliorations dans le domaine du soutien politique et financier à la lutte contre la tuberculose de l'enfant ; le Kenya et la RDC font partie des exemples les plus probants.

Le PSN du Kenya pour 2019-2023 et celui de la RDC pour 2021-2025 priorisent visiblement, tous secteurs considérés, la tuberculose de l'enfant et l'adolescent, et indiquent au moyen de descriptions détaillées les activités principales qui ciblent les enfants et les adolescents, activités qui concernent toutes les étapes de la cascade de soins de la tuberculose et de la tuberculose pharmacorésistante de l'enfant, ainsi que la surveillance, la recherche opérationnelle, le processus de suivi et d'évaluation et les besoins en assistance technique.

Les PNT établissent également des objectifs clairs en matière de diagnostic et de traitement des enfants et élaborent des budgets en conséquence, qui couvrent presque tous les domaines décrits dans les PSN, y compris la formation, le renforcement des capacités et les activités d'intégration dans tous les services de santé. Les deux pays ont élaboré des lignes directrices autonomes pour la prise en charge de la tuberculose chez les enfants et les adolescents, qui comprennent des recommandations concernant l'hospitalisation et les activités à mettre en œuvre à tous les niveaux de soins, y compris au niveau communautaire. En 2018, le Kenya et la RDC avaient déjà chacun mis en place un groupe de travail actif sur la tuberculose de l'enfant, qui a été maintenu au fil des ans et qui, espérons-le, continuera à l'être dans les années à venir. Le Kenya a également élaboré des politiques et directives claires qui définissent le rôle du secteur privé dans la prise en charge de la tuberculose de l'enfant.

Tous ces éléments révèlent les grands progrès que ces deux pays ont accompli depuis 2018, et sont des exemples de la manière dont l'engagement politique peut conduire à un changement efficace.

Principaux défis et lacunes

Sur le plan politique et programmatique, ces résultats montrent à quel point les insuffisances en matière de soutien financier continuent à devoir être comblées et résolues de manière adéquate. Il n'a pas été possible d'analyser si le budget proposé pour les activités spécifiques était en mesure d'assurer une couverture optimale des besoins. En outre, les résultats ont montré que les budgets des activités liées à la tuberculose de l'enfant proposés par les PNT n'avaient été approuvés dans aucun des pays étudiés, à l'exception de celui dont le budget avait été "presque entièrement approuvé". Cela montre à quel point la tuberculose de l'enfant reste sous-financée et combien des efforts supplémentaires sont nécessaires dans ce domaine.

Recommandations principales

1. Les pays doivent inclure et prioriser dans leur PSN dédié à la tuberculose toutes les activités essentielles à la lutte contre la tuberculose de l'enfant et l'adolescent. Des efforts particuliers doivent être réalisés en matière de surveillance, de suivi et d'évaluation, activités qui demeurent en partie négligées.
2. Tous les pays devraient établir des objectifs clairs en matière de diagnostic et de traitement de la tuberculose de l'enfant qui soient inclus dans leur PSN ou dans d'autres documents programmatiques : il s'agit en effet d'une étape essentielle pour être en capacité de suivre les progrès réalisés et pour que les pays soient rendus responsables de leurs engagements.
3. Les pays doivent inscrire des budgets détaillés et réalistes en matière de lutte contre la tuberculose de l'enfant, alignés sur les ambitions de leur PSN et sur les objectifs en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose de l'enfant établis par leur ministère de la santé et les PNT.
4. Une analyse plus approfondie s'avère nécessaire pour identifier les raisons du manque d'approbation complète des budgets nationaux de lutte contre la tuberculose de l'enfant, et pour agir en conséquence afin que les besoins en termes de financement soient couverts.
5. Un plaidoyer national et international est nécessaire pour accroître l'appui financier aux activités de lutte contre la tuberculose de l'enfant. Les efforts destinés à accroître le financement national de certains domaines, tels que l'achat de médicaments de première ligne à la qualité garantie, pourraient jouer un rôle de catalyseur et conduire à une meilleure utilisation des fonds internationaux au bénéfice d'activités et de secteurs négligés, tels que l'achat de nouvelles formulations pédiatriques et la mise en œuvre d'innovations dans la recherche des cas et la prévention.
6. Les efforts pertinents en matière de formation et de renforcement des capacités des personnels de santé doivent être soutenus. Les améliorations constatées au niveau des politiques et directives favorables et de la planification doivent s'accompagner d'une pleine application de la formation et du renforcement des capacités en matière de tuberculose pédiatrique à tous les niveaux du système de soins.
7. Les pays doivent continuer à prioriser dans leurs politiques et directives l'engagement et le rôle actif du secteur privé. Même si elle n'a pas été évaluée dans cette analyse, la participation d'autres prestataires de soins, tels que les organisations communautaires et les organisations de la société civile, reste essentielle.



4.2. Dépistage et recherche de cas

Les activités de recherche de cas représentent la première étape essentielle dans la cascade de soins de la tuberculose; les politiques et les orientations relatives aux stratégies les plus efficaces pour identifier tous les cas manquants sont souvent négligées. L'analyse 2021 s'est penchée sur l'état de préparation des pays et l'adoption des standards les plus élevés dans cette étape du parcours de soins.

Les conclusions de cette section sont regroupées en sept domaines principaux :

- A.** Politiques et recommandations pour le dépistage et l'évaluation d'une tuberculose évolutive parmi les familles et les contacts proches des cas de tuberculose.
- B.** Outils recommandés pour le dépistage des enfants identifiés comme cas contacts de la tuberculose
- C.** Politiques et recommandations pour l'évaluation d'une tuberculose évolutive chez les nourrissons nés de mères reconnues comme atteintes de tuberculose (ou avec un cas de tuberculose au sein de la famille).
- D.** Politiques et recommandations sur le dépistage de la tuberculose chez tous les enfants porteurs du VIH et sur le dépistage du VIH chez les enfants atteints de tuberculose.
- E.** Existence de lignes directrices nationales sur la PCIME et inclusion d'un algorithme de dépistage de la tuberculose dans les lignes directrices relatives à la PCIME.
- F.** Stratégies communautaires pour la recherche des contacts et le dépistage de la tuberculose.
- G.** Politiques et recommandations sur la recherche active périodique et systématique des cas, et le dépistage de la tuberculose pédiatrique en contextes spécifiques.

A. Politiques et recommandations sur le dépistage et l'évaluation d'une tuberculose évolutive parmi les familles et les contacts proches de cas de tuberculose

Tous les pays (10 sur 10) recommandent clairement le dépistage de la tuberculose évolutive pour toutes les familles et contacts proches de cas, indépendamment de l'âge et du statut sérologique. Les lignes directrices disposent d'un algorithme pour le dépistage de ces catégories. En 2018, 10 pays sur 10 recommandaient le dépistage et l'évaluation d'une tuberculose évolutive chez les enfants de moins de 5 ans se trouvant être les contacts proches de cas de tuberculose, mais seuls 8 pays sur 10 disposaient de recommandations concernant le dépistage des enfants âgés de 5 à 15 ans, indépendamment de leur statut sérologique. L'évaluation de 2018 n'a pas analysé les recommandations émises à propos de tous les contacts familiaux âgés de plus de 15 ans. Cela représente un changement très important, qui montre combien les pays en sont venus à reconnaître l'importance d'adopter promptement les standards les meilleurs afin de d'accroître la détection précoce des cas pour toutes les personnes à risque.

B. Outils recommandés pour le dépistage des enfants identifiés comme cas contacts de la tuberculose

L'analyse plus approfondie des recommandations concernant les outils utilisés dans le dépistage de la tuberculose évolutive chez les enfants de moins de 5 ans et les enfants de 5 à 14 ans révèle des résultats hétérogènes. C'est ainsi que :

- Tous les pays (10 sur 10) recommandent l'utilisation systématique du dépistage des symptômes de la tuberculose tel que préconisé par l'OMS, et 9 d'entre eux incluent le dépistage adapté d'évaluation de symptômes pédiatriques pour les enfants de moins de 5 ans.
- Sept pays sur 10 recommandent également, lorsqu'elle est disponible, l'utilisation systématique de la radiographie pulmonaire pour le dépistage des enfants de moins de 5 ans, et ce conformément aux dernières recommandations. 5 pays sur 10 recommandent l'utilisation de la radiographie pulmonaire, si elle est disponible, également chez les enfants plus âgés et chez les adolescents qui sont contacts de cas de tuberculose. Dans l'un des pays analysés, l'utilisation de la radiographie pulmonaire est recommandée en matière de dépistage uniquement si le test Xpert est négatif.
- Enfin, 4 pays sur 10 et 3 pays sur 10 ont actualisé leurs recommandations afin d'inclure l'utilisation du test Xpert, s'il est disponible, en tant qu'outil de dépistage pour respectivement les enfants de moins de 5 ans ainsi que pour les enfants plus âgés.

C. Politiques et recommandations pour l'évaluation d'une tuberculose évolutive chez les nourrissons nés de mères reconnues comme atteintes de tuberculose (ou ayant un cas de tuberculose au sein de la famille).

Comme en 2018, 10 pays sur 10 disposent de recommandations claires concernant le dépistage des nourrissons nés de mères tuberculeuses ou étant contact familial d'un cas de tuberculose évolutive.

D. Politiques et recommandations sur le dépistage de la tuberculose chez tous les enfants porteurs du VIH ainsi que sur le dépistage du VIH chez les enfants atteints de tuberculose.

L'analyse confirme les efforts constatés en 2018, puisque 10 pays sur 10 disposent de recommandations claires concernant le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH lors de chaque interaction avec des services cliniques, et concernant le dépistage systématique du VIH chez les cas de tuberculose et ce quel que soit l'âge.

E. Existence de lignes directrices nationales sur la PCIME et inclusion d'un algorithme de dépistage de la tuberculose dans les lignes directrices relatives à la PCIME.

Les résultats 2021 de ces indicateurs indiquent que 9 pays sur 10 ont mis en place des lignes directrices vérifiables sur la PCIME; 1 pays a déclaré avoir des directives nationales PCIME qui n'ont pas été partagées et n'ont pu être examinées. Cependant, il apparaît que :

- seuls 5 pays sur 9 disposent d'algorithmes de dépistage de la tuberculose inclus dans la PCIME, et
- pour les quatre pays restants: l'un a intégré une recommandation concernant le dépistage de la tuberculose sans que soit fourni d'outil spécifique, un autre a inscrit un algorithme dans ses directives à propos de la prise en charge des "nouveaux nés" mais n'en a pas inscrit dans ses directives plus globales concernant la PCIME, et enfin deux pays n'ont pas d'algorithme de dépistage de la tuberculose dans leurs directives relatives à la PCIME.

Même si une amélioration a pu être constatée par rapport à 2018 (dans 5 pays sur 10 en 2021 - contre 3 sur 10 en 2018 - des algorithmes de dépistage de la tuberculose ont été inclus dans les directives nationales sur la PCIME) des efforts demeurent nécessaires pour que la tuberculose soit pleinement intégrée dans les stratégies de PCIME.

F. Stratégies communautaires pour l'identification des contacts et le dépistage de la tuberculose.

Plusieurs indicateurs ont été évalués pour analyser les stratégies et les recommandations concernant le dépistage des communautés et la recherche des contacts. Les résultats indiquent que les pays ont pleinement reconnu l'importance d'une recherche de cas à mettre en place au niveau des communautés, puisque 10 pays sur 10 recommandent clairement l'investigation des contacts au niveau communautaire qui peut être effectuée par les personnels de santé communautaires, qui sont aussi autorisés à effectuer le dépistage de la tuberculose dans les communautés. Ceci représente une légère amélioration par rapport à 2018 où 9 pays sur 10 avaient mis en place les mêmes recommandations.

G. Politiques et recommandations concernant la recherche active périodique et systématique de cas, et le dépistage de la tuberculose pédiatrique en contextes spécifiques.

Un autre élément important qui a été évalué, dans le cadre des stratégies de recherche de cas au niveau communautaire, a été l'existence de politiques et directives favorables recommandant un dépistage périodique et systématique dans des milieux spécifiques tels que les écoles, les lieux de rassemblement et d'accueil de réfugiés, les centres de détention et les prisons, ainsi que les zones communales et les bidonvilles. Les résultats montrent un progrès dans l'adoption de politiques et directives visant à implanter cette activité importante, puisque 7 pays sur 10, contre seulement 3 sur 10 en 2018, ont mis en place des recommandations. Les milieux les plus habituels où ces recommandations s'appliquent se trouvent être les écoles, les crèches ainsi que les lieux d'accueil de réfugiés et de rassemblement.

Tableau de bord 2021- Dépistage et recherche de cas – [ICI](#)

Tableaux de bord comparatifs 2018-2021- Dépistage et recherche de cas– [ICI](#)



Coup de projecteur: le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Malawi affichent les efforts réalisés et les progrès accomplis en matière de politique de dépistage et de détection des cas.

Plusieurs pays ont déployé des efforts soutenus qui ont conduit à des progrès majeurs en matière de stratégies de dépistage et de recherche des cas de tuberculose pédiatrique; le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Malawi en sont de très bons exemples.

Le Cameroun a fait des progrès significatifs dans l'adoption des méthodes les plus performantes en matière de dépistage et de recherche de cas, tant au niveau des établissements que des communautés. Alors qu'en 2018, les politiques de dépistage de contacts proches ciblaient principalement les enfants de moins de 5 ans et les personnes infectées par le VIH, le pays a désormais évolué vers la recommandation du dépistage de toutes les familles et contacts proches de cas, indépendamment de l'âge et du statut sérologique. Le pays a également introduit des recommandations concernant l'utilisation de la radiographie pulmonaire pour le dépistage des enfants de moins de 5 ans qui sont des contacts de cas de tuberculose évolutive. Des lignes directrices pour la PCIME sont en place, et des recommandations spécifiques pour le dépistage de la tuberculose sont incluses dans les "lignes directrices relatives aux nouveaux nés". Les investigations concernant les cas contacts des communautés sont encouragées, et les consignes officielles ouvrent la possibilité aux personnels de santé des communautés d'effectuer des dépistages.

De même, les indicateurs de 2021 montrent que la **Côte d'Ivoire** s'est fortement engagée dans la recherche de cas chez les enfants et les adolescents, grâce à des stratégies claires de dépistage et d'investigation de contacts parmi toutes les catégories à risque, une grande attention portée à la recherche de cas au niveau communautaire, l'autorisation donnée aux personnels de santé communautaires de procéder à la recherche et au dépistage des contacts au niveau des communautés, et enfin grâce à des activités régulières et systématiques de recherche de cas dans des environnements bien précis tels que les écoles et les centres d'observation de jeunes mineurs. Même si le pays n'a pas encore inscrit l'usage de la radiographie pulmonaire comme outil de dépistage systématique des contacts indépendamment de symptômes (uniquement pour le diagnostic), ses stratégies de dépistage proposent un dépistage pédiatrique adapté aux enfants et basé sur les symptômes, qui comprend un questionnaire spécifique destiné à évaluer la présence de signes ou de symptômes de tuberculose extrapulmonaire. Par ailleurs, le pays a commencé l'introduction pilote d'Xpert comme outil de dépistage des enfants de moins de 15 ans qui sont contacts de cas de tuberculose.

Le Malawi dispose également de recommandations et d'algorithmes clairs en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose de toutes les familles et contacts proches de cas, avec un focus particulier sur les enfants et les adolescents. La prévalence du VIH étant particulièrement élevée dans ce pays, celui-ci accorde une grande attention au dépistage systématique du VIH chez les enfants et les adolescents atteints de tuberculose ainsi qu'au dépistage systématique de la tuberculose chez les enfants et les adolescents séropositifs. En plus des recommandations à propos du dépistage systématique des symptômes de la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans qui sont contacts de cas de tuberculose, le pays recommande comme outils de dépistage la radiographie pulmonaire et le test Xpert (si disponibles). Il dispose de lignes directrices nationales concernant la PCIME qui incluent un algorithme de dépistage de la tuberculose chez les enfants. Les activités de dépistage et de recherche des contacts au niveau des communautés sont recommandées et encouragées.

Principales difficultés et lacunes

Dans tous les pays sont mises en place des politiques de dépistage systématique de la tuberculose chez tous les membres d'une famille et les contacts proches de cas, de dépistage systématique de la tuberculose chez les enfants vivant avec le VIH, et de dépistage systématique du VIH chez les enfants atteints de tuberculose. Cependant, si certains pays ont commencé à introduire des méthodologies de recherche de cas plus innovantes, comme l'utilisation de la radiographie pulmonaire dans le dépistage telle que recommandée par l'OMS, ou l'usage d'Xpert pour les personnes les plus vulnérables, d'autres pays restent à la traîne. Signalons que les pays qui ont mis en place ces recommandations rajoutent souvent dans leurs lignes directrices l'expression "si disponible", montrant ainsi qu'ils sont conscients du défi que représente dans de nombreux contextes l'accès à ces outils. Même si l'objectif de cette étude n'est pas d'évaluer l'accès aux soins et la mise en œuvre des programmes, il est important de souligner qu'il s'agit d'un domaine qui représente un défi permanent, même dans les pays qui ont mis en place les politiques et directives favorables les plus probantes. De même, les données mondiales montrent que de bons résultats en termes de directives concernant le dépistage de la tuberculose chez les porteurs de VIH et le dépistage du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose ne reflètent pas toujours les pratiques réelles.

En outre, seuls 5 pays sur 10 ont inclus des recommandations claires concernant le dépistage de la tuberculose dans leurs lignes directrices sur la PCIME. Et tous les pays ne disposent pas de politiques et directives recommandant le dépistage régulier de la tuberculose dans les milieux les plus à risque, une activité pourtant essentielle et efficace dans la détection précoce des cas.

Principales recommandations

1. Les pays doivent envisager de mettre à jour leurs politiques et directives afin d'inclure l'utilisation de tous dispositifs efficaces, tels qu'un dépistage des symptômes qui soit adapté aux enfants, une radiographie pulmonaire, ou bien les deux, pour le dépistage de toutes les catégories à risque, comme les enfants et les adolescents qui sont membres de la famille ou contacts proches de cas de tuberculose, ou pour les enfants de plus de 10 ans vivant avec le VIH.
2. Une plus grande attention doit être portée à l'intégration du dépistage et la détection des cas de tuberculose dans les politiques et les lignes directrices de la PCIME : en effet, les services de la PCIME représentent un point d'entrée essentiel dans la détection des cas de tuberculose chez les enfants.
3. Les pays doivent faire en sorte que leurs politiques et recommandations concernant les meilleures stratégies de recherche de cas se traduisent dans la pratique, sans demeurer un luxe accessible seulement à une petite partie de la population.



4.3 Diagnostic

L'objectif de cette section à propos du diagnostic était d'évaluer l'adoption des lignes directrices internationales recommandées concernant l'utilisation des outils de diagnostic les plus probants pour s'assurer d'une détection précoce de tuberculose chez les enfants et adolescents. Ont constitué le point focal de cette partie de l'étude les éléments suivants: l'incorporation d'algorithmes pour la tuberculose pulmonaire (PTB) et la tuberculose extra pulmonaire, l'analyse des recommandations sur les méthodes de diagnostic nouvelles ou déjà existantes telles que la radiographie pulmonaire, le test Xpert (et le test Xpert Ultra), les méthodes moléculaires alternatives telles que le Truenat ou le test d'amplification isotherme induite par boucle (TB-LAMP) et le dosage du lipoarabinomannane à flux latéral (LF-LAM) dans le diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Les conclusions de cette partie sont regroupées en huit domaines principaux:

- A. Inclusion de directives sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire des enfants et adolescents dans les lignes directrices nationales, et indications concernant l'hospitalisation des enfants.
- B. Inclusion dans les lignes directrices nationales d'un algorithme diagnostique pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire pédiatriques.
- C. Politiques et recommandations sur l'usage d'Xpert MTB/RIF comme test de diagnostic initial chez les enfants (de préférence à la microscopie et la culture conventionnelles) et introduction d'Xpert Ultra dans l'algorithme de diagnostic
- D. Type d'échantillons recommandés pour le dépistage avec Xpert MTB/RIF de la tuberculose des enfants et adolescents
- E. Politiques et recommandations sur le test diagnostique moléculaire supplémentaire (Truenat ou TB-LAMP) conseillé comme test initial de diagnostic de la tuberculose
- F. Directives concernant l'utilisation du LF-LAMP pour le diagnostic de la tuberculose des enfants vivant avec le VIH
- G. Recommandations à propos de la radiographie pulmonaire pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants présentant des signes ou des symptômes de tuberculose, et disponibilité des POS (procédures normalisées) pour l'interprétation de la radiographie pulmonaire au niveau national.
- H. Recommandations à propos du test cutané à la tuberculine (TCT) et de l'utilisation de tableaux/feuilles de notation pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants.

A. Inclusion de directives sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire des enfants et adolescents dans les lignes directrices nationales, et indications concernant l'hospitalisation des enfants.

En 2018, tous les pays (10 sur 10) disposaient déjà d'instructions spécifiques à propos du diagnostic de la tuberculose pulmonaire (PTB) et extrapulmonaire (PTBE) des enfants et adolescents. Cela a été confirmé lors de l'évaluation de 2021. Cette année-là, huit pays sur 10, contre 7 sur 10 en 2018, inscrivent des instructions claires à propos des critères nécessaires au référencement d'enfants vers les hôpitaux.

B. Inclusion dans les lignes directrices nationales d'un algorithme diagnostique pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire (PTB) et extra-pulmonaire (PTBE) pédiatriques.

En 2021, neuf pays sur 10, contre 8 sur 10 en 2018, ont inclus dans leurs lignes directrices nationales des algorithmes de diagnostic de la PTB des enfants et adolescents. Seuls 7 pays sur 10 (contre 6 sur 10 en 2018) disposent d'algorithmes pour la PTBE. Pour illustration, l'un de ces pays disposait de lignes directrices nationales bien distinctes et détaillées à propos du diagnostic et de la prise en charge de la PTB. Même si les résultats ci-dessus font état d'une amélioration par rapport à 2018, l'inclusion d'algorithmes spécifiques pour le diagnostic des enfants est un élément essentiel dans l'amélioration du diagnostic, et une aide précieuse pour les personnels de santé dans tous les milieux et à tous les niveaux du système sanitaire. Il s'agit donc d'un champ à améliorer davantage.

C. Politiques et recommandations sur l'usage d'Xpert MTB/RIF comme test de diagnostic initial chez les enfants (de préférence à la microscopie et la culture conventionnelles) et introduction d'Xpert Ultra dans l'algorithme de diagnostic

Neuf pays sur 10 recommandent l'utilisation d'Xpert comme test de diagnostic initial chez tous les enfants et adolescents présentant des signes/symptômes de tuberculose. Un pays ne le recommande que pour les catégories à risque (principalement pour les personnes vivant avec le VIH et/ou à risque de tuberculose pharmacorésistante). Il s'agit d'une amélioration par rapport à 2018, où seuls 7 pays sur 10 recommandaient Xpert comme test de diagnostic initial préféré à la microscopie et la culture.

Des améliorations notoires sont manifestes en termes d'introduction d'Xpert Ultra dans les algorithmes diagnostiques nationaux : 8 pays sur 10, contre 1 sur 10 en 2018, ont introduit Xpert Ultra comme test diagnostique, et les 8 pays le recommandent également pour les enfants et les adolescents.

D. Type d'échantillons recommandés pour le dépistage avec Xpert MTB/RIF de la tuberculose chez les enfants et les adolescents

La grande majorité des pays ont adopté des recommandations concernant l'utilisation d'Xpert sur différents types d'échantillons pulmonaires et extra-pulmonaires, tels que l'aspiration gastrique (10 sur 10), l'induction d'expectoration (9 sur 10), l'aspiration nasopharyngée (10 sur 10), la biopsie des ganglions lymphatiques/la ponction à aiguille fine (10 sur 10) et le liquide céphalorachidien (9 sur 10), ce qui représente par rapport à 2018 une amélioration générale de tous les résultats.

Les recommandations concernant l'utilisation d'Xpert sur les selles, qui sont plus récentes et donc non évaluées en 2018, ont déjà été adoptées par 3 pays sur 10. Un quatrième pays pilotera bientôt l'utilisation d'Xpert sur les selles grâce au soutien apporté par l'Agence américaine pour le développement international.

E. Politiques et recommandations à propos du test diagnostique moléculaire (Truenat ou TB-LAMP) supplémentaire conseillé comme test initial de diagnostic de la TB

Quatre pays sur 10 ont approuvé l'utilisation de tests moléculaires supplémentaires, lorsqu'ils sont disponibles, pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants et les adolescents; trois d'entre eux ont émis des recommandations à propos du TB-LAMP, et l'un d'entre eux à propos de Truenat.

F. Directives concernant l'utilisation du LF-LAMP pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants vivant avec le VIH

Il n'a pas été possible d'évaluer de manière détaillée pour tous les pays si leurs recommandations s'appliquaient spécifiquement aux enfants et aux adolescents. Certains pays ont inclus des recommandations pour toutes les personnes vivant avec le VIH, sans préciser des critères d'âge.

Les résultats indiquent que 9 pays sur 10 ont désormais intégré des recommandations claires sur l'utilisation du LF-LAM pour le diagnostic de la tuberculose chez les personnes séropositives. L'analyse des sous-groupes pour lesquels le LF-LAM devrait être recommandé indique ce qui suit :

- Neuf pays sur neuf ont adopté une politique qui recommande l'utilisation du LF-LAM pour toutes les personnes séropositives à un stade avancé du VIH ou gravement malades (selon la définition de l'OMS) se présentant dans un service d'hospitalisation, ceci conformément aux recommandations de l'OMS.
- Huit pays sur 9 ont adopté une politique qui recommande l'utilisation du LF-LAM pour toutes les personnes présentant des signes ou des symptômes de tuberculose se présentant à un service de consultation externe, ceci conformément aux recommandations de l'OMS.
- Seuls 4 pays sur 9 ont adopté une politique qui recommande l'utilisation du LF-LAM pour tous les individus ayant un taux de CD4 faible (moins de 100), indépendamment de signes/symptômes de la TB et se présentant à un service de consultation externe, ainsi que le recommande l'OMS. Il est à noter que 3 de ces 4 pays ont élargi leurs recommandations concernant l'utilisation du LF-LAM afin d'inclure tous les individus ayant un taux de CD4 inférieur à 200, ceci indépendamment de signes ou symptômes de tuberculose.

L'adoption de directives concernant l'utilisation du LF-LAM n'ayant pas été évaluée en 2018, nous ne rapportons donc ici que les résultats de 2021.

G. Recommandations à propos de la radiographie pulmonaire pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants présentant des signes ou des symptômes de tuberculose, et disponibilité de procédures normalisées pour l'interprétation de la radiographie pulmonaire au niveau national.

Dix pays sur 10, contre huit sur 10 en 2018, disposent de recommandations concernant l'utilisation de la radiographie pulmonaire dans les algorithmes de diagnostic des enfants et des adolescents présentant des signes ou des symptômes de tuberculose, ce qui représente une amélioration notable en termes d'adoption des normes de soins les plus élevées pour le diagnostic de la tuberculose.

Pour 6 des 10 pays évalués, on trouve dans leurs lignes directrices nationales des procédures normalisées spécifiques concernant l'interprétation de la radio pulmonaire, ou des explications détaillées sur l'interprétation de la radiographie pulmonaire de l'enfant et l'adolescent. Pour l'un de ces 6 pays, ces informations ont été rapportées par les équipes locales de CaP TB ainsi que par le PNT, et le contenu des procédures normalisées n'a pu être vérifié par l'examineur externe. Ceci représente une amélioration notable par rapport à 2018, où seul un pays sur 10 disposait de procédures normalisées destinées à servir de guide aux personnels de santé pour l'interprétation des résultats de la radiographie pulmonaire des enfants et adolescents.

H. Recommandations concernant le test cutané à la tuberculine (TCT) ainsi que l'utilisation de tableaux/feuilles de notation pour le diagnostic de la tuberculose des enfants

Les recommandations à propos de l'utilisation du TCT et des grilles de notation ont été évaluées. Ceux-ci n'étant plus recommandés comme outils pour le diagnostic de la tuberculose évolutive de l'enfant, l'objectif de l'évaluation était d'analyser combien de pays avaient abandonné leur usage.

Les résultats indiquent que 8 pays sur 10 ont inclus l'utilisation du TCT, si disponible, dans le bilan diagnostique des enfants présentant des signes ou des symptômes de tuberculose. Cependant la plupart de ces pays ont l'utilisé comme aide au diagnostic plutôt que comme test initial.

En ce qui concerne les recommandations à propos des tableaux ou grilles de notation, 2 pays sur 10 font encore référence à ces outils dans leurs lignes directrices. Les résultats n'ont pu être comparés à ceux de 2018, cet indicateur n'ayant pas été évalué précédemment.

Tableau de bord 2021- Diagnostic – ICI

Tableaux de bord comparatifs 2018-2021-Diagnostic – ICI



Coup de projecteur: adoption des normes les plus élevées dans le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant - Zimbabwe

Le Zimbabwe est un pays reconnu pour sa capacité à rapidement adopter des politiques, des directives et des recommandations destinées à offrir les soins les meilleurs en matière de lutte contre la tuberculose. Les résultats de l'évaluation 2021 montrent que ceci est particulièrement vrai pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants et les adolescents, et l'attention particulière portée à la co-infection par le VIH. Les lignes directrices du pays comprennent des conseils clairs sur le diagnostic de la tuberculose chez les enfants et les adolescents, des algorithmes pour le diagnostic précoce de la tuberculose, ainsi qu'une attention particulière portée au diagnostic de la PTBE (bien que ceci ne soit pas incarné par un algorithme). Au niveau national existe un large éventail de procédures normalisées concernant la collecte d'échantillons et l'utilisation d'Xpert sur des échantillons pulmonaires et extrapulmonaires. Et le Zimbabwe est l'un des rares pays à avoir déjà introduit des lignes directrices et des procédures normalisées pour l'utilisation d'Xpert sur les selles. Xpert est le premier test diagnostique de la tuberculose recommandé pour les enfants et les adolescents, et Xpert Ultra a été introduit dans le pays il y a déjà plusieurs années. Des recommandations claires ainsi que des procédures normalisées sont disponibles pour l'utilisation de la radiographie pulmonaire comme outil de diagnostic chez les personnes ayant obtenu un résultat négatif au test Xpert. Les directives relatives à l'utilisation du LF-LAM chez toutes les personnes vivant avec le VIH sont particulièrement importantes, car les recommandations suivent les lignes directrices de l'OMS concernant l'utilisation du LF-LAM chez les adultes et les enfants gravement malades qui se trouvent dans les services d'hospitalisation, et chez les personnes présentant des signes ou des symptômes de tuberculose se trouvant dans les services de consultation, et ce quel que soit leur nombre de CD4. Le Zimbabwe va au-delà des recommandations de l'OMS et préconise l'utilisation du LF-LAM dans les services de consultation pour tous les patients dont le nombre de CD4 est inférieur à 200, et ce quels que soient leurs signes et leurs symptômes.^a

^a Le Cameroun et l'Ouganda ont adopté les mêmes critères en matière de LF-LAM pour la tuberculose, ce qui est un grand pas en avant dans l'augmentation de la détection des cas de tuberculose parmi les enfants vivant avec le VIH.

Principaux défis et lacunes

Ces résultats indiquent qu'au cours des dernières années, les pays analysés dans cette étude ont progressé de manière significative vers l'instauration de normes de soins les plus élevées en ce qui concerne le diagnostic de la tuberculose chez les enfants et les adolescents. Parmi les défis et les lacunes qui demeurent, le fait que plusieurs pays n'aient pas encore intégré l'Xpert Ultra dans leurs algorithmes nationaux et qu'ils ne disposent ni de recommandations ni de procédures opératoires standard concernant l'utilisation d'Xpert sur les selles reste un problème majeur. Tout comme reste problématique l'absence, dans de nombreux pays, de procédures normalisées claires concernant la radiographie pulmonaire, ainsi que le caractère hétérogène des recommandations concernant l'utilisation du LF-LAM chez les enfants et les adolescents, certains pays faisant des efforts importants pour adopter les politiques et directives recommandées au niveau international et s'efforçant d'aller au-delà, d'autres n'en étant même pas à en recommander l'usage pour les patients symptomatiques. Il est certain que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour avoir des directives qui permettent d'accroître l'accès et l'utilisation du LF-LAM chez les patients éligibles.

Principales recommandations

1. Adopter une démarche globale pour le diagnostic des enfants, avec une évaluation clinique approfondie, une évaluation radiologique (si cela est disponible) et l'utilisation d'outils de diagnostic pour la confirmation bactériologique chaque fois que cela est possible. Les pays ne peuvent se fier uniquement aux tests de laboratoire en raison de la sensibilité limitée des tests qui sont disponibles dans le commerce pour le diagnostic de la tuberculose des enfants.
2. Garantir l'adoption de tous les dispositifs les plus efficaces recommandés en matière de diagnostic précoce de la tuberculose évolutive des enfants et adolescents. L'usage d'Xpert - y compris l'Xpert Ultra-CXR, et du LF-LAM pour les enfants vivant avec le VIH, doit être largement recommandé et utilisé.
3. Tous les pays devraient instaurer l'utilisation d'Xpert conjointement à la radiographie pulmonaire comme outil de diagnostic initial de la tuberculose de l'enfant.
4. Le Xpert Ultra doit être introduit dans les algorithmes de diagnostic dans tous les pays, et ces algorithmes doivent fournir des directives claires sur l'interprétation des résultats de "traces".
5. Des procédures normalisées doivent être disponibles pour tous les tests de PTB et de PTBE recommandés ainsi que pour l'interprétation des radios pulmonaires, pour lesquels une formation doit être dispensée.
6. Les directives concernant l'utilisation d'Xpert dans les selles doivent être plus largement adoptées. Une fois que les données concernant la performance des différentes méthodes de traitement des selles seront rendues disponibles, des procédures normalisées et adaptées devront être adoptées, en temps utile, par les programmes nationaux.
7. Une attention particulière doit être accordée au diagnostic de la tuberculose chez les enfants vivant avec le VIH, notamment les plus jeunes - les moins de 5 ans - qui par définition souffrent d'un stade avancé d'infection au VIH; par conséquent il faut sans tarder instaurer la LF-LAM pour toutes les catégories éligibles, y compris pour les enfants se trouvant en service ambulatoire, qu'ils soient ou non porteurs de symptômes, et ce conformément aux recommandations de l'OMS.



4.4 Traitement de la tuberculose chez les enfants et adolescents

Les conclusions de cette partie sont regroupées en trois domaines principaux:

- A. Politiques et recommandations concernant le traitement de la tuberculose pharmacosensible
- B. Politiques et recommandations concernant le traitement de la tuberculose pharmacorésistante
- C. Aspects relatifs à l'achat et à l'homologation des médicaments

A. Politiques et recommandations concernant le traitement de la tuberculose pharmacosensible

Les résultats 2021 s'appliquent à l'ensemble des pays (10 sur 10):

- Le traitement de la tuberculose des enfants et adolescents est évoqué dans les lignes directrices nationales
- Les régimes thérapeutiques pour la tuberculose pharmacosensible chez les personnes séropositives et séronégatives, et pour la tuberculose pulmonaire et la tuberculose extra pulmonaire, étaient conformes aux normes de soins les plus élevées, et consistaient en un traitement quotidien par 2RHZE/4RH^b pour la tuberculose pulmonaire et les autres formes de tuberculose extra-pulmonaire, à l'exception de la tuberculose-méningite et de la tuberculose ostéo-articulaire, qui sont traitées par 2RHZE/10RH.^c C'est une amélioration par rapport à 2018: la précédente évaluation avait en effet montré que 9 pays sur 10 avaient adapté les recommandations concernant la tuberculose pulmonaire afin de se conformer aux régimes recommandés au niveau international.
- La surveillance et la prise en charge des effets indésirables chez les enfants et les adolescents sont abordées de façon satisfaisante dans toutes les lignes directrices nationales (par rapport aux lignes directrices 2018 de 8 pays sur 10.)
- Les lignes directrices nationales recommandent spécifiquement l'utilisation de médicaments pédiatriques oraux de première ligne (combinaisons à doses fixes solubles) pour le traitement de la tuberculose chez les enfants pesant moins de 25 kg, conformément aux conclusions de 2018.

Les nouveaux indicateurs évalués en 2021 incluent des recommandations sur l'usage de 100 mg d'éthambutol en comprimés solubles et des recommandations à propos de l'utilisation du dolutégravir pour les enfants séropositifs qui doivent débiter un traitement antituberculeux. Les résultats montrent que:

- six pays sur 10 ont adopté des recommandations sur l'utilisation des comprimés solubles dosés à 100 mg d'éthambutol pour le traitement de la tuberculose pharmacosensible chez les enfants.
- dix pays sur 10 recommandent un traitement antirétroviral à base de dolutégravir pour les enfants co-infectés par la tuberculose et le VIH, 10 pays sur 10 le recommandent pour les enfants pesant plus de 30 kgs, et 8 pays sur 10 pour les enfants se situant dans une fourchette de 20 à 30 kgs.

b Traitement intensif de deux mois avec rifampine (R), isoniazide (H), pyrazinamide (Z) et éthambutol (E), suivi d'une phase de continuation de quatre mois à la rifampine et l'isoniazide.

c Traitement intensif de deux mois avec rifampine (R), isoniazide (H), pyrazinamide (Z) et éthambutol (E), suivi d'une phase de continuation de 10 mois à la rifampine et l'isoniazide.

B. Politiques et recommandations concernant le traitement de la tuberculose résistante

Nombreux sont les indicateurs évalués en 2021 qui ne peuvent être comparés aux résultats de 2018. L'évaluation de 2021 analyse l'adoption des nouvelles politiques et directives favorables concernant les traitements oraux de la tuberculose pharmacorésistante et l'utilisation de nouveaux médicaments, la bédaquiline et le délamanide, chez les enfants et les adolescents. Par rapport à 2018, l'achat de formulations pédiatriques de deuxième ligne est le seul élément que l'on puisse comparer.

Voici les résultats concernant les recommandations à propos des régimes entièrement oraux et l'usage de nouveaux médicaments contre la tuberculose résistante des enfants :

- Neuf pays sur 10 ont adopté des politiques et directives favorables relatives aux régimes entièrement oraux pour le traitement de la tuberculose pharmacorésistante. Une analyse plus approfondie montre que 7 pays sur 9 disposent de recommandations spécifiques pour le traitement de la tuberculose pharmacorésistante des enfants et adolescents; 1 pays sur 9 a récemment introduit les régimes oraux par le biais d'une circulaire qui ne précise pas l'âge du patient, cependant les informations reçues par le PNT établissent que ces nouvelles recommandations s'appliquent également aux enfants et aux adolescents. Un pays sur les 9 dispose de lignes directrices nationales recommandant un régime entièrement oral pour les patients éligibles à un traitement long, et, à contrario, un traitement à base d'injections pour les patients éligibles à un traitement court; l'utilisation du nouveau régime oral court n'est recommandée que dans le cadre d'une recherche opérationnelle. Pour ce pays en particulier, et même si ses lignes directrices n'ont pas été entièrement mises à jour, les informations reçues par le PNT établissent que tous les enfants sont systématiquement mis sous traitement oral, qu'il soit long ou court, en fonction des critères d'éligibilité ; le régime court à base d'injections n'est plus utilisé chez les enfants. Dans l'un des pays évalués, les lignes directrices récemment publiées pour la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante excluent les enfants de moins de 5 ans de l'accès à un régime court exclusivement oral. Cette exclusion peut être attribuée au fait que l'accès aux nouveaux médicaments est limité ainsi qu'à la chose suivante: au moment de notre évaluation, l'utilisation de la bédaquiline n'était pas encore recommandée chez les enfants de moins de 6 ans. Cependant, d'autres schémas thérapeutiques, sans nécessairement utiliser la bédaquiline ou le délamanide, devraient être envisagés, cette solution ayant d'ailleurs été adoptée par d'autres pays.
- L'analyse des politiques et directives favorables relatives à l'utilisation de nouveaux médicaments chez les enfants et les adolescents montre que tous les pays (10 sur 10) disposent de recommandations sur l'utilisation de la bédaquiline pour les enfants et les adolescents. Neuf pays sur 10 disposent de recommandations concernant l'utilisation du délamanide pour cette même catégorie de patients. Et pour le seul pays qui n'a pas fait état de recommandations officielles à ce sujet au moment de la clôture de la collecte des données, les informations reçues du PNT ont indiqué que le délamanide y était déjà utilisé pour le traitement de la tuberculose pharmacorésistante chez les enfants et les adolescents, et que de nouvelles directives officielles étaient attendues pour 2021.
- En ce qui concerne les tranches d'âge éligibles à la bédaquiline, 9 pays sur 10 la recommandent chez les adolescents de plus de 12 ans. Pour le dernier pays, l'information n'était pas disponible. Huit pays sur 10 recommandent également la bédaquiline pour les enfants de plus de 6 ans; pour un pays, il n'existe pas de recommandations sur l'utilisation de la bédaquiline dans cette tranche d'âge, et pour

le deuxième pays restant, une politique officielle n'est pas encore en place mais est attendue prochainement.

- En ce qui concerne les tranches d'âge éligibles au délamanide, 9 pays sur 10 le recommandent pour les enfants de plus de 6 ans, et pour le dernier pays, la politique officielle n'est pas en place mais est attendue prochainement. Huit pays sur 10 recommandent également l'utilisation du délamanide chez les enfants de plus de 3 ans; pour le neuvième, l'utilisation du délamanide dans cette tranche d'âge doit être approuvée par un comité national et pour le dixième, une politique officielle n'est pas encore en place mais devrait l'être bientôt.

C. Aspects relatifs à l'achat et à l'homologation des médicaments

Voici en résumé les résultats provenant de l'analyse de l'approvisionnement en formulations pédiatriques (les combinaisons à doses fixes associant rifampicine, isoniazide et pyrazinamide (RHZ), les combinaisons à doses fixes associant rifampicine et isoniazide (RH), et les comprimés à 100 mg d'éthambutol), l'approbation des ANR (Autorités nationales de régulation) et enfin l'analyse concernant l'inscription des formulations dans les listes nationales de médicaments essentiels (LME):

- 10 pays sur 10 s'approvisionnent en comprimés pédiatriques solubles de combinaisons à doses fixes associant rifampicine, isoniazide et pyrazinamide (RHZ) et de combinaisons à doses fixes associant rifampicine et isoniazide (RH). 9 pays sur 10 se fournissent auprès du Service Pharmaceutique Mondial (GDF).
- Pour 9 pays sur 10, les combinaisons à doses fixes ont reçu l'aval des ANR. Le dernier pays n'a pas d'ANR mais se conforme à celle d'un pays voisin; ce pays n'est donc pas inclus dans le résultat, bien que l'utilisation des combinaisons à doses fixes soit clairement recommandée par le PNT.
- Pour 6 pays sur 10, les combinaisons à doses fixes pédiatriques sont incluses dans les LME nationales, ce qui représente une amélioration remarquable par rapport à 2018 où cela n'était le cas que pour 2 pays sur 10.
- Dans 5 pays sur 10, l'usage des comprimés solubles dosés à 100 mg d'éthambutol est approuvé par les ANR. Cet indicateur n'avait pas été évalué en 2018.
- Pour seuls 2 pays sur 10, l'usage des comprimés solubles dosés à 100 mg d'éthambutol est déjà inclus dans la LME. L'indicateur n'avait pas été évalué en 2018.
- Pour 4 pays sur 10, l'approvisionnement en combinaisons à doses fixes de première ligne est financé par un financement national. Dans les 6 autres pays, il est financé par des bailleurs internationaux (le Fonds mondial). Ces résultats sont comparables à ceux de 2018.

L'analyse des approvisionnements en formulations pédiatriques de deuxième ligne indique que 10 pays sur 10 font l'acquisition de ces importants traitements adaptés aux enfants, ce qui constitue une amélioration majeure par rapport à 2018 où seul un pays sur 10 avait initié ce processus. Sur la base des informations reçues par les PNT, il est établi que :

- sept pays sur dix s'approvisionnent désormais en lévofloxacine et en cyclosérine,
- cinq pays sur dix s'approvisionnent également en pyrazinamide et en bédaquiline,
- quatre pays sur dix s'approvisionnent en moxifloxacine et en éthionamide.



Coup de projecteur : la détermination de l'Ouganda et du Lesotho dans l'adoption des traitements les plus efficaces contre la tuberculose pharmacosensible et la tuberculose pharmacorésistante

L'Ouganda est un excellent exemple d'adoption précoce des meilleures politiques et directives en matière de traitement contre la tuberculose pharmacosensible et la tuberculose pharmacorésistante des enfants et adolescents. Outre les politiques et les lignes directrices nationales qui fournissent des recommandations claires et actualisées pour le traitement de la tuberculose pharmacosensible et de la tuberculose pharmacorésistante, y compris pour la prise en charge des effets indésirables, le pays est l'un des premiers à approuver les nouvelles recommandations concernant les régimes entièrement oraux pour la tuberculose pharmacorésistante des enfants, tant pour le traitement long que pour le traitement court. Pour les enfants éligibles au régime court, le traitement recommandé à l'échelle du pays suit les recommandations de l'OMS, avec utilisation de la bédaquiline chez les enfants de plus de 6 ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, la bédaquiline est remplacée par le délamanide. La bédaquiline n'a pas encore été achetée mais son acquisition est prévue. Sur la base des informations reçues par le PNT, une mise à jour de la politique concernant l'utilisation de comprimés solubles dosés à 100 mg d'éthambutol est prévue pour cette année, conjointe à une formation appropriée. Concernant les enfants atteints de tuberculose et co-infectés par le VIH, l'utilisation du dolutégravir est recommandée pour tous ceux dont le poids est supérieur à 20 kgs.

Le Lesotho est un autre pays exemplaire en matière de traitement de la tuberculose pharmacorésistante. Le pays, en effet, a été l'un des premiers à recommander l'usage de régimes entièrement oraux pour lutter contre la tuberculose pharmacorésistante des enfants et adolescents, et l'un des premiers à plaider pour l'utilisation de régimes destinés à traiter la pharmacorésistante de l'enfant qui incluent les nouveaux médicaments. La troisième édition des lignes directrices nationales pour la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, publiée en 2019 - donc en avance sur les dernières recommandations de l'OMS - aborde spécifiquement tous les aspects de la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante des enfants et adolescents, en fournissant des conseils clairs sur l'utilisation des régimes oraux pour toutes les catégories de patients, et en recommandant l'utilisation des nouveaux médicaments ou des médicaments adaptés pour les enfants, même pour les plus jeunes.

Tableau de bord 2021- Traitement de la tuberculose des enfants et – [ICI](#)

Tableaux de bord comparatifs 2018-2021- Traitement de la tuberculose des enfants et adolescents [ICI](#) – [ICI](#)

Principaux défis et lacunes

Les principales lacunes en matière de traitement sont les suivantes: 3 pays sur 10 ne disposent pas encore de recommandations nationales concernant l'utilisation de l'éthambutol dosé à 100 mg, et on trouve encore peu d'indications concernant son enregistrement par les agences nationales de réglementation et son inclusion dans les LME.

En ce qui concerne le traitement de la tuberculose pharmacorésistante des enfants et adolescents, il est remarquable de constater que la plupart des pays ont actualisé leurs lignes directrices nationales afin de passer d'un régime de traitement de la tuberculose pharmacorésistante basé sur des injections, à des traitements courts et longs entièrement oraux. Cependant, le fait que quelques pays n'aient pas encore totalement adopté les régimes entièrement oraux pour les enfants reste préoccupant. De même, alors que les conclusions de l'évaluation montrent que tous les pays ont commencé à se procurer des formulations de seconde ligne, ces conclusions révèlent aussi que tous les produits que contiennent ces formulations ne sont pas encore achetés, et que certains produits essentiels comme la moxifloxacine et la bédaquiline ne sont pas encore accessibles.

Principales recommandations

1. Tous les pays doivent mettre à jour leurs recommandations afin d'inscrire la formulation en comprimés solubles dosés à 100 mg d'éthambutol comme option préférentielle pour le traitement des plus jeunes enfants.
2. Une homologation par les ANR et un enregistrement de la formulation en comprimés solubles dosés à 100 mg d'éthambutol adaptée aux enfants, dont la qualité a été approuvée par l'OMS sont fortement et urgemment encouragés, de même que son inscription dans les LME nationales.
3. Il est recommandé que les pays actualisent leurs directives concernant les régimes entièrement oraux destinés à lutter contre la tuberculose pharmacorésistante chez les enfants. Il existe des preuves extrêmement nombreuses sur la toxicité et le manque d'efficacité de la plupart des produits injectables qui ont été précédemment utilisés contre la tuberculose pharmacorésistante, et l'utilisation de ces produits ne se justifie plus chez aucun patient, sauf chez ceux qui présentent des résistances extrêmement complexes et dont les résultats aux tests de sensibilité aux médicaments montrent une sensibilité aux produits injectables. Ceci s'applique d'autant plus aux enfants et aux adolescents pour lesquels l'exposition à ces produits toxiques peut avoir un effet néfaste.
4. Il est urgent de se procurer toutes les formulations pédiatriques de seconde ligne pour le traitement de la tuberculose pharmacorésistante. Il est tout aussi urgent d'établir, pour les pays qui n'en disposent pas encore, des recommandations concernant l'utilisation des nouveaux médicaments (bédaquiline et délamanide) adaptés à l'âge.
5. Il est de la plus haute importance de veiller à ce que les politiques et directives soient traduites dans les faits et dans l'accès aux soins. Tout retard supplémentaire dans la mise à disposition des traitements les plus efficaces pour les enfants et adolescents qui souffrent de tuberculose pharmacosensible et de tuberculose pharmacorésistante n'est plus justifiable.



4.5 Le TPT

Les résultats de cette section sont regroupés en sept catégories:

- A. Politiques et orientations concernant le TPT (traitement préventif de la tuberculose) pour les enfants et les adolescents, comprenant algorithmes et critères d'éligibilité au TPT
- B. Recommandations de TPT pour les bébés de moins de 12 mois exposés au VIH ou séropositifs ayant été en contact avec la tuberculose, et pour les enfants séropositifs âgés de plus de 12 mois considérés comme peu susceptibles d'être atteints de tuberculose (indépendamment de leurs antécédents de contact avec la tuberculose)
- C. Recommandations de TPT pour les enfants apparentés ou contacts proches de personnes atteintes de tuberculose, et non atteints de tuberculose évolutive.
- D. Régimes recommandés dans les lignes directrices nationales pour le traitement préventif des enfants
- E. Comprimés dosés à 100 mg d'isoniazide : recommandations, homologation et inscription dans les LME nationales
- F. Stratégies de TPT pour certains contacts familiaux de patients atteints de tuberculose multirésistante, et qui encourent un risque sérieux
- G. Directives relatives à l'initiation de traitement préventif au niveau communautaire

A. Politiques et orientations concernant le TPT pour les enfants et les adolescents, comprenant algorithmes et critères d'éligibilité au TPT

L'adoption de politiques et directives relatives au TPT pour les enfants et les adolescents est bien reconnue par tous les pays. Les résultats indiquent que tous les pays (10 sur 10), comme il était noté en 2018, disposent de lignes directrices claires concernant le TPT pour les enfants et les adolescents, et que tous disposent également de critères d'éligibilité au TPT pour les enfants et les adolescents.^d

B. Recommandations de TPT pour les bébés de moins de 12 mois exposés au VIH ou séropositifs ayant été en contact avec la tuberculose, et pour les enfants séropositifs âgés de plus de 12 mois considérés comme peu susceptibles d'être atteints de tuberculose (indépendamment de leurs contacts antérieurs avec la tuberculose)

En 2021, 10 pays sur 10 recommandent clairement de proposer le TPT à ces deux groupes d'enfants qui présentent un risque élevé de contracter la tuberculose; cela représente une avancée mineure mais néanmoins importante par rapport à 2018, où seuls 9 pays sur 10 disposaient de telles recommandations.

^d Entre les analyses de 2018 et 2021, il existe une divergence mineure en termes d'algorithmes utilisés pour identifier les enfants éligibles au TPT. En 2021, seuls 9 pays sur 10, contre 10 sur 10 en 2018, disposaient dans leurs lignes directrices de critères sous forme algorithmique, alors que le dixième pays ne disposait de critères que sous forme narrative. Ce résultat divergeant est probablement dû au fait que ce sont des examinateurs différents qui ont effectué les analyses en 2018 et 2021.

C. Recommandations de TPT pour les enfants qui sont apparentés ou contacts proches de personnes atteintes de tuberculose, et qui ne sont pas atteints de tuberculose évolutive.

L'évaluation de 2018 a montré que les 10 pays avaient pour objectif de cibler tous les enfants de moins de 5 ans, mais pas les enfants plus âgés non porteurs de VIH. Cela était conforme aux recommandations internationales de l'époque, qui n'avaient pas encore élargi leurs critères d'inclusion à tous les contacts.

En 2021, seuls 5 pays sur 10 ont mis à jour leurs directives concernant la fourniture de TPT (après exclusion de l'hypothèse d'une tuberculose évolutive) pour tous les enfants et adolescents apparentés ou étant contacts proches de personnes atteintes de tuberculose, indépendamment de l'âge et du statut sérologique. Les 5 autres pays recommandent le TPT pour tous les enfants de moins de 5 ans, quel que soit leur statut sérologique, et non atteints de tuberculose évolutive, mais le TPT n'est proposé aux enfants plus âgés et aux adolescents que s'ils vivent avec le VIH.

D. Régimes recommandés dans les lignes directrices nationales pour le traitement préventif des enfants

De nouvelles options de traitement préventif étant désormais disponibles et recommandées au niveau international, l'analyse 2021 s'est penchée sur l'actualisation des directives des pays par rapport à ces nouvelles options. Les résultats montrent que la majorité des pays intègrent plus d'une option pour le TPT, comme suit :

- Comme en 2018, 10 pays sur 10 intègrent toujours le TPI (traitement préventif par izoniazide = 6 mois d'izoniazide) comme l'une des options du TPT. Cependant, un pays se trouve dans la phase de suppression de ce traitement préventif.
- Sept pays sur 10 recommandent le traitement de 3 mois à la rifampicine et l'isoniazide (3RH) comme option supplémentaire pour le TPT, ce qui constitue clairement une amélioration par rapport à 2018 où seul un pays avait adopté le 3RH.
- Sept pays sur 10 ont mis à jour leurs recommandations pour inclure le nouveau régime de TPT consistant en un traitement de 3 mois à l'isoniazide et à la rifapentine (3HP). Ce résultat ne peut être comparé à celui de 2018, car le 3HP n'était pas encore recommandé à l'époque.
- Trois pays sur 10 recommandent désormais un mois de HP (1HP) comme option du TPT pour les enfants de plus de 13 ans, s'efforçant ainsi d'aller vers l'adoption rapide des dernières recommandations. Comme pour le 3HP, ces résultats ne peuvent être comparés à 2018.

E. Comprimés dosés à 100 mg d'Isoniazide: recommandations, homologation et inscription dans les LME nationales

Il a été jugé important d'évaluer le bilan des directives relatives à la nouvelle formulation pédiatrique du comprimé dosé à 100 mg d'Isoniazide et de son homologation, le comprimé étant beaucoup plus adaptée aux enfants et aux besoins des plus jeunes d'entre eux. Ces résultats n'ont pas été évalués en 2018 car les comprimés dosés à 100 mg d'Isoniazide n'étaient alors pas disponibles.

- Quatre pays sur 10 ont inclus dans leurs politiques et lignes directrices nationales des recommandations concernant l'utilisation des comprimés dosés à 100 mg d'Isoniazide.

- Deux pays sur 10 ont déjà obtenu l’approbation de leur ARN concernant l’utilisation de comprimés dosés à 100 mg d’isoniazide
- Deux pays sur 10 ont déjà inscrit l’utilisation des comprimés dosés à 100 mg d’isoniazide dans leur LME nationale. INH 100 mg DT.

Ces résultats montrent que s’il est encourageant de constater que certains pays ont déjà adopté des directives concernant cette nouvelle formulation adaptée aux enfants, demandé son homologation et son enregistrement, et mis à jour leurs LME, les autres ont encore beaucoup à faire pour s’assurer que cette nouvelle formulation devienne accessible le plus rapidement possible.

F. Stratégies de TPT pour certains contacts familiaux de patients atteints de tuberculose multirésistante, et qui encourent un risque sérieux

Trois pays sur dix ont actualisé leurs stratégies nationales afin d’y inclure des recommandations concernant la fourniture de TPT à certains contacts familiaux de patients atteints de tuberculose multirésistante, et qui encourent un risque sérieux d’être contaminés.

G. Directives relatives à l’initiation du traitement préventif au niveau communautaire

Seul un pays dispose d’une stratégie relative à l’initiation du traitement préventif au niveau des communautés.

Tableau de bord 2021 — TPT [ICI](#)

Tableaux de bord comparatifs 2018-2021 — TPT [ICI](#)



Coup de projecteur: la Tanzanie, un excellent exemple d’adoption précoce de nouvelles politiques et recommandations en matière de TPT

La Tanzanie s’est fortement engagée dans l’adoption rapide des standards les plus élevées en matière de prévention de la tuberculose chez les enfants et les adolescents. Dans ses lignes directrices, qui ont été récemment révisées et publiées, figurent clairement les critères d’éligibilité au TPT pour les enfants et les adolescents ainsi que des directives détaillées sur les options de traitement recommandées. L’éligibilité englobe tous les membres d’une famille et les contacts proches des cas, indépendamment de l’âge et du statut sérologique, qui ne sont pas atteints de tuberculose évolutive, ainsi que le prône l’OMS. Toutes les options de traitement recommandées au niveau international (TPI, 3RH, 3HP et 1HP) sont détaillées dans les lignes directrices et font état de critères spécifiques pour leur mise à disposition, tels que l’âge ou le statut sérologique. Même si la Tanzanie ne l’a pas encore inscrit dans sa LME, elle propose des conseils concernant l’utilisation de la nouvelle formulation pédiatrique soluble d’INH dosée à 100 mg, qui est préférable pour les jeunes enfants. La Tanzanie est également l’un des rares pays évalués dans l’enquête à proposer des directives et des recommandations sur la fourniture de TPT pour les contacts des cas de tuberculose pharmacorésistante (après avoir écarté l’hypothèse d’une tuberculose évolutive) conformément aux standards de soins les meilleurs et les plus récents. Il est essentiel de continuer à déployer des efforts soutenus pour que les politiques et directives se traduisent par une mise en œuvre efficace.

Principaux défis et lacunes

Tous les pays ont adopté des directives relatives à l'administration du TPT aux enfants de moins de 5 ans qui sont contacts de cas de tuberculose. Cependant, les résultats montrent que nombre d'entre eux accusent un retard dans l'adoption de directives sur la fourniture du TPT à tous les enfants et adolescents à risque, et ce quel que soit leur âge, y compris les cas contacts de tuberculose pharmacorésistante, alors que des recommandations internationales sur la fourniture du TPT à toutes les familles et contacts proches, quel que soit l'âge et le statut sérologique, ont été publiées il y a déjà longtemps.

De plus, certains pays n'ont pas encore entériné de directives concernant la fourniture de régimes de TPT plus courts tels que le 3RH (traitement de 3 mois à l'isoniazide et à la rifampine)- qui est disponible en formulation soluble, à dose fixe et adaptée aux enfants – ni pour la fourniture de nouvelles options à base de rifapentine, désormais disponibles sous forme de combinaisons à doses fixes dans le cas du 3HP (traitement de trois mois à l'isoniazide et la rifapentine). Comme le TPI reste l'une des options les plus fréquemment recommandées, ces résultats montrent clairement que des efforts supplémentaires sont nécessaires en ce qui concerne l'homologation, les recommandations et l'utilisation des nouveaux comprimés solubles dosés à 100 mg d'INH.

Principales recommandations

1. Les pays doivent rapidement se doter de nouvelles politiques et directives relatives à la fourniture du TPT et proposer le TPT à tous les enfants et adolescents, ceci indépendamment de leur âge et de leur statut sérologique, qu'ils soient apparentés à ou contacts proches de cas de tuberculose (après avoir écarté l'hypothèse d'une tuberculose évolutive.)
2. Les recommandations doivent inclure la fourniture de TPT aux familles et aux contacts proches des cas de tuberculose pharmacorésistante, après avoir écarté l'hypothèse d'une tuberculose évolutive et d'une tuberculose évolutive résistante) via un schéma de TPT basé sur le profil de résistance du cas-source.
3. Tous les pays doivent inclure dans leurs recommandations des schémas de TPT plus courts, tels que le 3RH ou le 3HP, approuver et établir dès que possible des recommandations relatives à l'utilisation de comprimés solubles dosés à 100 mg d'INH, une alternative de grand intérêt adaptée aux enfants et en particulier aux plus jeunes.



4.6 Intégration

Dans cette section sont évoquées les orientations politiques et les recommandations qui propose des directives concernant l'intégration des activités liées à la tuberculose de l'enfant dans les différents services de santé.

Les résultats de cette section sont regroupés en quatre catégories:

- A. Intégration des services de lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents dans les services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME)
- B. Intégration des services de lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI)
- C. Intégration des services de lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents dans les services de nutrition
- D. Intégration des services de lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents dans les services généraux de consultation externe.

A. Intégration des services de lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents dans les services de PTME

Tous les pays (10 sur 10) disposent d'orientations et de recommandations concernant l'intégration des services de lutte contre la tuberculose dans les services de PTME, mais ils n'ont pas tous abordé tous les aspects de cette intégration. Les résultats indiquent que 10 pays sur 10 recommandent l'intégration du dépistage de la tuberculose, contre 6 sur 10 en 2018 ; 6 sur 10 recommandent l'intégration du diagnostic de la tuberculose, contre 4 sur 10 en 2018 ; 3 sur 10 recommandent l'intégration de l'initiation du traitement de la tuberculose, contre 3 sur 10 en 2018 ; 4 sur 10 recommandent l'intégration du suivi du traitement de la tuberculose, contre 3 sur 10 en 2018 ; et 6 sur 10 donnent des directives claires quant à la notification des cas auprès du PNT, contre 3 sur 10 en 2018.

Les résultats montrent une nette amélioration dans ce domaine par rapport à 2018.

B. Intégration des services de lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents dans les services de SMNI

Tous les pays (10 sur 10) disposent d'orientations et des recommandations concernant l'intégration des services de lutte contre la tuberculose dans les services de SMNI mais ils n'ont pas tous abordé tous les aspects de cette intégration. Les résultats indiquent que 10 pays sur 10 recommandent l'intégration du dépistage de la tuberculose, contre 5 sur 10 en 2018 ; 8 sur 10 recommandent l'intégration du diagnostic de la tuberculose, contre 5 sur 10 en 2018 ; 6 sur 10 recommandent l'intégration de l'initiation du traitement de la tuberculose, contre 3 sur 10 en 2018 ; 6 sur 10 recommandent l'intégration du suivi du traitement de la tuberculose, contre 1 sur 10 en 2018 ; et 7 sur 10 donnent des directives claires quant à la notification des cas auprès du PNT, contre 1 sur 10 en 2018.

Ces résultats montrent une amélioration satisfaisante dans ce domaine par rapport à 2018, notamment en ce qui concerne le dépistage et le diagnostic de la tuberculose.

C. Intégration des services de lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents dans les services de nutrition

Tous les pays (10 sur 10) disposent de directives et de recommandations concernant l'intégration des services de lutte contre la tuberculose dans les services de nutrition, mais ils n'ont pas tous abordé tous les aspects de cette intégration. Les résultats montrent que 10 pays sur 10 recommandent l'intégration du dépistage de la tuberculose, contre 5 sur 10 en 2018 ; 4 pays sur 10 recommandent l'intégration du diagnostic de la tuberculose, contre 2 sur 10 en 2018 ; 2 pays sur 10 recommandent l'intégration de l'initiation du traitement de la tuberculose, contre 1 sur 10 en 2018 ; 1 pays sur 10 recommande l'intégration du suivi du traitement de la tuberculose, contre 1 sur 10 en 2018 ; et 3 pays sur 10 donnent des directives claires quant à la notification des cas auprès du PNT, contre 1 sur 10 en 2018.

Ces résultats montrent une nette amélioration de l'intégration du dépistage et du diagnostic de la tuberculose, mais il reste à faire en ce qui concerne les autres aspects de l'intégration.

D. Intégration des services de lutte contre la tuberculose des enfants et les adolescents dans les services généraux de consultation externe.

Tous les pays (10 sur 10) disposent d'orientations et de recommandations à propos de l'intégration des services de lutte contre la tuberculose dans les services généraux de consultation externe, mais tous les pays n'ont pas abordé tous les aspects de cette intégration. Les résultats montrent que 10 pays sur 10 recommandent l'intégration du dépistage de la tuberculose, contre 5 sur 10 en 2018 ; 7 sur 10 recommandent l'intégration du diagnostic de la tuberculose, contre 4 sur 10 en 2018 ; 3 sur 10 recommandent l'intégration de l'initiation du traitement de la tuberculose, contre 1 sur 10 en 2018 ; 3 sur 10 recommandent l'intégration du suivi du traitement de la tuberculose, contre 1 sur 10 en 2018 ; et 6 sur 10 recommandent l'intégration de comptes rendus au PNT, contre 1 sur 10 en 2018.

Ces résultats montrent une nette amélioration dans ce domaine par rapport à 2018, et ce dans tous les aspects de l'intégration.

Tableau de bord 2021—Intégration [ICI](#)

Tableaux de bord comparatifs 2018-2021 — Intégration [ICI](#)



Coup de projecteur: engagement de l'Inde à intégrer des activités de lutte contre la tuberculose de l'enfant dans d'autres services de santé

L'Inde est le pays où le poids que représentent la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante est le plus lourd. L'Inde s'est fixé l'objectif ambitieux d'éliminer la tuberculose d'ici 2025. Pour y parvenir, le pays a dû s'attaquer au défi suivant : intégrer les services de lutte contre la tuberculose dans le système de santé primaire afin de diminuer les retards de diagnostic, de traitement et de prévention de la maladie. Sur le plan de la politique, l'Inde a élaboré plusieurs directives et recommandations destinées à dynamiser l'intégration des soins de la tuberculose de l'enfant au niveau de la PTME/VIH, de la SMNI, de la nutrition ainsi que des services de santé primaire. Dans tous les services, l'intégration des activités de dépistage, de diagnostic et de systèmes permettant la notification des cas est recommandée. En outre, dans les services de SMNI, l'initiation du traitement et le suivi des cas de tuberculose sont également recommandés. Parmi les documents de référence que le pays a élaborés en 2020, l'Inde a publié le document "*Operational Guidelines for TB Services at Ayushman Bharat Health and Wellness Centres*"⁷ (Directives opérationnelles pour les services de lutte contre la tuberculose dans les centres de santé d'Ayushman Bharat) – au niveau des soins de santé primaire -. Celui-ci décrit, entre autres, le cadre des prestations de soins, les rôles et responsabilités des ressources humaines, la formation, les besoins en matière de suivi et d'évaluation, et le soutien financier nécessaires afin d'intégrer un programme de lutte contre la tuberculose dans les soins de santé primaires. D'autres importants documents de référence sont: le *Collaborative Framework for Management of Tuberculosis in Pregnant Women*⁸ (le Cadre de collaboration pour la prise en charge de la tuberculose chez les femmes enceintes) et les *National TB Guidelines* (Lignes directrices nationales sur la tuberculose⁹) qui mettent en lumière les aspects clés de l'intégration des soins de la tuberculose dans les services de SMNI et dans les services de nutrition.

Principaux défis et lacunes

Les résultats indiquent que des avancées majeures ont été réalisées au cours des dernières années en matière de politiques et d'orientations relatives à l'intégration des soins contre la tuberculose de l'enfant dans les services de santé. Néanmoins, des insuffisances demeurent. Alors que le dépistage de la tuberculose chez l'enfant est une recommandation commune à tous les pays et à la plupart des services qui ont été évalués, d'autres domaines, tels que le diagnostic, l'initiation du traitement, la fourniture du TPT et enfin la notification de cas, demeurent insuffisamment traités dans les orientations directrices. L'intégration de toutes les étapes de la cascade n'est pas obligatoire pour tous les services, cela dépendant en grande partie du modèle de soins le plus approprié à un contexte donné. Néanmoins, l'intégration d'activités telles que le diagnostic et la fourniture de TPT, en particulier dans les services de PTME ou de nutrition, serait une étape importante; car une approche "à guichet unique" peut contribuer à améliorer le rattachement avec le personnel en charge des traitements et ainsi diminuer le nombre des perdus de vue en favorisant l'adhérence au traitement. L'intégration, cependant, doit aller au-delà de simples stratégies. Elle devrait inclure le mentorat et le renforcement des capacités en matière de services de lutte contre la tuberculose pour tous les personnels de santé, des domaines qui n'ont pas été évalués dans le cadre de cet exercice.

L'autre limite de cette évaluation, c'est que nous n'avons pas analysé les recommandations concernant les dispositifs de référencement ainsi que le rattachement aux services de lutte contre la tuberculose, qui sont un point essentiel dans les pays où les activités de lutte contre la tuberculose pour les enfants et les adolescents ne sont pas pleinement intégrées dans d'autres services.

Principales recommandations

1. Les pays doivent faire en sorte que les politiques et directives relatives à l'intégration du dépistage de la tuberculose dans les services de PTME, de SMNI, de nutrition et de consultations externes sont pleinement mises en œuvre.
2. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour intégrer d'autres aspects de la cascade de soins de la tuberculose dans tous les services, en tenant compte du modèle de soins qui soit le plus approprié et des avantages que représente la stratégie de guichet unique pour les enfants et les adolescents qui accèdent aux soins.
3. Les services de nutrition sont un point d'entrée essentiel en matière de diagnostic de la tuberculose, car on sait que la prévalence de la tuberculose chez les enfants malnutris est très élevée.¹⁰ Un effort particulier doit être fait dans ce domaine, notamment pour envisager l'intégration du diagnostic de la tuberculose dans le dépistage de la malnutrition.
4. Des directives claires concernant le référencement des patients provenant d'autres départements vers les services de lutte contre la tuberculose ainsi que l'articulation avec les soins, doivent être exposées.



4.7 Suivi et évaluation

Entre 2018 et 2021, c'est dans le domaine du suivi et de l'évaluation (S&E) que l'on constate l'une des plus grandes avancées. L'évaluation comprend l'analyse de plusieurs indicateurs, notamment l'existence d'orientations relatives aux systèmes de rapports de S&E, ainsi que les registres et autres dispositifs de S&E qui permettent de suivre les activités clés et les données les plus importantes destinées à évaluer tous les aspects du parcours sanitaire de la tuberculose (dépistage, diagnostic, traitement et prévention).

Les principales conclusions de cette section sont regroupées en trois grands domaines :

- A.** Suivi et évaluation de la tuberculose des enfants et adolescents dans les directives nationales
- B.** Communication des données et disponibilité des dispositifs
- C.** Rapports du secteur privé

A. Suivi et évaluation de la tuberculose des enfants et adolescents dans les directives nationales

Dix pays sur 10, contre 6 sur 10 en 2018, abordent clairement dans leurs lignes directrices et documents de politique nationale le S&E chez les enfants et les adolescents, ce qui démontre une attention plus grande portée au S&E de la tuberculose de l'enfant.

B. Communication des données et disponibilité des dispositifs

Dix pays sur dix recommandent la collecte de toutes les données clés (type de tuberculose, confirmation bactériologique, suivi et résultats du traitement, TPT) et disposent d'un système de notification de ces données. Six pays sur dix incluent également dans leurs dispositifs de signalement des données relatives aux effets indésirables.

Dix pays sur dix disposent de registres ainsi que d'autres dispositifs de suivi et d'évaluation, afin d'enregistrer et rendre compte du dépistage et de l'investigation des contacts, ainsi que de l'initiation, du suivi et des résultats du TPT, et garder une trace de l'âge des contacts.

Toutes les données relatives aux enfants et aux adolescents sont rapportées selon des tranches d'âge: 4 pays sur 10 utilisent désormais un plan de notification ventilé en quatre tranches d'âge (0-4, 5-9, 10-14 et 15-19 ans); 3 pays sur 10 utilisent un plan de notification ventilé en deux tranches d'âge (0-4 et 5-14 ans) ; et 3 pays sur 10 possèdent des systèmes de rapports électroniques qui peuvent extraire des données ventilés soit en deux tranches d'âge ou en quatre tranches d'âge. En 2018, 8 pays sur 10 établissaient des plans de notification pour deux tranches d'âge. Pour les deux pays restants, et selon les résultats de l'enquête, aucun système de rapport ne semblait être en place.

C. Rapports du secteur privé

Neuf pays sur dix disposent de directives recommandant au secteur privé de notifier au PNT les cas de tuberculose chez les enfants et les adolescents; le dixième pays n'a pas de politique de notification obligatoire mais encourage fortement cette activité. Des résultats similaires ont été observés en 2018.



Coup de projecteur: L'importance du S&E reconnue par tous les pays

Tous les pays se sont fortement engagés dans l'amélioration de l'enregistrement et de la notification des données essentielles concernant la tuberculose de l'enfant. En 2018, alors que les indicateurs du Kenya, de la Tanzanie, de l'Ouganda et du Zimbabwe étaient extrêmement bons, certaines lacunes avaient été identifiées dans les autres pays. Ce n'est plus le cas. L'évaluation de 2021 montre que le Cameroun, la RDC, la Côte d'Ivoire, l'Inde, le Lesotho et le Malawi ont adopté des politiques et dispositifs de S&E plus complets, et ont fait tout un travail, qui mérite d'être salué, afin de prêter davantage attention à la surveillance, l'enregistrement et la notification de toutes les activités liées à la tuberculose de l'enfant. Il est essentiel de continuer à déployer des efforts importants pour appuyer la mise en œuvre rapide de ces directives et de ces dispositifs.

Principaux défis et lacunes

Comme le montrent les résultats encourageants de cette section, aucun défi majeur n'est à signaler dans le domaine du S&E, au niveau des politiques et des plans de préparation des pays. Parmi les défis mineurs, il convient de mentionner que quatre pays n'ont pas fourni de recommandations ou adopté de dispositifs destinés à l'enregistrement et au signalement des effets indésirables chez les enfants et les adolescents.

Tout en reconnaissant ces excellents résultats, il est important de souligner combien une formation systématique et régulière est nécessaire afin d'assurer un bon S&E de la tuberculose chez les enfants et les adolescents, et combien l'existence de politiques et directives favorables, et la disponibilité de dispositifs au niveau national, ne se traduisent pas toujours par leur disponibilité à tous les niveaux du système de soins.

Principales recommandations

1. Tous les pays doivent mettre en place des efforts soutenus dans toutes les activités de suivi et d'évaluation de la tuberculose chez l'enfant et, au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles directives internationales, adapter leurs politiques et leurs lignes directrices en conséquence.
2. Une attention particulière doit être portée à l'enregistrement et au signalement d'effets indésirables chez les enfants et les adolescents, et à la disponibilité de dispositifs y étant associés.
3. Tous les pays doivent proposer à leurs personnels soignant une formation systématique et régulière en matière de S&E, et faire en sorte que les dispositifs de S&E et les données recueillies soient disponibles et utilisés à tous les niveaux de soins.

5. Appel à l'action

La tuberculose de l'enfant est une maladie infectieuse évitable et curable. Mais pendant trop longtemps, elle n'a guère figuré à l'agenda mondial de santé publique et a souvent été négligée par les responsables des politiques de santé et des programmes de lutte contre la tuberculose.

Les dirigeants mondiaux et nationaux ne devraient jamais oublier que la lutte contre la tuberculose chez les enfants et les adolescents est un impératif en matière de droits de l'homme, et qu'elle est réalisable grâce à une volonté et un soutien politiques.

L'évaluation montre dans les 10 pays évalués une amélioration globale par rapport à 2018, du cadre politique relatif à la lutte contre la tuberculose de l'enfant. Cependant d'importantes lacunes demeurent dans l'application d'une réponse efficace à la tuberculose de l'enfant et dans l'atteinte des objectifs mondiaux.

La volonté politique et le plaidoyer vont continuer à être déterminants pour garantir dans les plans nationaux des pays l'existence de lignes budgétaires dédiées et l'inclusion d'objectifs en matière de tuberculose de l'enfant. Même si cette évaluation a constaté des améliorations par rapport à 2018 dans l'adoption de directives les plus récentes en matière de détection de cas, de diagnostic et de traitement, il demeure indispensable de s'assurer le paysage politique national inclut des outils, des innovations programmatiques et des modèles sanitaires plus efficaces. En outre, il reste un long chemin à parcourir en termes de politiques et directives favorables et de recommandations favorisant l'intégration de la prise en charge de la tuberculose de l'enfant dans d'autres services, en particulier dans les services de nutrition.

Sur la base des résultats et des recommandations de cette évaluation, l'EGPAF appelle les décideurs politiques nationaux et les acteurs de la lutte contre la tuberculose à mettre en place qui suit :



1. Encourager la volonté et la responsabilité politiques. C'est la principale condition pour fournir une réponse à la tuberculose chez les enfants qui soit efficiente et intégralement financée, et pour atteindre les objectifs de la déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose ainsi que ceux de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Pour y parvenir, les pays doivent:
 - traiter de manière exhaustive dans leurs PSN sur la tuberculose la question de la tuberculose de l'enfant, avec notamment la description de la charge et des défis que représentent la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante chez les enfants et les adolescents, ainsi que les actions nécessaires pour les prévenir, les diagnostiquer, les traiter, les enregistrer et les notifier.
 - définir des objectifs nationaux clairs et réalisables en matière de détection, traitement et prévention des cas de tuberculose chez l'enfant ;
 - mettre en place des campagnes régulières de sensibilisation des communautés et d'information du public, et promouvoir la connaissance de la tuberculose de l'enfant au sein de la population afin de lutter contre sa stigmatisation et sa discrimination ;
 - assurer la formation et le renforcement des capacités des personnels de santé à tous niveaux afin de pouvoir avoir des interventions adaptées en matière de tuberculose de l'enfant ;
 - défendre des budgets détaillés et pragmatiques en ce qui concerne les activités

liées à la tuberculose de l'enfant qui reflètent les ambitions des PSN ainsi que les objectifs décidés en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose de l'enfant ;

- plaider en faveur d'une augmentation des moyens nationaux et internationaux pour mettre en œuvre les politiques et directives favorables à la lutte contre la tuberculose chez l'enfant, remédier aux inégalités auxquelles sont confrontés les enfants en matière d'accès aux soins contre la tuberculose, et progresser vers l'objectif mondial de couverture sanitaire universelle ; et
- appuyer le plaidoyer et l'engagement des parties prenantes pour sensibiliser et responsabiliser les dirigeants mondiaux et nationaux, le secteur privé, les responsables des politiques de santé, les fournisseurs des soins et les communautés aux besoins spécifiques des enfants et des adolescents atteints de tuberculose et pour adopter les meilleures politiques et pratiques en termes de soins.



2. Elargir le dépistage systématique de la tuberculose aux points d'entrée concernés par la santé de l'enfant, et intensifier les stratégies adaptées à la recherche active de cas chez les enfants et les adolescents à risque. La recherche active de cas est la pierre angulaire de la cascade de soins de la tuberculose, et le seul moyen qui peut garantir un diagnostic et un traitement précoces. Pour y parvenir, les pays doivent

- recommander l'utilisation d'outils de dépistage adaptés à l'enfant qui soient basés sur les symptômes, notamment les signes et symptômes caractéristiques de la tuberculose pédiatrique; et chaque fois que cela est possible, veiller à inclure la radiographie pulmonaire pour étayer le repérage des enfants présumés tuberculeux ;
- s'assurer que les politiques et les orientations en matière de PCIME sont à jour et comprennent des algorithmes de dépistage de la tuberculose permettant une reconnaissance et une prise en charge appropriées de la tuberculose chez l'enfant ; et
- s'engager à concrétiser les directives et les recommandations à propos de la recherche active de cas.



3. Adopter une approche exhaustive du diagnostic de la tuberculose chez l'enfant, comprenant une évaluation clinique, une évaluation radiologique (si disponible) et l'utilisation des tests diagnostiques recommandés par l'OMS chaque fois que cela est possible. D'énormes lacunes subsistent dans le diagnostic de la tuberculose chez les enfants et les adolescents, et pourtant il n'y a pas de traitement sans diagnostic. Pour y parvenir, les pays doivent

- adopter rapidement des politiques, des directives et des recommandations concernant l'utilisation des outils de diagnostic tels que recommandés par l'OMS pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants et les adolescents ;
- donner la priorité à l'utilisation de Xpert comme outil premier de diagnostic de la tuberculose chez l'enfant, mettre en place rapidement le Xpert Ultra, et améliorer

l'accès à une radiographie pulmonaire qui soit de bonne qualité ;

- veiller à ce que des procédures normalisées soient disponibles pour le prélèvement d'échantillons concernant la PTB et la PTBE et pour l'interprétation de la radiographie pulmonaire, et qu'une formation soit dispensée;
- approuver les politiques qui encouragent l'utilisation d'Xpert sur les selles comme stratégie supplémentaire et adaptée aux enfants pour le diagnostic de la tuberculose chez les plus jeunes d'entre eux; et
- mettre à jour les directives concernant l'utilisation du LF-LAM pour toutes les catégories d'enfants vivant avec le VIH, y compris ceux qui ont accès aux services de consultations externes, qu'ils présentent ou non des symptômes.



- 4.** Garantir la disponibilité de médicaments antituberculeux aux formulations adaptées aux enfants pour ceux qui sont atteints de tuberculose. Tout retard dans l'initiation d'un traitement efficace peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale et physique de cette catégorie de population. Reporter à plus tard l'adoption des standards les plus élevés en matière de traitement de la tuberculose et de la tuberculose pharmacorésistante n'est plus justifiable. Pour parvenir à cet objectif, les pays doivent
- Se hâter vers la validation et la distribution de formulations adaptées aux enfants pour le traitement de la tuberculose pharmacosensible et de la tuberculose pharmacorésistante avec comme axes prioritaires l'homologation, l'approvisionnement et la mise en place du traitement à l'éthambutol dosé à 100 mg en comprimés solubles ainsi que tous les médicaments pédiatriques de deuxième ligne pour la tuberculose pharmacorésistante;
 - veiller à ce que les enfants et les adolescents touchés par la tuberculose pharmacorésistante soient traités avec des régimes entièrement oraux, ce qui concrétise ainsi la politique adoptée, et pour les quelques pays qui n'ont pas encore pleinement approuvé les régimes entièrement oraux pour les enfants, quel que soit leur âge, le faire sans plus tarder ; et
 - Privilégier l'adoption rapide des nouvelles politiques et directives internationales concernant le traitement de la tuberculose et de la tuberculose pharmacorésistante des enfants et adolescents, au sujet desquelles une mise à jour de l'OMS est attendue avant la fin de 2021.



5. Elargir les régimes de TPT pour les enfants à risque. Proposer le TPT à toutes les personnes à risque est non seulement une composante essentielle de la stratégie de lutte contre la tuberculose, mais aussi un mode d'action très efficace qui peut contribuer à réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants et les adolescents. Ce n'est pas "éventuellement à faire" mais plutôt "impérativement à faire". C'est pourquoi un plaidoyer fort est nécessaire pour promouvoir le déploiement du TPT à toutes les personnes éligibles. Pour y parvenir, les pays doivent

- approuver sans attendre les nouvelles directives relatives à la fourniture de TPT et proposer le TPT à tous les enfants et adolescents, indépendamment de leur âge et de leur statut sérologique, qui sont apparentés à, ou contacts proches, de cas de tuberculose (après que l'hypothèse d'une tuberculose évolutive ait été écartée) y compris de tuberculose pharmacorésistante;
- adapter leurs directives afin d'inclure des régimes de TPT plus courts et plus récents, tels que les 3RH, 3HP et 1HP, en tenant compte de la disponibilité de formulations adaptées aux enfants^e; et
- approuver et recommander les comprimés solubles dosés à 100 mg d'isoniazide en tant qu'alternative importante adaptée aux enfants les plus jeunes.



6. Accélérer l'intégration des services de tuberculose dans les autres services de santé. L'absence d'intégration des services de lutte contre la tuberculose des enfants et adolescents dans d'autres services tels que la PTME, la SMNI, la nutrition et les services de médecine générale, signifie que l'on manque l'occasion de pouvoir détecter à temps les enfants atteints de tuberculose et de les mettre sous traitement adapté, afin de prévenir la tuberculose et d'éviter le développement des formes les plus graves de la maladie. Afin de hâter cette intégration, les pays doivent

- garantir que soit prodigué dans tous les services le continuum de soins de la tuberculose des enfants et adolescents;
- adapter les politiques et directives nationales afin d'inclure d'autres volets de l'intégration, au-delà du dépistage de la tuberculose, tels que le diagnostic, le traitement, la prévention et le suivi, sur la base du modèle de soins le plus approprié dans un contexte spécifique ; et
- porter une attention particulière à la détection des cas et à la prévention de la tuberculose dans les services de nutrition.



7. Améliorer les structures et les stratégies de suivi et d'évaluation afin de mieux renseigner les programmes nationaux à mesure qu'ils progressent vers leurs objectifs, d'identifier les lacunes et les défis, et de soutenir la délivrance de soins de qualité aux patients. Pour y parvenir, les pays doivent

- Poursuivre les efforts en termes de suivi et de l'évaluation des activités liées à la tuberculose de l'enfant, et veiller à ce que l'adoption de politiques et directives favorables s'accompagne d'un renforcement des capacités de tous les personnels de santé et de la mise à disposition des outils à tous les niveaux de soins.

^e Les formulations adaptées aux enfants ne sont actuellement disponibles que pour le traitement RH. Il n'existe pas de formulation soluble pour la rifampentine. Actuellement, l'HP n'est recommandé que pour les enfants de plus de 2 ans ; pour les enfants de moins de 2 ans, seul le 3RH est actuellement recommandé comme régime plus court de TPT.

Références

1. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2021. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2021> Published October 2021. Accessed October 2021.
2. WHO. Roadmap towards ending TB in children and adolescents. <https://www.who.int/tb/publications/2018/tb-childhoodroadmap/en/>. Published 2018. Accessed April 2021. Version française: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241514668>
3. United Nations General Assembly. Resolution 73/3: Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/3. Published 2018. Accessed April 2021.
4. Marais BJ, Schaaf HS. Childhood tuberculosis: an emerging and previously neglected problem. *Infect Dis Clin North Am.* 2010;24(3):727–749. doi: 10.1016/j.idc.2010.04.004.
5. WHO. Roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89506/9789241506137_eng.pdf?sequence=1. Published 2013. Accessed April 2021.
6. National Policy Assessment. Creating an Enabling Environment for Effective and Innovative Pediatric Tuberculosis Diagnostic and Treatment Interventions. EGPAF. https://www.pedaids.org/wp-content/uploads/2019/02/CaPTB_PolicyAssessmentBrief-2.pdf. Published 2018. Accessed April 2021.
7. Central TB Division, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India. Operational guidelines for TB services at Ayushman Bharat Health and Wellness Centres. <https://tbcindia.gov.in/showfile.php?lid=3575>. Published December 2020]. Accessed April 2021.
8. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. Collaborative framework for management of tuberculosis in pregnant women. https://www.tbcindia.gov.in/WriteReadData/1892s/5156619257Print%20ready%20version%20MH-TB%20Framework_Final_Feb%2018.pdf Published February 2021. Accessed April 2021.
9. Government of India. National TB guidelines. <https://tbcindia.gov.in/index1.php?lang=1&level=2&sublinkid=4573&lid=3177>. Published 2016. Accessed April 2021.
10. Patel, LN, Detjen, AK. Integration of childhood TB into guidelines for the management of acute malnutrition in high burden countries. *Public Health Action.* 2017;7(2). <https://www.who.int/emergencies/kits/patel-2017-tb-in-sam-guidelines.pdf>.

La Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le Sida pédiatrique (EGPAF) s'efforce d'utiliser des photos qui dépeignent avec précision les actions, les sujets ou les populations auxquels elle fait référence dans ses publications. Certaines photographies de ce document sont utilisées à titre illustratives et n'impliquent pas - sauf indication spécifique - la participation à un programme, l'état de santé, ou l'action des personnes qui y figurent.

www.pedaids.org